

Cobertura universal en salud: el extraño romance de *The Lancet*, MEDICC y Cuba

Howard Waitzkin

Resumen

Como partidario clave de la cobertura universal en salud (UHC, *universal health coverage*, CUS en español), *The Lancet* se asoció recientemente con la Cooperación de Educación Médica con Cuba (MEDICC – *Medical Education Cooperation with Cuba*), una organización no gubernamental con sede en los Estados Unidos, para editar en español la serie sobre la CUS de *The Lancet* en América Latina. Esta traducción se puso en marcha como parte de Salud Cuba 2015, un congreso internacional que se llevó a cabo en La Habana, Cuba. A pesar de su definición frecuentemente ambigua, la CUS, por lo general, se refiere a una reforma financiera que extiende la cobertura de seguros en diversos grados para una parte más amplia de la población de un país. La CUS no significa “atención a la salud para todos” (HCA – *health care for all*, atención a la salud para todos, SPT) –un sistema de atención que ofrece servicios iguales para toda la población, con independencia de los recursos financieros individuales o familiares.

La CUS ha recibido amplias críticas, dado que no crea necesariamente un sistema unificado y accesible; sino que normalmente promueve a las compañías privadas de seguros, con fines de lucro; y porque se trata de paquetes de beneficios escalonados distintos para los pobres y los no pobres. Aunque la orientación hacia la CUS se ha

vuelto “hegemónica” en los círculos mundiales de políticas de salud, sus supuestos ideológicos no se han confirmado de manera empírica. Los editores de *The Lancet* y la *Revista MEDICC* deberían explicar de forma más extensa la decisión de traducir la serie de CUS y su lanzamiento en La Habana, y deberían también proporcionar “el mismo tiempo” a las críticas a la CUS y a la presentación de esfuerzos por alcanzar SPT.

Introducción

The Lancet ha surgido como un defensor clave de la cobertura universal en salud (CUS).¹ Recientemente, la revista se asoció con la Cooperación de Educación Médica con Cuba (MEDICC, por sus siglas en inglés), una organización no gubernamental con sede en EUA, para editar en español la serie sobre la CUS de *The Lancet* en América Latina. Los editores de *The Lancet* y de la *Revista MEDICC*, publicada por MEDICC, en abril 22 lanzaron una traducción al español en La Habana, Cuba.

El lanzamiento se llevó a cabo como parte de Salud Cuba, un gran congreso internacional sobre salud que contó con la participación de Cuba, así como funcionarios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de Salud (OPS) y el Banco Mundial (BM). Los fondos para la publicación se obtuvieron a través de la Fundación Rockefeller, OMS/OPS y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, una comisión regional de las Naciones Unidas).

¿Qué es la CUS?

Aunque a menudo su definición es imprecisa, la CUS usualmente se refiere a una reforma *financiera* que extiende la cobertura de *seguro* en

Howard Waitzkin. MD, PhD. Título: Profesor-investigador emérito distinguido. Afiliación: Universidad de Nuevo México, EUA. Email: waitzkin@newmex.com.

Conflicto de intereses: ha escrito y revisado ocasionalmente artículos para *The Lancet* y ha fungido como parte del Consejo Editorial de *MEDICC Review*. No ha recibido recursos económicos de organizaciones que estén a favor o que se opongan a la Cobertura Universal en Salud.

diversos grados para una parte más amplia de la población de un país. La CUS no significa “salud para todos”, es decir, un sistema de atención a la que otorga servicios iguales para toda la población, independientemente de los recursos financieros individuales o familiares.

La CUS ha recibido amplias críticas por parte de individuos y organizaciones progresistas, tales como la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), el Movimiento por la Salud de los Pueblos y el Observatorio Mundial en Salud, así como de varios investigadores, incluyendo al presente autor. Solamente un artículo de la serie de *The Lancet* (en representación de ALAMES) transmite una crítica al enfoque de la CUS y favorece uno del sector público unificado.²

En la superficie, la CUS transmite de manera simbólica el acceso universal a los servicios de salud. Sus propuestas generalmente describen modos para extender los servicios a las poblaciones que enfrentan barreras en el acceso, en particular las personas pobres, las minorías étnicas/raciales y otros grupos marginados. El uso del término “universal” da, precisamente, una imagen de universalidad, es decir, comunica una preocupación con respecto a las graves barreras de acceso que afectan a las personas alrededor del mundo.

Sin embargo, la visión de la CUS no implica un sistema de atención a la salud unificado y accesible. De hecho, la mayoría de sus propuestas en realidad desfavorecen tales sistemas unificados. Sus planteamientos más bien argumentan en favor de una reforma financiera multifacética que pueda extender algunos servicios, pero no necesariamente todos los necesarios para aquéllos que actualmente carecen de seguridad en salud.

En tales propuestas, el sector público entra en una relación de competencia con un amplio sector privado, en la cual las compañías privadas de seguros, generalmente con fines de lucro, juegan un papel cada vez más importante. A través de la CUS dichas compañías ganan acceso a los fondos fiduciarios públicos destinados para las prestaciones de seguridad social y en salud. Las compañías reciben sus pagos a partir de este fideicomiso por la prestación de servicios de

“atención gerenciada” sobre una base capitada y prepagada. Como lo muestran investigaciones anteriores, las compañías utilizan gran parte de los pagos de capitación para invertir en el mercado financiero mundial.^{3,4}

Por lo tanto, la reducción del papel del Estado y la privatización de los servicios públicos hacen que la CUS sea consecuente con otras políticas neoliberales. Bajo sus esquemas, ya implementados en países como Colombia y México, el Estado reúne fondos a través de una combinación de impuestos y primas obligatorios y desembolsa los recursos en compañías que contrata para brindar servicios a los individuos y familias aseguradas.^{5,6} Además, el Estado ofrece directamente servicios para los pobres sin seguridad que restan, a través de los hospitales y clínicas del sector público, los cuales se presionan cada vez más debido a los recortes presupuestarios.^{4,7}

La CUS casi siempre involucra paquetes de beneficios escalonados para los pobres y los no pobres. Una reforma nacional otorga un paquete mínimo de beneficios que los expertos consideran esenciales. Los pobres y aquéllos que antes no tenían seguro reciben un paquete básico con un requerimiento de poco o nada de copago de su bolsillo. Los que no son pobres o sus empleadores pueden adquirir beneficios adicionales.

En estos paquetes mínimos, por ejemplo, todas las mujeres tendrían derecho a exámenes periódicos de Papanicolaou para la detección de cáncer de cuello uterino. Pero si el examen resulta positivo, el tratamiento no está necesariamente cubierto por los beneficios de los paquetes, dejando a las mujeres vulnerables a la variabilidad de los fondos y las políticas del gobierno local. En México, los beneficios del programa de la CUS (localmente llamado Seguro Popular) para el tratamiento de cáncer de cuello uterino para las mujeres pobres con papanicolaous positivos han variado de acuerdo a los recursos financieros y las políticas de los diferentes estados de la República Mexicana.^{4,8} [datos no publicados]. Hay algo terriblemente mal en un sistema que ofrece el examen de cáncer de cuello uterino a todas las mujeres para luego negar selectivamente el tratamiento a las que sean pobres.

Como señalan los autores de ALAMES, el concepto de la CUS se ha vuelto “hegemónico” en los círculos mundiales de las políticas de salud.² Su promoción involucra varias suposiciones ideológicas:^{4,9}

- La eficiencia se incrementa si se separa el financiamiento de la prestación de servicios y si la competencia se generaliza a todos los subsectores (estado, seguridad social, y privado).
- El mercado de la salud es el mejor regulador de los costos.
- La demanda, más que la oferta, debe ser subsidiada.
- La administración privada es más eficiente y menos corrupta que la administración pública.
- La desregulación del fondo fiduciario de la seguridad social y en salud permite al usuario la libertad de elección y la capacidad de optar por el mejor administrador de sus fondos.
- La calidad está asegurada mediante la promoción de la satisfacción del cliente a través de la competencia entre proveedores en el mercado.

Hay un número limitado de estudios basados en datos de los resultados de la CUS. Éstos, en países como Colombia y Chile, no han confirmado las suposiciones anteriores con respecto a la atención gerenciada, la competencia en los mercados, la eficiencia, la reducción de costos o la calidad. Bajo la CUS las barreras al acceso permanecen o empeoran, mientras que los costos se incrementan y se expande la obtención de ganancias corporativas.^{4,7,10,11} En muchos países, la estructura de impuestos regresivos impide la expansión de la cobertura del seguro y la priorización de servicios clínicos bajo la CUS puede dificultar el alcance de metas más amplias en salud pública.^{12,13}

¿Qué es salud para todos (SPT)?

La SPT contempla la atención a la salud como un derecho humano provisto por un sistema nacional en donde el acceso no difiere según el ingreso de las personas, riqueza, ocupación, género, características raciales/étnicas, edad u otros criterios. Por lo general, la visión de la SPT implica un sistema público único que otorga consulta externa, hospitalización y servicios de

prevención; tal es el modelo en Cuba. En algunos países tan diversos como Brasil y Canadá, la SPT se basa en el financiamiento del sector público para los servicios que otorgan tanto el sector público, como los practicantes privados, los hospitales y las clínicas privadas. Sin embargo, la participación de compañías con fines de lucro está prohibida o estrictamente regulada.

El principio unificador en la SPT es que el sistema nacional de salud no debería incluir niveles con diferentes paquetes de beneficios para ricos y pobres. Por ejemplo, dado que Canadá prohíbe el seguro privado para servicios que brinda su Programa Nacional de Salud, los ricos deben participar en el sistema de financiación público y la presencia de toda la población en un sistema unitario asegura un programa nacional de alta calidad.

El artículo de ALAMES en la serie de *The Lancet* expresa sucintamente la visión de SPT: “ALAMES aboga por el derecho a la salud para todos los ciudadanos, sin distinción, con el Estado como garante de las finanzas y la administración”.² En América Latina, los países que tratan de avanzar hacia el modelo de SPT incluyen a Cuba y Brasil, así como Bolivia, Ecuador, Uruguay y Venezuela, los cuales se han movido en dirección a la SPT después de rechazar los modelos neoliberales anteriores.

¿Por qué Cuba para un lanzamiento de la CUS?

A la luz del sistema público unificado de Cuba, que encarna a la SPT, el lanzamiento de la serie de la CUS de *The Lancet* parece ominoso. ¿La CUS figura en el futuro de la atención a la salud en Cuba? ¿Acaso la SPT está entrando en una trayectoria de declive en Cuba? ¿Cómo se llegó a la decisión de lanzar la traducción de la CUS en La Habana?

Los editores de *The Lancet* y la *Revista MEDICC* deberían ser más transparentes acerca del proceso que guió el debut de la CUS en La Habana. “Los sospechosos usuales” puede que hayan orquestado este importante evento, principalmente, al financiar la serie original de *The Lancet*, la traducción y el lanzamiento. Rockefeller, CEPAL,

OMS, OPS y el Banco Mundial (que, junto con la Fundación Gates, brindan financiamiento sustancial para la OMS) y han actuado de manera conjunta para impulsar la CUS en América Latina. Ahora, con la tregua que está surgiendo entre Cuba y Estados Unidos: ¿Se ha vuelto el sistema de salud cubano en un objetivo de transformación en dirección de la CUS?

En este contexto, vale la pena recordar el *Informe Mundial de Salud* 2000 de la OMS, el cual clasificó los sistemas de salud mundiales con una orientación conceptual y metodología que recibió una crítica mordaz en todo el mundo.^{14,15} De manera breve, la “elección” fue un criterio importante para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. Desde esta perspectiva, los sistemas de salud públicos unificados que no fomentaron la elección de prestadores privados, calificaron más bajo que aquéllos que sí lo hicieron. Como resultado, Colombia (ocupa el lugar 22° en el mundo y el 1° en América Latina), Chile (33°), Costa Rica (36°) e incluso Estados Unidos (37°) obtuvieron puestos más altos que Cuba (39°), a pesar del sistema de salud accesible, bastante admirado de Cuba y sus excepcionales indicadores de salud. Brasil clasificó muy bajo, 125°, de nuevo, debido a su intento por alcanzar la SPT a través de un sistema de salud del sector público unificado, que se encuentra codificado en la Constitución de Brasil de 1988.

El codirector del proyecto de clasificación de la OMS, el Dr. Julio Frenk Mora, posteriormente se volvió en un arquitecto de la reforma de la CUS como secretario de salud de México. Él y sus colegas describieron la reforma en México en *The Lancet*,⁶ de nuevo, generando críticas por afirmaciones de éxito sin fundamento.^{4,7} A pesar de una amplia crítica al proyecto de clasificación de la OMS y de la CUS en México, Frenk y sus colaboradores se convirtieron en los partidarios principales de la CUS, en parte a través de un artículo clave en la serie de *The Lancet*.¹⁶ Dado que no han desaprobado el bajo filo del sistema de salud de Cuba, puede que Frenk y sus colaboradores confíen en que Cuba aún se puede beneficiar de un sistema de salud reformado, reorganizado bajo una visión de CUS con compañías de seguridad privadas en competencia con el sector público de Cuba.

¿Es un subtexto para el lanzamiento de La Habana una esperanza de privatizar el sistema de la salud de Cuba o de abrirlo en las empresas privadas del seguro?

Aunque este escenario puede parecer descabellado, dados los logros de Cuba, su gobierno ha estado desplazándose rápidamente para reducir sus gastos del sector público mediante la eliminación de puestos de trabajo y la ampliación de las actividades económicas del sector privado. ¿Seguirá pronto la atención a la salud? Este escenario debería preocupar a aquéllos que han admirado y apoyado los esfuerzos de la salud pública cubana. Tales cambios preocupan a los activistas de Cuba en ALAMES, cuya coordinadora escribió justo después del lanzamiento de la CUS en La Habana: “ALAMES-Cuba apoya y trabaja de acuerdo con el proceso de transformaciones sociales y económicas que se desarrollan en el país en la consolidación del SOCIALISMO próspero y sostenible, el cual concibe a la salud como un derecho humano para todos, que nunca será objeto de lucro o mercancía”.¹⁷

¿Hacia dónde desde aquí?

Los editores de *The Lancet* y la *Revista MEDICC* deberían explicar sus decisiones para traducir la serie sobre la CUS y el lanzamiento de la traducción en La Habana. En particular, varios aspectos garantizarían transparencia y claridad:

¿Cuál es el papel que desempeñaron los organismos de financiamiento y cómo se utilizaron los fondos?

- ¿Cuáles son los conflictos de intereses que afectan a los autores y a los editores? Es particularmente problemática la falta de información clara en los artículos traducidos, acerca de los principales fondos que provienen de las mismas instituciones y fundaciones financieras internacionales.
- ¿Por qué no se consultó al consejo editorial de la *Revista MEDICC* antes de tomar la decisión de traducir la serie sobre la CUS y lanzarla en La Habana?
- *The Lancet*, *MEDICC* y la *Revista MEDICC* apoyan la CUS o la SPT?

The Lancet y la *Revista MEDICC* deberían de proporcionar “equidad de espacio y tiempo” para las críticas a la CUS y para la presentación de los esfuerzos por alcanzar la SPT. Los futuros artículos deberían abordar temas como:

- Las implementaciones de la CUS y la SPT.
- Políticas públicas de salud “hegemónicas” versus “contra-hegemónicas”.
- El “filantrcapitalismo”, incluyendo la postura de los organismos clave (Rockefeller, Gates) y las organizaciones no gubernamentales.
- El Observatorio Mundial de Salud, el Movimiento para la Salud de los Pueblos, ALAMES y los movimientos populares que apoyan la SPT.

El financiamiento de este esfuerzo debe provenir de los mismos donantes que apoyaron la traducción de los artículos sobre la CUS de *The Lancet* o de otros si los originales no están de acuerdo.

Conclusión

La traducción y el lanzamiento de la serie de sobre la CUS han generado inquietudes que merecen atención. El esclarecimiento de la lógica y el proceso de la toma de decisiones deberían suceder con una transparencia que resuelva los misterios anteriormente discutidos. *The Lancet* y la *Revista MEDICC* deberían de aclarar si apoyan a la CUS o la SPT y por qué. Publicaciones y traducciones adicionales deberían presentar una imagen equilibrada de la CUS y la SPT, incluyendo críticas a los principios hegemónicos asociados con la CUS.¹

Referencias

1. Horton, R., y Das, P. (2015, marzo). Universal health coverage: not why, what, or when—but how? *The Lancet*, 385(9974), 1156–1157. doi:10.1016/S0140-6736(14)61742-6
2. Heredia, N., Laurell, A. C., Feo, O., Noronha, J., González-Guzmán, R., y Torres-Tovar, M. (2015, abril). The right to health: what model for Latin

- America? *The Lancet*, 385(9975), e34–e37. doi:10.1016/S0140-6736(14)61493-8
3. Stocker, K., Waitzkin, H., y Iriart, C. (1999, abril 8). The exportation of managed care to Latin America. *The New England Journal of Medicine*, 340(14), 1131–6. doi:10.1056/NEJM199904083401425
4. Waitzkin, H. (2011). *Medicine and Public Health at the End of Empire*. Boulder, Colorado: Paradigm Publishers.
5. Giedion, U., y Uribe, M. V. (2009, mayo 1). Colombia’s Universal Health Insurance System. *Health Affairs*, 28(3), 853–863. doi:10.1377/hlthaff.28.3.853
6. Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., et al. (2012, octubre). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*, 380(9849), 1259–1279. doi:10.1016/S0140-6736(12)61068-X
7. Laurell, A. C. (2015, abril 1). Three Decades of Neoliberalism in Mexico: The Destruction of Society. *International Journal of Health Services*, 45(2), 246–264. doi:10.1177/0020731414568507
8. Waitzkin, H., Jasso-Aguilar, R., y Iriart, C. (2007). Privatization of health services in less developed countries: an empirical response to the proposals of the World Bank and Wharton School. *International Journal of Health Services*, 37(2), 205–27. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17665720>
9. Iriart, C., Merhy, E. E., y Waitzkin, H. (2001, abril). Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine*, 52(8), 1243–53. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11281407>
10. Sengupta, A. (2013, noviembre). Universal Health Coverage: Beyond rhetoric. *Occasional Paper*, (20), 25. Disponible en http://www.municipalservicesproject.org/sites/municipalservicesproject.org/files/publications/OccasionalPaper20_Sengupta_Universal_Health_Coverage_Beyond_Rhetoric_Nov2013_0.pdf. Consultado el 25 de julio de 2015
11. Stuckler, D., Feigl, A., Basu, S., y McKee, M. (2010, noviembre). *The political economy of universal health coverage*. Montreux, Switzerland: World Health Organization. Disponible en [http://www.pacifichealthsummit.org/downloads/UHC/the political economy of uhc.PDF](http://www.pacifichealthsummit.org/downloads/UHC/the%20political%20economy%20of%20uhc.pdf). Consultado el 25 de julio de 2015
12. Reeves, A., Gourtsoyannis, Y., Basu, S., McCoy, D., McKee, M., y Stuckler, D. (2015, julio). Financing universal health coverage—effects of alternative tax structures on public health systems: cross-national modelling in 89 low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 386(9990),

¹ Después de que este artículo fuera aceptado para publicación, los editores de la *Revista MEDICC* dieron una breve explicación sobre su proceso de toma de decisiones, en respuesta a mi carta a los editores, disponible en <http://www.medicc.org/-mediccreview/index.php?issue=35&id=465&a=va>

- 274–280. doi:10.1016/S0140-6736(15)60574-8
13. Schmidt, H., Gostin, L. O., y Emanuel, E. J. (2015, agosto). Public health, universal health coverage, and Sustainable Development Goals: can they coexist? *The Lancet*, 386(9996), 928–930. doi:10.1016/S0140-6736(15)60244-6
 14. *The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance*. (2000). World Health. Geneva: World Health Organization. Disponible en http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf. Consultado el 25 de julio de 2015
 15. Almeida, C., Braveman, P., Gold, M. R., Szwarcwald, C. L., Ribeiro, J. M., Miglionico, A., et al. (2001, mayo 26). Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet*, 357(9269), 1692–1697. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11425394>.
 16. Frenk, J. (2015, abril). Leading the way towards universal health coverage: a call to action. *The Lancet*, 385(9975), 1352–1358. doi:10.1016/S0140-6736(14)61467-7
 17. Castañeda Abrascal, I. (2015, abril 22). *Postura de ALAMES- Cuba. Re: Launch: MEDICC Review Spanish edition of Universal Health Care in Latin America series*. Correspondencia vía email: Traducido y publicado con permiso del autor.

