

¿Cobertura universal en salud en América Latina?

Asa Cristina Laurell

Este número de *Medicina Social/Social Medicine* incluye, entre otros, dos artículos críticos sobre la llamada Cobertura Universal en Salud (CUS) (*Universal Health Coverage*, en inglés), uno de Mishra y Seshadri y otro de Waitzkin. El debate sobre la CUS se da hace tiempo en América Latina donde los gobiernos progresistas han encaminado su esfuerzo por garantizar el derecho universal a la salud mediante un Sistema Único de Salud (SUS), solidario, gratuito y público; mientras que los gobiernos neoliberales han instrumentado políticas basadas en el aseguramiento público/privado y la competencia entre prestadores de servicios públicos y privados. Se trata, pues, de dos concepciones distintas y opuestas basadas en diferentes visiones del mundo y la sociedad, donde el aseguramiento-competencia público/privado forma parte de la doctrina neoliberal y el SUS se vincula con el Estado Social de Derecho. El carácter netamente doctrinario e ideológico de la propuesta neoliberal se demuestra por el hecho de que tiene como modelo al sistema de salud más caro e ineficiente del mundo: el de los EUA.

Aunque los fracasos económicos del modelo neoliberal son cada día más evidentes con la ‘Gran Recesión’, su extenso déficit de bienestar social es

su talón de Aquiles. Ni genera riqueza para distribuir, ni justifica su existencia con mejoras sociales. Es en este contexto que se debe interpretar la ofensiva ideológica detrás de la CUS. Intenta en un solo movimiento solventar un tema económico –el de abrir la salud como terreno pleno de generación de ganancias privadas– y apelar a un valor social ampliamente compartido –el de garantizar el derecho a la salud para que nadie muera o quede incapacitado por la falta de dinero–.

Pocos pueden objetar que haya cobertura universal de salud, el problema es qué se entiende con ella. CUS es un término ambiguo que dificulta detectar las intenciones detrás de él. Con un discurso aparentemente pragmático se apela a la idea de que la falta de acceso es esencialmente un problema financiero: la gente no recibe los servicios de salud requeridos porque no puede pagarlos y el Estado no los proporciona por falta de recursos. A fin de resolverlo se propone un mecanismo para lograrlo: el aseguramiento, público y/o privado para pagar la prestación de servicios, privada o pública. Esta opción de separación de funciones entre administración de fondos/compra de servicios y la prestación de tales servicios donde el Estado sólo tiene un papel regulador no es casual, es la base misma de la apertura del mercado en salud. O sea, esta separación es la condición necesaria para convertir los servicios de salud en una mercancía y la administración de fondos en una actividad financiero-comercial. También permite introducir la nueva gerencia pública en los servicios públicos de salud, que no es otra cosa que la promoción velada del sector privado. Suecia e Inglaterra son ejemplos paradigmáticos de ello.

La lógica de aseguramiento y de prestación público-privada de servicios requiere, además, de

Asa Cristina Laurell. Médica, Universidad de Lund, Suecia; Maestra en Salud Pública, Universidad de Berkeley, EUA, y Doctora *cum laude* en Sociología, Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora de tiempo completo de la Maestría en Medicina Social, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1975-2000; Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal, México, 2000-2006; Secretaria de Salud del Gobierno Legítimo de México, 2006-2012. Consultora, 2013 a la fecha. Reconocida y activa investigadora promotora de la Medicina Social en América Latina, miembro de ALAMES desde su fundación.

Web: <http://asacristinalaurell.com.mx>

Correo-e: laurell9998@gmail.com

la definición de paquetes de servicios costeados para que, particularmente el sector privado, pueda calcular sus costos de producción y su margen de ganancias. Como los casos latinoamericanos de la instrumentación de la CUS demuestran, por ejemplo, en Colombia, México y Perú, el modelo de aseguramiento ha restringido el derecho a la salud y fortalecido la desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios. Otro tanto está ocurriendo en España bajo el gobierno del Partido Popular, pero tenazmente resistido por los trabajadores de la salud y el partido Podemos.

A pesar de la instrumentación de los SUS y luchas de resistencia en contra de la CUS, ésta última es hoy el modelo dominante o hegemónico en las reformas de salud. Su principal promotor es el Banco Mundial y es aceptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cuyo esquema de las tres dimensiones de cobertura: poblacional, de servicios y de costos, supone implícitamente el aseguramiento. A ellos se han sumado fundaciones privadas como la Rockefeller y, significativamente, el Foro Económico Mundial y la prestigiada revista médica *The Lancet*.

La investigación sobre las reformas de salud y la publicación de sus hallazgos está promovida y financiada por las mismas organizaciones y es encargada con frecuencia a los mismos que han conducido estas reformas. Un caso clásico es el de México, donde el equipo de Julio Frenk, primero secretario de salud de México y posteriormente decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, EUA, ha escrito innumerables artículos sobre las virtudes del Seguro Popular, retomadas acríticamente por otros autores. Por el contrario, los estudios sobre el SUS frecuentemente se asumen como “literatura gris” y, consecuentemente, no son considerados por la comunidad científica de salud global.

Sin embargo, parece que el entusiasmo con la CUS se está moderando a raíz de sus múltiples fracasos

y escándalos fraudes. La reforma colombiana, considerado el caso de éxito a seguir, es especialmente aleccionadora, ya que, literalmente, quebró. Por otro lado, el análisis sistemático, encargado por el Banco Mundial, sobre el impacto en salud de la CUS, que no encontró un mejoramiento en la salud, también ha contribuido a su desprestigio. La explicación ofrecida a semejante desacierto es que la CUS es un esquema de financiamiento y no tiene como propósito mejorar la salud. Aclaración que ofende la inteligencia colectiva, en particular la de la comunidad científica de la salud poblacional.

En su artículo Mishra y Seshadri revisan las posibles consecuencias de la CUS y su perspectiva de atención médica al individuo en la India. Discuten cómo el modelo descuida la salud poblacional e ignora los determinantes sociales, políticos y económicos de la salud colectiva. Alertan, además, sobre la ampliación del espacio de una medicina privada poco o nada regulada. Pronostican que la CUS no resolverá los problemas de inequidad en salud y está lejos de garantizar la ‘Salud para Todos’ de Alma Ata.

La perspectiva de Waitzkin es otra, se pregunta porqué la organización estadounidense MEDICC apoyó la traducción y presentación de la traducción al español de la publicación de *The Lancet* sobre la CUS en América Latina en un congreso internacional en Cuba; único país de América Latina con un sistema de salud universal, gratuito, igualitario y público. Retoma el debate latinoamericano sobre el tema y termina exigiendo que haya un espacio de igual importancia para los críticos del modelo y los promotores de los SUS.

Damos la bienvenida a este debate con la esperanza de que logre penetrar en el discurso ideológico de la CUS y movilice la resistencia popular en su contra.



Medicina Social
Salud Para Todos