

JOIN US
LIVE ONLINE

CLICK HERE
TO TAKE PART



[The Lancet Inicio](#) [Revistas](#) [Colecciones](#) [Multimedia](#) [Conferencias](#) [Información para](#) [Presentar un Libro](#)

THE LANCET

Bienvenido, Rafael Porras

[Reclamación Suscripción](#) | [Suscribir](#) | [Mi Cuenta](#) | [Cerrar Sesión](#)

[Online First](#) [Edición actual](#) [Todos los números](#) [Temas Especiales](#) [Multimedia](#) [Información para los autores](#)

[Búsqueda Avanzada](#)

[<Artículo anterior](#)

Volumen 385, No. 9975 , e34-e37, 04 de abril 2015

[Siguiente artículo>](#)

Acceda a este artículo en [ScienceDirect](#)

[Comentario](#)

El derecho a la salud: ¿qué modelo para América Latina?

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

Online desde: 15 de octubre 2014

 25

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61493-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61493-8)

 [Artículo de Información](#)

[Resumen](#)

[Texto Completo](#)

[Tablas y Figuras](#)

[Referencias](#)

El interés en el cuidado de salud universal ha aumentado recientemente gracias a la cuestión de la cobertura universal de salud como base para los acuerdos posteriores a 2015. Sin embargo, estos términos deben ser examinados cuidadosamente porque adquieren connotaciones diferentes de acuerdo a diferentes intereses sociales, políticos y financieros. Algunos sostienen que es posible lograr una cobertura universal a través sociales, privada o pública de seguro obligatorio, en diversas combinaciones, mediada por la segmentación de la población de acuerdo a las capacidades adquisitivas de los grupos sociales. Esta posición supone que la salud, al menos no como responsabilidad financiera central es fundamentalmente una responsabilidad de las personas, con la atención médica financiada por particulares y empresarios, pero no por el Estado, o. Para el Estado, la financiación sólo se podría extender a los grupos en extrema pobreza o en riesgo. Las experiencias de los países que utilizan el modelo de criterios de cobertura universal de seguro-social

Opciones del Artículo

[PDF \(112 kB\)](#)

[Email artículo](#)

[Añadir a Mi Lista de Lectura](#)

[Exportar referencia](#)

[Crear Cita Alerta](#)

[Citado por en Scopus \(0\)](#)

[Solicitar permisos](#)

Serie relacionados



Cobertura Universal de Salud en América Latina

The Lancet

Publicado: 16 de octubre 2014

tan pública como Colombia, México y Chile-no han logrado mejoras sustanciales debido a su orientación y bienestar costes comerciales.

Mientras tanto, la Asociación Latinoamericana de Medicina Social-ALAMES-aboga por el derecho a la salud para todos los ciudadanos, sin distinción, con el Estado como garante de finanzas y administración. Cuba, con casi 50 años de este modelo, y Brasil, con más de 25 años de experiencia, muestran a través de sus indicadores de salud la posibilidad de implementar una política basada en el derecho y las finanzas, que están financiados por el Estado, menos costoso, y se extienden a todas las personas sin distinción.

El impulso de la "cobertura universal de salud" es actualmente muy intenso. Todo el mundo parece estar de acuerdo en este objetivo. Sin embargo, es importante destacar que la cobertura universal de salud es un término ambiguo. Esto es particularmente evidente en América Latina, donde se utilizan dos conceptos diferentes. Uno se refiere a las formas de seguro de salud, ya sean voluntarios u obligatorios y públicos o privados, y en combinaciones variables. El otro se refiere a un solo sistema, es decir la salud pública, un sistema de salud financiado con impuestos unificado como una obligación del Estado.

Es fundamental distinguir entre los dos conceptos y establecer criterios uniformes de análisis para comparar sus logros. En este contexto, estos son: la población y la cobertura médica en sus categorías de acceso y uso del servicio y las posibles barreras universal o segmentado; origen y gestión de los fondos de salud; tipo de proveedores; los gastos de salud, públicos y privados; distribución de costos y cantidad de los gastos fuera de su bolsillo; impacto en las acciones de salud pública y las condiciones de salud; y la equidad, la participación popular y la transparencia. Tomados en conjunto, estos revelan hasta qué punto, se obtiene el derecho a la salud, un valor social muy extendida.

La experiencia latinoamericana de la reforma de salud sólo puede entenderse en el contexto del ajuste estructural que se extendió por el subcontinente desde la década de 1980. Los ministerios de salud y las instituciones de seguridad social fueron profundamente debilitados por estas políticas. Así, el sector de la salud pública y la cuasi-pública pasó por un largo período de miseria financiera y de recursos, lo que provocó un proceso de reforma, en la mayoría de los países, bajo la supervisión del Banco Mundial.

El modelo hegemónico de la reforma es actualmente el seguro de salud "universal" que es diferente a los modelos europeos. Se basa en los principios del mercado (interno o externo), la mercantilización, la competencia administrada, y el pluralismo. Los ejemplos más conocidos son: Chile, con los sistemas públicos y privados paralelos seguro obligatorio y; Colombia, con el seguro obligatorio y la competencia entre varios gestores de fondos y proveedores; y México, con un sistema mixto de obligatoria (seguridad social) y (voluntario *Seguro Popular*) de seguros, en teoría, con una separación entre las funciones de regulación, de gestión de fondos / compras y prestación de servicios, pero en la práctica con una participación muy limitada directa del sector privado. Los tres sistemas tienen diferentes paquetes de salud de acuerdo a la cantidad de la prima, los subsidios públicos, y los costos de transacción. ^{1, 2, 3}

The Lancet s nueva serie de Cobertura Universal de Salud (UHC) cartas de América Latina en las complejas fuerzas políticas, económicas y sociales que la formulación de políticas de salud forma. Un documento de Política de Salud adjunto examina la asociación entre la estructura de financiación de los sistemas de salud y UHC. En las últimas décadas, las políticas importantes e iniciativas estratégicas en la salud y el desarrollo han sido adoptadas por América Latina, con la participación activa y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, la OMS y otros asociados. América Latina es un laboratorio para estudiar la mecánica de aplicación de UHC.

[Leer más](#)

Aunque la cobertura de población se afirma, ninguno de los tres sistemas se ha logrado, por ejemplo, México, con un estimado de 20% sin cobertura de seguro.⁴ También hay un problema metodológico, ya que "cobertura" se entiende "la cobertura del seguro", otros aspectos de la cobertura pública no se contemplan cuando se dan cifras para el progreso, un indicador, por lo tanto controversial utilizado en el Informe Mundial de la Salud 2000 para clasificar "performance". Cobertura, es decir médico, intervenciones de salud cubiertos por el seguro-por lo general se limitan a "paquetes básicos" que se traducen en el acceso limitado y desigual y la utilización de los servicios necesarios.^{5,6,7} Este problema se ve agravado por la distribución geográfica y social injusto de recursos,^{6,7,8} que afecta a grupos y regiones marginadas. Además, los paquetes limitados promueven seguro complementario de salud privado o un cargo adicional.^{7,9,10}

La lógica de paquetes explícitos con copagos y la obligación de pagar por los servicios no cubiertos por el seguro, la distribución desigual de los servicios, y la dificultad de regular administradoras privadas y los proveedores tienen un impacto directo sobre el uso de los servicios o fuera de su bolsillo los gastos. Por ejemplo, en Colombia estas restricciones han causado decenas de miles de autos de protección contra el Estado, ya que vulneran el derecho constitucional a la vida.¹¹ Otro ejemplo gráfico es México, donde por un peso que paga de su bolsillo por sus beneficiarios, *el Seguro Popular* pasa 0.93 pesos.⁴

Chile trató de resolver este problema con el AUGE, que concede un plazo determinado para hacer frente a 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 los recursos públicos a los proveedores privados, siendo por ello en detrimento de otras enfermedades no-AUGE.¹²

Gasto en salud, tanto públicos como privados, se ha incrementado en la mayoría de los casos en que las reformas del seguro de salud se implementan-en torno al 2% del PIB en Colombia³ a menos del 1% del PIB en México.⁴ Varios problemas deben ser considerados. Una de ellas es que una parte considerable de los nuevos recursos favorece al sector privado o se gastan en costos transaccionales. La quiebra del sistema de seguridad social colombiano también está marcada por la corrupción bruta, como se ha señalado la Corte Constitucional¹³ y la Oficina de Rendición de Cuentas.¹⁴ batallas distributivos Por otra parte, en los sistemas fragmentados como México, el aumento del presupuesto ha generado⁴ que puede resultar en una pérdida de derechos para los grandes grupos de la población. El modelo de seguro centrado en la persona tiende a tener un impacto negativo en la salud pública debido a su enfoque pluralista debilita la vigilancia epidemiológica y intervenciones colectivas.^{15,16} Por último, no hay evidencia consistente de que la salud de la población ha mejorado¹⁷ y algunos críticos incluso mantener ese impacto en la salud no debe ser 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, entendida como igualdad de acceso a los servicios necesarios para igual necesidad.

En contraste con las restricciones intrínsecas de seguro universal de salud, los problemas del sistema de salud pública única (EPSS) son de ejecución operativa o preocupación. Los SPHSs se-mercantilizados des, integrada y con fondos públicos, los sistemas de salud otorgados por el Estado. En América Latina, los dos ejemplos principales son Brasil¹⁸ y Cuba, pero recientemente países

como Venezuela,^{19, 20} Bolivia,²¹ y Ecuador,²² utilizando un marco más amplio, como "vivir bien", "vivir bien", o "sumac kawsay", han adoptado este modelo de reforma después de años de políticas de salud neoliberal. Este enfoque general se ha legislado en Constituciones y es el resultado de una movilización social de amplia base. Este paradigma ofrece, por definición, la población total y la cobertura médica. El acceso y uso de servicios, entonces depende principalmente de diferentes tipos de barreras: geográficas, culturales, burocráticas, y la actitud del equipo de salud. Estas barreras son particularmente frecuentes en los sistemas de reciente creación y en los países pobres, dada su falta de recursos físicos y humanos. Sin embargo, el acceso se ha ampliado de forma masiva en todos estos países y Brasil está cerca de la cobertura universal (97%), con un 80%, dependiendo de acceso exclusivamente en el sistema público de salud individual. 98% de las personas en busca de atención médica la reciben.²³

Una segunda ventaja de la SPHSs es que la puesta en común muy discutido de los riesgos y de los fondos es completa, ya que tienen un único fondo de salud. Un defecto común de la SPHSs es que las instituciones públicas con personal asalariado son insuficientes, lo que obliga a la contratación con proveedores privados para el tratamiento de intervenciones complejas. Este enfoque drena recursos financieros del presupuesto público y también aumenta la contratación de planes complementarios de salud privados.²⁴

Gasto público en salud ha aumentado con la aplicación de la SPHSs, pero incluso cuando existe una legislación reguladora del gasto público ha demostrado ser vulnerable a la inestabilidad económica. Fuera de su bolsillo los gastos depende en gran medida de la capacidad del sistema público para proporcionar servicios y medicamentos y en la contratación de planes de salud complementarios. En este sentido, por ejemplo, hay que subrayar que las compañías de seguros brasileños están vendiendo planes de baja cobertura de beneficios y luego se transfieren a los pacientes del sistema público para la mayoría de los tratamientos.²⁵

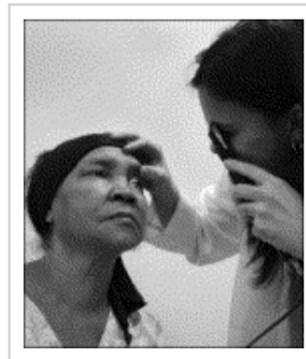
Desde SPHSs ofrecen atención integral que tienen mejores condiciones para promover e implementar acciones de salud pública, tales como la educación sanitaria, la promoción, la prevención y la detección temprana de la enfermedad. También se adaptan mejor a la acción intersectorial con otros ministerios y tienden a formar parte de las políticas sociales y económicas progresistas que abordan una gama de determinantes sociales de la salud. A pesar de que es problemático para demostrar causalidad entre la organización de servicios de salud y la mejora de las condiciones de salud, los países con SPHSs han mostrado avances en la salud de la población y en la seguridad de la vida.^{26, 27} SPHSs en América Latina todavía tiene problemas que resolver, pero están en camino a conceder el derecho a la salud.

Hoy en día, la participación popular y social en salud es una cualidad ineludible y mucho para ser apreciado. El modelo de seguro de salud reclama la participación social, teniendo en cuenta que el pagador-proveedor de división se suponía que iba a permitir a la población a "votar con los pies" a través de la elección. La participación social es en el corazón de SPHSs 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 institucionaliza a través de los consejos de salud a todos los niveles.

Las relaciones interculturales también son importantes en América Latina, junto con los conceptos

de "género", "trabajo", y "medio ambiente". Estas ideas deben tenerse en cuenta en la construcción de políticas y estrategias de salud. Las relaciones interculturales son importantes en el debate sobre el seguro de salud universal y EPSS porque el enfoque básico del modelo de seguro de salud es en el individuo y la biomédica, mientras que los EPSS se construye sobre la base del bienestar universal de la persona, la familia, y la comunidad donde las personas viven y desarrollan su potencial. En la comunidad, las culturas y los conocimientos antiguos y populares permiten que el sector de la salud para construir relaciones respetuosas con la población en la que parte la promoción y la forma de prevención de la vida cotidiana. ²⁸

Para finalizar, queremos afirmar que ALAMES no pretende representar a la vista de todos "sociedad civil". Lamentamos que las organizaciones civiles se ofrecieron sólo una contribución única en un debate crucial que se refiere al uso de la "cobertura universal de salud" como un instrumento para fortalecer los seguros privados.



Turnley para Harper / Corbis
Ver imagen grande

Declaramos intereses en conflicto.

Referencias

1 OPS. Salud en Sudamérica. Panorama de la Situación de Salud y de las Políticas y Sistemas de Salud . Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud , Washington, DC ; 2012

Ver el artículo

2 . Laurell, AC Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos. http://issuu.com/isagsunasur/docs/sistemasuniversalesdesaludretosydesafios_/1 ; 2013 . (consultado el 06 de octubre 2014).)

Ver el artículo

3 Torres-Tovar, M. Modelo de salud colombiano: exportable, en Función de los Intereses de Mercado. *Saúde em Debate* . 2008 ; 32 : 207-219

Ver el artículo

4 . Laurell, AC Impacto del Seguro Popular en el Sistema de salud mexicano . CLACSO , Buenos Aires , 2013 [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/Impacto del Seguro](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130807020931/Impacto%20del%20Seguro)

Popular.pdf . (consultado el 14 de enero 2014).)

Ver el artículo

5 Consejo Nacional de Evaluación. Evaluation Estratégica de protección en sociales (consultado el 06 de octubre 2014).)

Ver el artículo

6 Alvarez, LS, salmón, JW, y Swartzman, D. El sistema de seguro de salud de Colombia y su efecto sobre el acceso a la atención médica. *Int J Salud Serv* . 2010 ; **41** : 355-370

Ver el artículo | CrossRef | Scopus (5)

7 . Fondo Nacional de Salud Protección Social en Salud en Chile Fondo Nacional de Salud , Santiago de Chile , 2007

Ver el artículo

8 Hernández, M y Torres-Tovar, M. nueva reforma de salud Colombia: ayudar a mantener el sector financiero saludable. *Soc Med* . 2010 ; **5** : 177-181

Ver el artículo

9 Lakin, J. El fin de los seguros? . De México Seguro Popular 2001-2007 *J Política Polit Salud Ley* . 2010 ; **35** : 456-471

Ver el artículo | CrossRef | Scopus (10)

10 Yepes Luján, FJ, Ramírez Gómez, M, Sánchez Gómez, LH, Ramírez, ML y Jaramillo Pérez, I. Luces y Sombras de la Reforma de la Salud en Colombia . Mayol Ediciones SA , Bogotá , 2010

Ver el artículo

11 Gianella-Malca, C, Parra-Vera, O, Ely Yamin, A y Torres-Tovar, M. deliberación democrática o marketing social? Los dilemas de una definición pública de la salud en el contexto de la aplicación del Juicio (consultado el 28 de junio 2013).)

Ver el artículo

12 Missoni, E y Solimano, G. Hacia la cobertura universal de salud: la experiencia chilena. En el Informe Mundial de la Salud (2010) documento de antecedentes, no 4 . Organización Mundial de la Salud , Ginebra , 2010

Ver el artículo

13 Corte Constitucional. Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de (consultado el 06 de octubre 2014).)

Ver el artículo

14 Morelli, S. de control Reflexiones sobre el en sector El Salud. Sistema Nacional de Salud. . Infinitamente rico en su miseria *Economía Colombiana No. 336 Revista de la Contraloría General de la República* . . <http://www.contraloriagen.gov.co/web/guest/herramientas/economia-colombiana> ; 2012 . (consultado el 06 de octubre 2014).)

Ver el artículo

15 Knaul, M, González-Pier, E, y Gómez-Dantés, O. La búsqueda de la cobertura universal de salud: el logro de la protección social para todos en México. *Lancet* . 2012 ; **380** : 1259-1279

Ver el artículo | Resumen | Texto Completo | Texto completo PDF | PubMed | Scopus (58)

16 . Groote, TD, Paepe, PD, y Unger, JP Colombia: ensayo in vivo de la privatización del sector de la salud en el mundo en desarrollo. *Int J Salud Serv* . 2005 ; **35** : 125-141

Ver el artículo | CrossRef | PubMed | Scopus (31)

17 Giedion, U, Alfonso, EA, y Díaz, Y. El impacto de los planes de cobertura universal en el mundo en desarrollo: una revisión de la evidencia existente . Banco Mundial , Washington, DC ; 2013

[Ver el artículo](#)

18 . Paim, J, Travassos, C, Almeida, C, Bahia, L, y Macinko El sistema de salud en Brasil: historia, avances y desafíos. *Lancet* . 2011 ; **377** : 1788-1797

[Ver el artículo](#) | [Resumen](#) | [Texto Completo](#) | [Texto completo PDF](#) | [Scopus \(209\)](#)

19 Feo, O y Pasqualina, C. La Salud en el Proceso constituyente ((consultado el 25 de junio 2013).)

[Ver el artículo](#)

20 Muntaner, C, Guerra Salazar, R, Benach, J y Armada, F. . de Venezuela Barrio Adentro: una alternativa al neoliberalismo en el cuidado de la salud *Int J Salud Serv* . 2006 ; **36** : 803-811

[Ver el artículo](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#)

21 . Asamblea Constituyente de Bolivia Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. <http://bolivia.infoleyes.com/shownorm.php?id=469> ; de octubre de 2008 ((consultado el 28 de junio 2013).)

[Ver el artículo](#)

22 ISAGS. Sistemas de Salud en suramerica: Desafíos Para La universalidad, la integralidad y la equidad . Instituto Suramericano de Gobierno en Salud , Río de Janeiro , 2012

[Ver el artículo](#)

23 Ministerio de Salud. http://www.brasil.gov.br/sobre/salud/atendimento/que-es-sus-1/br_model1?set_language=es ; 2012 . ((consultado el 07 de febrero 2013).)

[Ver el artículo](#)

24 Ocke-Reiss, O. SUS o desafio de Ser Único . Editora FIOCRUZ , Río de Janeiro , 2012

[Ver el artículo](#)

25 CEBES. Renovar un Preservando Política o Interesse Público na ((consultado el 08 de mayo 2013).)

[Ver el artículo](#)

26 Ministerio de ((consultado el 25 de febrero 2013).)

[Ver el artículo](#)

27 Armada, M, Muntaner, C, Chung, H, Williams-Brennan, L, y Benach, J. Barrio Adentro y la reducción de las desigualdades en salud en Venezuela.: una evaluación de los primeros años *Int J Health Services* . 2009 ; **39** : 161-187

[Ver el artículo](#) | [CrossRef](#) | [PubMed](#) | [Scopus \(12\)](#)

28 Ministerio de Salud y Deportes. Plan de Estratégico Sectorial de Salud 2006-2010 y 2011-2015. <http://www.minsalud.gob.bo/index.php/viceministerios/vice-medicina-tradicional> . ((consultado el 06 de octubre 2014).)

[Ver el artículo](#)

[The Lancet](#)

[The Lancet Diabetes y Endocrinología](#)

[The Lancet Mundial de la Salud](#)

[The Lancet Infectious Diseases](#)

[The Lancet Neurology](#)

[EBioMedicine](#)

[The Lancet Hematología](#)

[The Lancet VIH](#)

[The Lancet Oncology](#)

[The Lancet Psiquiatría](#)

[La Medicina Respiratoria Lancet](#)

[Sobre Nosotros](#)

[Información para los autores](#)

[Información para los lectores](#)

[Las Carreras Lancet](#)

[Servicio Al Cliente](#)

[Contáctenos](#)

[Política De Privacidad](#)

[Términos y Condiciones](#)

[Su cuenta](#)

[Opciones de suscripción](#)

[Los suscriptores de impresión existente](#)

Copyright © 2015 Elsevier Limited excepto determinados contenidos facilitados por terceros.

El Lancet® es una marca registrada de Reed Elsevier Properties SA, utilizada bajo licencia.

La página web Lancet.com es operado por Elsevier Inc. El contenido de este sitio está destinado a profesionales de la salud.

Las cookies son establecidas por este sitio. Para rechazar ellos o conocer más, visite nuestra página de cookies .