

# **Cobertura Universal de Salud: Aseguramiento versus Sistemas Universales de Salud**

Howard Waitzkin  
Noviembre 2016

# **Cobertura Universal de Salud (“la CUS”): Aseguramiento versus Sistemas Universales de Salud**

## **Agradecimientos:**

- **La Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES)**
- **Rebeca Jasso-Aguilar (Neoliberalismo)**
- **Celia Iriart (El Sentido Común)**
- **Ida Hellander (Obamacare)**
- **DJ Smithers (la CUS)**

« Salud Pública »

Howard Waitzkin

# Medicina y salud pública al final del imperio

HOWARD WAITZKIN



Medicina y salud pública al final del imperio



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
DE COLOMBIA  
ESCUELA DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
CENTRO DE HISTORIA DE LA MEDICINA  
DOCTORADO INTERFACULTADES EN SALUD PÚBLICA

Orthodox Economics & the Science of Climate Change → p.25

# MONTHLY REVIEW

VOL. 68  
NO. 1

MAY  
2016

AN INDEPENDENT SOCIALIST MAGAZINE

## OBAMACARE the neoliberal model comes home to roost

HOWARD WAITZKIN & IDA HELLANDER

Voices,  
Not Numbers –  
Towards  
a Greater  
Democracy in  
Education

CARL A. GRANT

Cuban Doctors: The  
3,000 Who Stayed

DON FITZ

Organizing for  
Better Lives

DANIEL M. BERMAN

On 'Nature'

JOHN BELLAMY FOSTER

Monthly Review online: <http://monthlyreview.org>

MR <http://mrzine.monthlyreview.org>

US\$6 / CAN\$6 / £4.50 / €4.00



*The Collapse of Capitalist Health Care  
and the Road Ahead* (Monthly Review  
Press, 2017)

*(El Colapso de la Atención de la Salud  
Capitalista y el Camino por Delante)*

# **Neoliberalismo y salud**

(con Rebeca Jasso-Aguilar)

# Neoliberalismo y salud

- Administraciones de Reagan y Thatcher 1980s
- “Consenso de Washington”



# Neoliberalismo y salud

## Qué implica?

- La privatización y el desmantelamiento del sector público
- El avance de los tratados internacionales de libre comercio que restringen la soberanía de las naciones para decidir sus políticas de salud pública



# Neoliberalismo y salud

- La propuesta de “Invertir en Salud” encierra un doble sentido:
- Parece aludir a aumentar la inversión de los estados en las políticas de salud (con la mira puesta en aumentar la productividad), pero apunta en realidad a...
- Políticas macroeconómicas que fomentan la “inversión en salud” como una ruta para aumentar las ganancias del sector privado.
- Ganan así un papel creciente las empresas multinacionales que manejan la atención en salud

# Neoliberalismo y salud

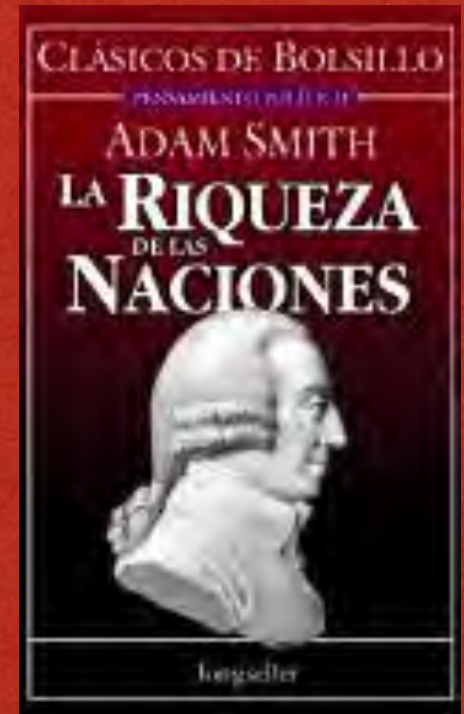
- El predominio de las instituciones financieras internacionales en la determinación de las políticas de salud
- Un espacio ampliado para el militarismo como mecanismo para generar demandas de servicios médicos y de salud mental corporativizados.
  - El militarismo como una fuente de la acumulación de capital
  - El capitalismo de desastre

# Neoliberalismo y salud

- La financiarización como la segunda fuente de la acumulación de capital en un sistema capitalista debilitado
- Una filosofía unificadora guió estas políticas y procesos: el neoliberalismo

# Neoliberalismo y salud

- Liberalismo: (Adam Smith), Alfred Marshall, William Stanley Jevons, Leon Walrus
- Papel de liderazgo del estado: (Adam Smith), John Maynard Keynes



# Neoliberalismo y salud

- Neoliberalismo: Friedrich von Hayek, Milton Friedman, los Chicago Boys, Sociedad Mount Perelin, Fundación Heritage



# Neoliberalismo y salud

- La clase capitalista transnacional (William Robinson)
- Las empresas multinacionales
- La “puerta giratoria” (lobistas, funcionarios del estado)

# Neoliberalismo y salud

- **La pérdida de la soberanía del estado-nación (incluyendo su papel regulatorio y su rol como proveedor de servicios de salud y como garante de la salud pública)**
- **Poder supra-gubernamental de los organismos transnacionales: Banco Mundial, FMI, OMC, tratados de libre comercio**
- **Aspecto militar, pero involucra también:**
- **“Las armas pacíficas” - las más poderosas del nuevo orden mundial (condicionar a los países a través de la economía).**

**El sentido común de la reforma de la salud**  
(con Celia Iriart)



## El sentido común de la reforma de la salud (la ciencia versus la ideología, fe, religión)

### “VERDADES” “CIENTÍFICAS” JAMÁS CORROBORADAS:

- La eficiencia aumenta si se separa la **financiación de la prestación de servicios** y si la competencia es generalizada entre todos los subsectores (estatal, seguridad social y privado).
- El mercado de la salud debe ser desarrollado porque es el mejor regulador de costos y calidad.

## **El sentido común de la reforma de la salud (la ciencia versus la ideología, fe, religión)**

- La crisis de la salud se origina en causas financieras.
- El gerenciamiento introduce una nueva e indispensable racionalidad administrativa para resolver la crisis.
- Es esencial subordinar a esta nueva racionalidad las decisiones clínicas si se desea reducir los costos.

## El sentido común de la reforma de la salud (la ciencia versus la ideología, fe, religión)

- La demanda debe ser subsidiada, no la oferta.
- Flexibilizar las relaciones laborales constituye el mejor mecanismo para conseguir eficiencia, productividad y calidad.
- La administración privada es más eficiente y menos corrupta que la administración pública.

## **El sentido común de la reforma de la salud (la ciencia versus la ideología, fé, religión)**

- Los pagos para la seguridad social son propiedad de cada trabajador.
- La desregulación de la seguridad social otorga al usuario la libertad de elección y la capacidad de optar por el mejor administrador de sus fondos.

## El sentido común de la reforma de la salud (la ciencia versus la ideología, fé, religión)

- El pasaje del concepto de **usuario/paciente/beneficiario** al de **cliente/consumidor** asegura que sus derechos serán respetados.
- La calidad se asegura al promover la satisfacción del cliente.

# **Obamacare: El modelo neoliberal regresa a su propia casa**

(con Ida Hellander)

# ¿De dónde vino el Obamacare y qué viene después?

---

- Un presidente dinámico, joven, recién elegido hace de la reforma de salud una de sus prioridades más altas.
- La propuesta intenta mejorar el acceso para personas sin seguro y “sub-asegurados” (con cobertura parcial).
- Para lograr este objetivo decide colaborar con las empresas aseguradoras privadas con fines de lucro.
- Los hospitales públicos y otras instituciones del sector público compiten con el sector del seguro privado para recibir los fondos públicos generados por impuestos.

# ¿De dónde vino el Obamacare y qué viene después?

La descripción anterior corresponde a...

...Obama?... NO!!! hablamos de...

César Gaviria

Que presentó su  
proyecto de  
Reforma Sanitaria  
para Colombia en  
Davos... En el Foro  
Económico Mundial





# ¿De dónde vino el Obamacare y qué viene después?

---

- **César Gaviria Trujillo**

- **Presidente de Colombia, 1990-1994**

- **Reforma de salud: Ley 100, 1994**

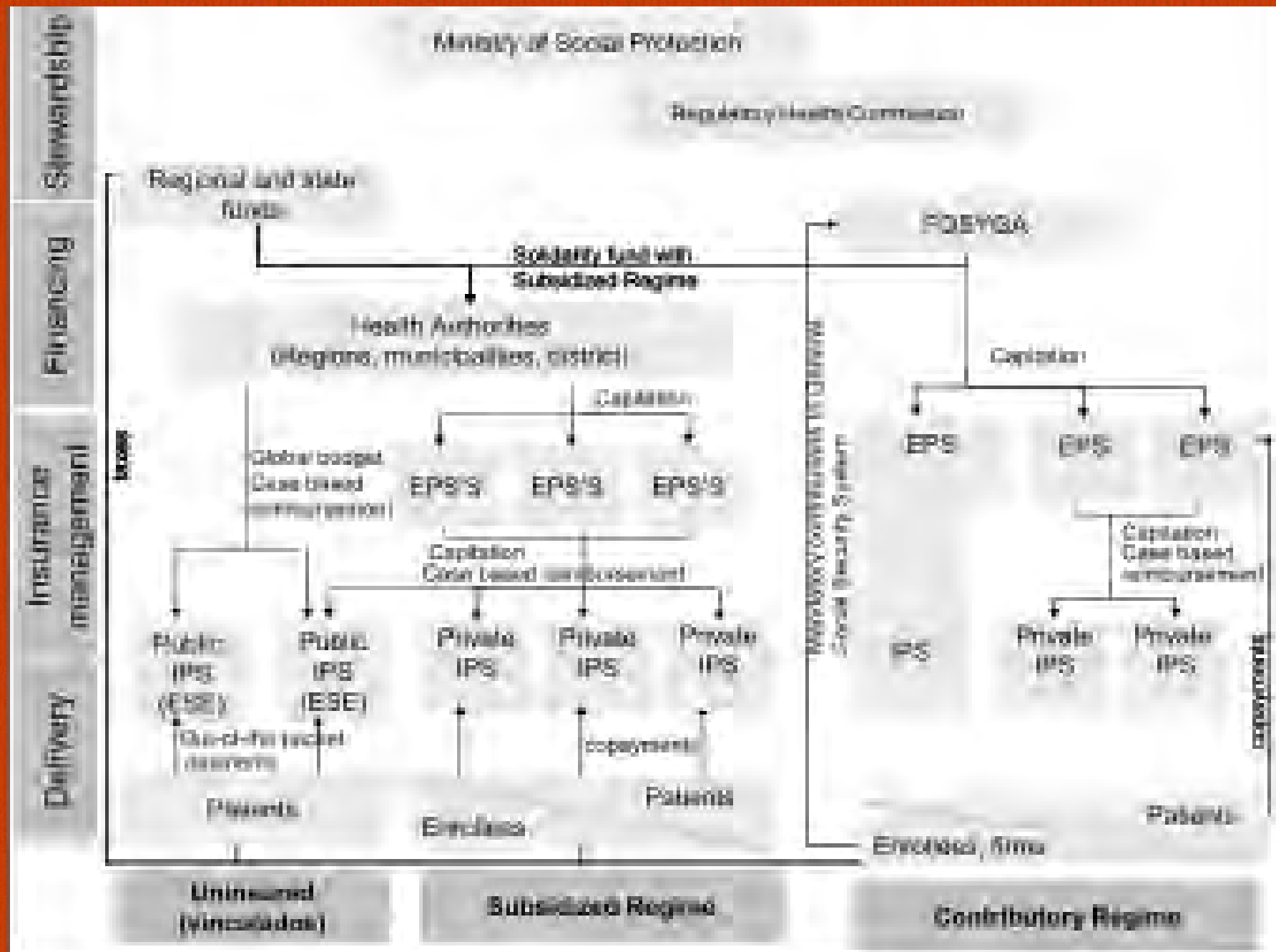
- **Reforma exigida y parcialmente financiada por el Banco Mundial**

- **El Foro Económico Mundial: elites financieros**

- **Modelo para la reforma de salud (con excepciones) en todo el mundo y ahora en los E.U.**

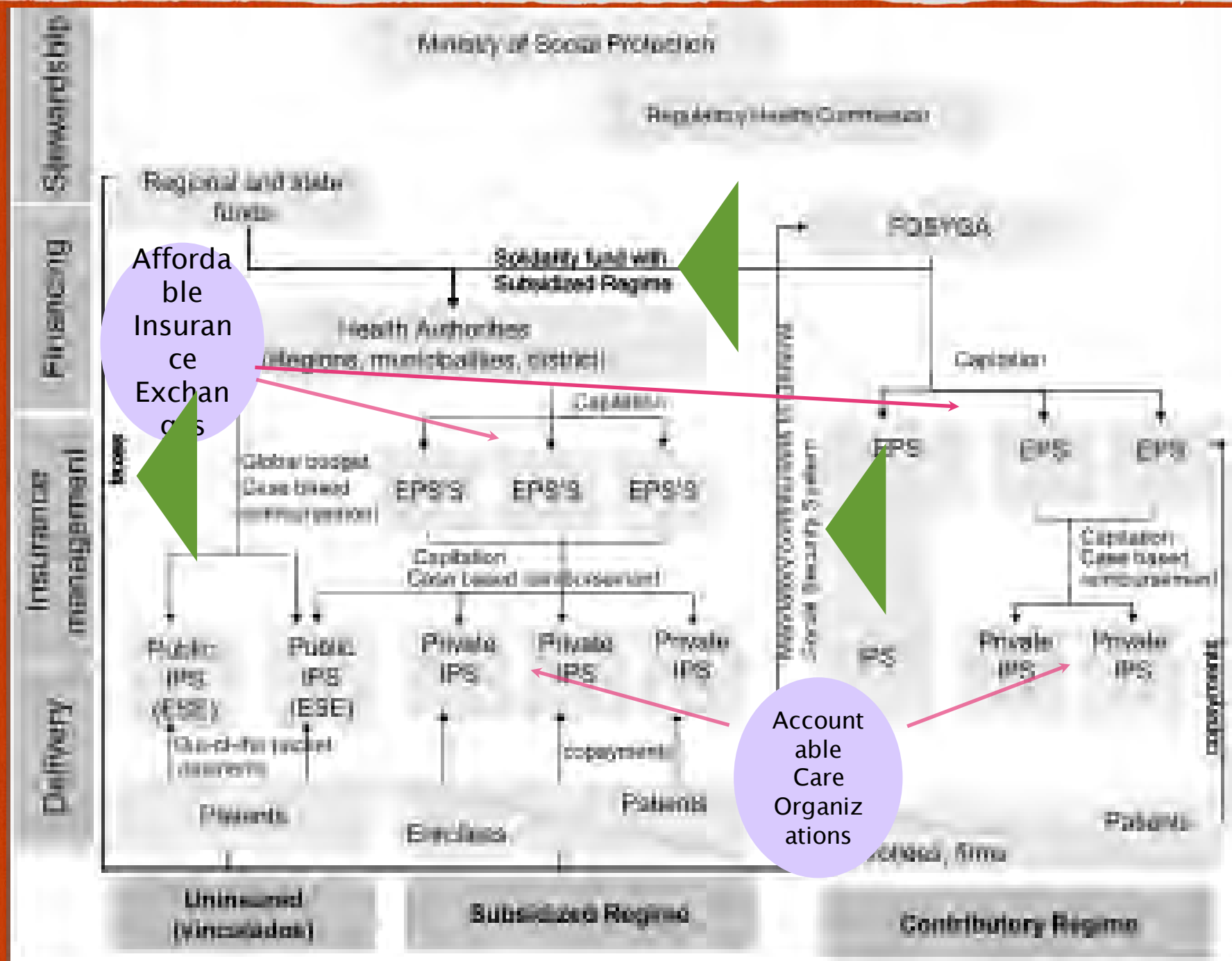
# ¿De dónde vino el Obamacare y qué viene después?

- La estructura básica del Obamacare en realidad no es nueva.
- “Reformas” semejantes han aparecido en otros países durante las 2 décadas pasadas.



**Figure 1** The model of managed competition in the Colombian healthcare system. Figure legend text: FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía (Solidarity and Guarantee Fund); EPS: Empresa Promotora de Salud (Insurance Company for the Contributory Regime); EPSS: (Insurance Company for the Subsidized Regime); IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Healthcare Provider); ESE: Empresa Social del Estado (Public Health Provider). → Monetary flows. Source: authors.

Source: Vargas I et al. BMC Health Services Research 2010, 10:297, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/297>



**Figure 1** The model of managed competition in the Colombian healthcare system. Figure legend text: FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía (Solidarity and Guarantee Fund); EPS: Empresa Promotora de Salud (Insurance Company for the Contributory Regime); EPS'S: (Insurance Company for the Subsidized Regime); IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Healthcare Provider); ESE: Empresa Social del Estado (Public Health Provider). → Monetary flows. Source: authors.

Source: Vargas I et al. BMC Health Services Research 2010, 10:297, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/297>

# ¿De dónde vino el Obamacare y qué viene después?

- **Oficialmente:** es el intento más reciente en un siglo por lograr el acceso universal a la salud en los E.U.
- **En realidad:** empoderó la industria aseguradora de lucro a través de transferir fondos públicos generados por impuestos al sector privado
- **Pocas mejoras para quienes previamente no tenían seguros**
- **Empeoró la situación de quienes tenían sub-seguros (coberturas parciales)**
- **Proyecciones múltiples:** el Obamacare no es financieramente sostenible.

# ¿De dónde vino el Obamacare y qué viene después?

- Beneficios para algunas de las empresas y ejecutivos más ricos
- Efectos adversos o mixtos para los no-ricos
- Manipulación notable del simbolismo político expresado en la noción de que el Obamacare es una creación de la izquierda, que ha merecido la oposición tenaz de la derecha.

# ¿De dónde vino el Obamacare y qué viene después?

- El fracaso del Obamacare es casi inevitable.
- Esto era así aún antes de la elección de Trump
- El acceso: 27 millones de personas continuarán sin seguro, más de la mitad de la población que antes de su aplicación no contaba con seguro alguno –  
(Congressional Budget Office)
- Altos costos deducibles (casi US\$10,000 para un plan familiar de bronce y US\$6,000 para un plan de plata) y co-pagos >>> cobertura inaccesible para muchos

# ¿De dónde vino el Obamacare y qué viene después?

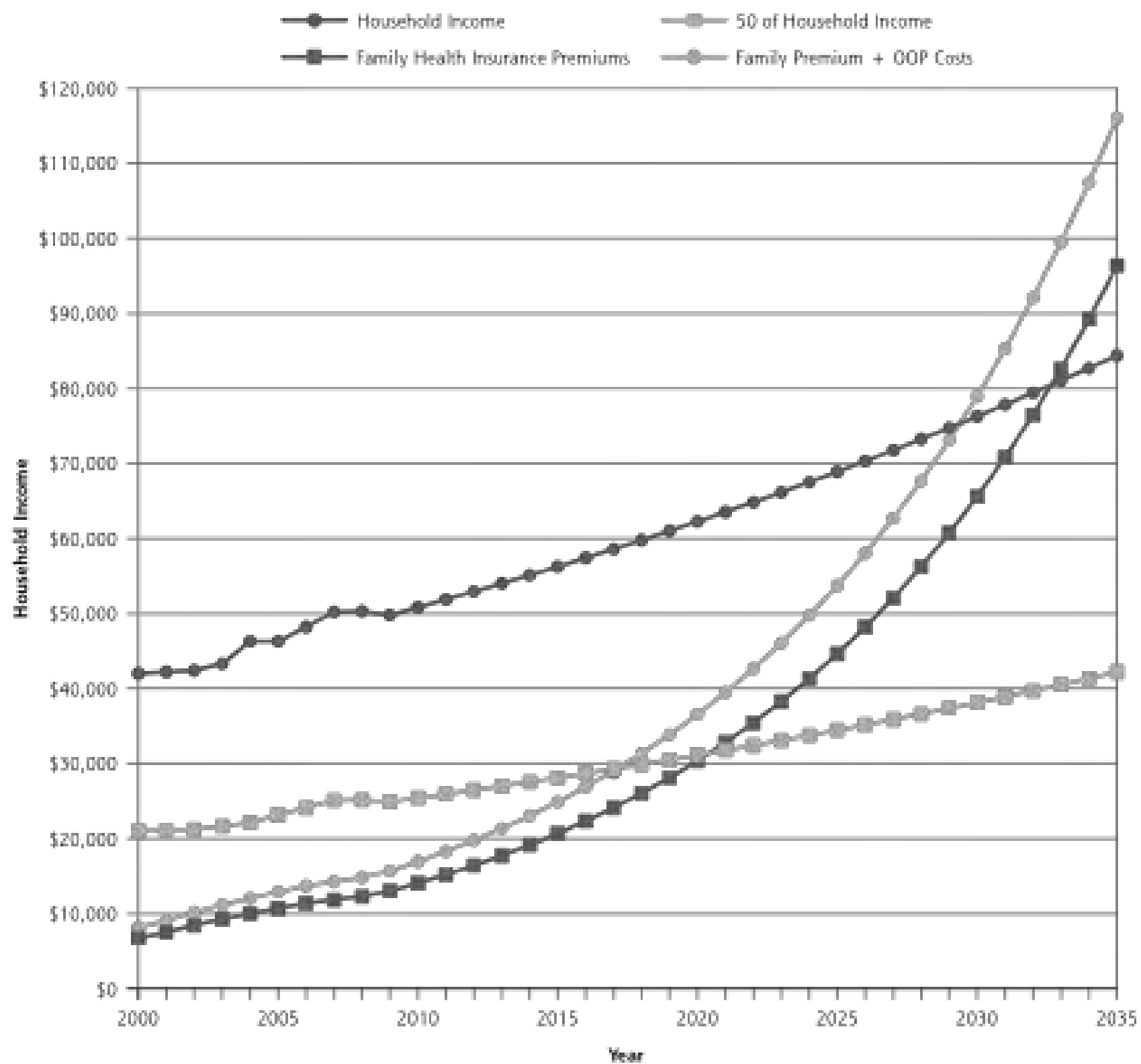
- “Basura administrativa”: cerca 25% de gastos:
  - “marketing”
  - procesamiento de cuentas
  - negación del pago
  - procesamiento de copagos y deducibles
  - sueldos exorbitantes e ingresos diferidos para los ejecutivos (muchas veces más de US\$30 millones por año)
  - ganancias y dividendos para los accionistas de las empresas



# ¿De dónde vino el Obamacare y qué viene después?

- Costos totales proyectados que crecerán desde el 17,4% del producto bruto doméstico en 2013 hasta el 19,6% en 2022
- Proyección conservadora: las primas del seguro y los gastos de bolsillo para una familia promedio llegarán a insumir la mitad del ingreso anual familiar en 2020 y la totalidad el ingreso anual familiar en 2029.

Figure 2. Projected annual family health insurance premium costs and average household income in the United States.



OOP = out-of-pocket.

Source: Young RA, DeVoe JE. Ann Fam Med 2012;10:156-162

# THE HEALTH CARE DEBATE: What Went Wrong? How the Health Care Campaign Collapsed -- A special report.; For Health Care, Times Was A Killer

By Adam Clymer, Robert Pear and Robin Tonier

Published: August 29, 1994



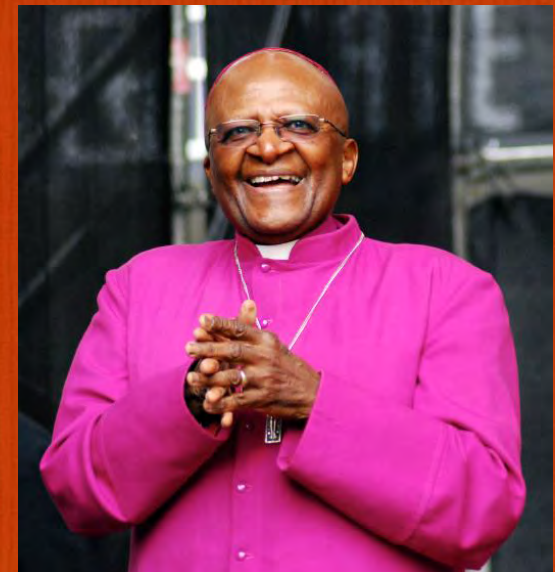
# ¿De dónde vino el Obamacare y qué viene después?

- 1990s:
  - Modelo de
    - Privatización
    - “Atención gerenciada”
    - Desvío creciente de los fondos públicos fiduciarios destinados a la atención de la salud hacia las empresas privadas aseguradoras

# ¿De dónde vino el Obamacare y qué viene después?

- Europa (especialmente Reino Unido, Holanda).
- América Latina (exportación de la atención gerenciada - managed care).
- Asia (promovido en Vietnam, China, Tailandia, etc.).
- África (líderes pagados por la industria aseguradora para promocionarla).

(Arzobispo Tutu)



# ¿De dónde vino Obamacare y qué viene después?

## *Características generales:*

- Es presentado como un método para mejorar el acceso de los pobres (sin cobertura y otros con cobertura parcial)
- Facilitar los esfuerzos de las empresas aseguradoras de lucro que proveen “atención gerenciada”
- Las empresas reciben cuotas pre-pagadas por “capitación” u otras primas de:
  - Agencias gubernamentales que administran los fondos fiduciarios
  - Empleadores
  - Pacientes
- Éstas invierten el dinero, que no usan inmediatamente, en el mercado financiero mundial con altas tasas de ganancia

# ¿De dónde vino el Obamacare y qué viene después?

## *Características generales:*

- Las empresas aseguradoras acumulan ganancias también a través de:
  - negar o demorar la atención necesaria
  - revisión de la utilización
  - requisitos de pre-autorización
- Comparten costos, por ejemplo:
  - copagos
  - deducibles
  - co-seguros
- Limitan el acceso solamente a ciertos médicos, enfermeras practicantes, o asistentes del médico (proveedores de atención primaria)
- Re-diseño frecuente de beneficios

# ¿De dónde vino el Obamacare y qué viene después?

*Tales reformas fueron fomentadas por el neoliberalismo.*

- Los hospitales y clínicas públicas entran en competencia con las instituciones privadas.
- Los presupuestos globales preexistentes para las instituciones de la “red de seguridad social” ya no están garantizados.
- Los ejecutivos de las empresas aseguradoras son quienes toman las decisiones operacionales sobre los servicios.
- Su autoridad subordina a la de los médicos y otros clínicos.



# La Carrera Extranjera de la Reforma Neoliberal de Salud

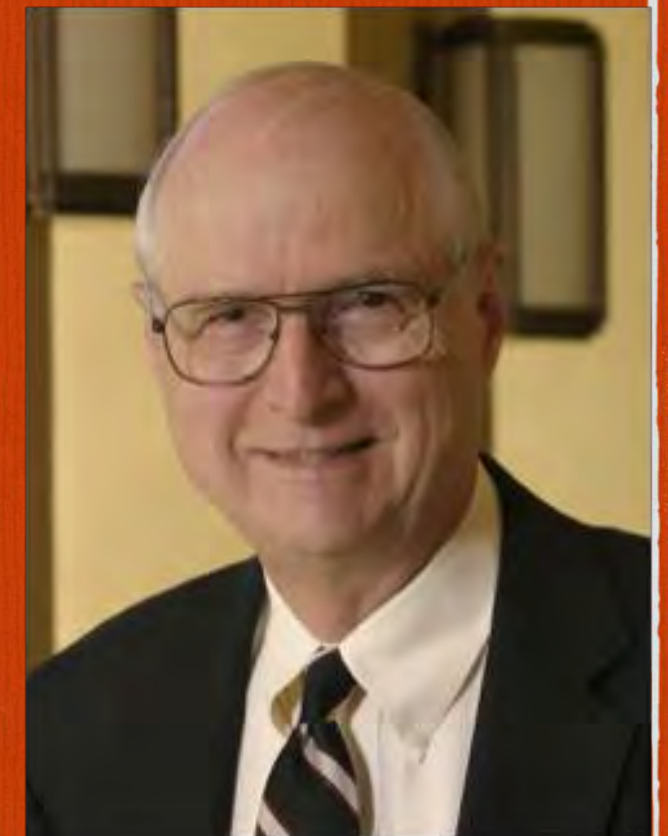


DR. ALAIN ENTHOVEN  
*He tells the military what's right.*

Alain C. Enthoven lecturing on systems analysis in the military, 1963. On the chalkboard, the vertical axis is labeled "targets destroyed" and the horizontal axis is labeled "\$." Reprinted with permission from Time, Inc.<sup>50</sup>

## Alain C. Enthoven

- 1961-1969: Secretario Asistente de la Defensa
- 1969-1972: Vice Presidente, luego Presidente, Litton Industries
- 1973-ahora: Professor of Gerencia y la Economía de la Atención de Salud, Universidad de Stanford



# Analogías entre el Sistema Militar de Planificación-Programación-Presupuestación (SMPPP) y Atención Gerenciada en la Atención de Salud

Tema	Enfoque del Tema	
	SMPPP	Atención Gerenciada
Desconfianza en los profesionales	Jefes militares	Gremio médico
Confianza en los gerentes	Analistas independientes	Gerentes de patrocinadores organizacionales
Elección entre alternativas que compiten entre sí	Sistemas de armas, estrategias militares	Planes organizados de salud
Método científico	Análisis costo-beneficio en estudios de caso	Análisis costo-beneficio en estudios de caso
“Herramientas” para gerentes	Análisis costo-beneficio, plan de defensa de 5 años, borradores de memorandos presidenciales, artículos de desarrollo de conceptos	Métodos técnicos para evitar “fracaso de mercado”: decisiones de precio, mejoramiento de calidad, manejo de subsidios
Incrementalismo con tensiones	Jefes militares, contratistas de empresas, congresistas	Médicos, consumidores de la clase media, empresas privadas aseguradoras no capaces por la atención gerenciada.
Análisis pero no necesariamente reducción de costos	Ningún techo presupuestario de gastos militares	Ningún techo presupuestario de gastos médicos

# La Reforma Neoliberal de Salud Estándar (“Boilerplate”)

- La agenda neoliberal de salud, incluyendo el Obamacare, emergió como un componente de una agenda mundial impulsada por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, y otras instituciones financieras internacionales.
- Esta agenda facilitó la transferencia a empresas multinacionales de fondos públicos fiduciarios destinados a salud y seguridad social.

# La Reforma Neoliberal de Salud Estándar (“Boilerplate”)

- Una ideología gerencial argumentó, casi siempre sin evidencias, que los ejecutivos de empresas podrían lograr una calidad y eficiencia superiores a través de “gerenciar” los servicios médicos en el mercado.
- Enthoven y sus colegas de la economía de la salud académica participaron en este esfuerzo.

# La Reforma Neoliberal de Salud Estándar ("Boilerplate")

- Las propuestas para la reforma de salud en distintos países fueron similares.
- Los detalles específicos aparecían como si fueran insertados en una plantilla de procesamiento de palabras, como "cortando galletas" ("cookie cutter"), un esquema común en el que sólo variaban los nombres de los países y de los actores locales.

# Elementos estructurales de la reforma sanitaria neoliberal

- Grandes organizaciones privadas de proveedores de servicios de salud
- Grandes organizaciones de compradores de servicios de salud
- Constricción de hospitales públicos y proveedores de redes de seguridad social
- Paquetes de beneficios con niveles diferenciados
- Financiamiento con múltiples pagadores y multipagos
- Cambios en el código tributario

**Table 2. Structural Elements of Neoliberal Health Reform**

Colombia Reform (1994)	Clinton Proposal (1994)	Obamacare (2010)
<b>Large privately controlled organizations of health care providers</b>		
"Provider Institutions of Health Services" ( <i>Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPSSs</i> )	"Accountable Health Partnerships" (AHPs)	Large organizations that include many physicians' practices, hospitals, and/or other health facilities; "Accountable Care Organizations" (ACOs) in Medicare
<b>Large organizations of health care purchasers</b>		
Corporations Promoting Health ( <i>Empresas Promotoras de Salud, EPSs</i> )	Health Insurance Purchasing Cooperatives (HIPCs)	Large for-profit insurance corporations contract with networks of provider organizations for managed care coverage
<b>Closure of public hospitals and safety net providers</b>		
Fiscal crisis of state and local public hospitals; many close	Predicted adverse effect on public hospitals and clinics	Fiscal crisis and closure of public hospitals; fiscal crisis of other safety-net providers
<b>Tiered benefits packages</b>		
Varying "health service packages"	"Uniform effective health benefits"	Designated by metals (bronze, silver, gold, platinum) in the "marketplaces"
<b>Multi-payer and multi-payment financing</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capitation payments<sup>†</sup></li> <li>• Copayments</li> <li>• Deductibles</li> <li>• Taxes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capitation payments<sup>‡</sup></li> <li>• Copayments</li> <li>• Deductibles</li> <li>• Taxes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capitation payments<sup>‡</sup></li> <li>• Copayments</li> <li>• Deductibles</li> <li>• Taxes</li> </ul>
<b>Changes in tax code</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Increased payroll taxes for employees and employers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reduced tax deduction for "Cadillac" private plans that exceed minimum benefits standards</li> <li>• Tax incentive to buy less expensive coverage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excise tax on "Cadillac" private plans that exceed a specified cost limit.</li> <li>• Penalties through tax system for non-purchase of private sector health insurance</li> </ul>

<sup>†</sup> Sources: patients, employers, public sector trust ("solidarity") funds (the latter being "contributory" for employed workers; and "subsidized" for low income and unemployed).

<sup>‡</sup> Sources: patients, employers, public sector trust funds—Medicaid, Medicare.

Fondo fiduciario del sector público (seguridad social, Medicare, Medicaid)

Pagos capitados

Empresas privadas de seguros, organizaciones de atención administrada (generalmente con fines de lucro)

Grandes organizaciones privadas de proveedores de servicios de salud

Impuestos

Pagos capitados

Co-pagos

Deducibles

Primas

Empleadores\*

Pacientes\*

\* Compra de pólizas de seguro para empleadores y pacientes mediada por grandes organizaciones de compradores de atención médica

Figura. Flujos financieros bajo reformas neoliberales de salud.



## Evaluaciones de Reformas Neoliberales de Salud

- Un vez iniciadas las reformas se han realizado evaluaciones que parecerían indicar resultados favorables.
- El Banco Mundial, *Invertir en la Salud*, 1993
- OMS, *Informe Mundial de Salud*, 2000
- Colombia, según los criterios usados en estas evaluaciones (p/ej. “la libre elección”), ocuparía el puesto 22º en el mundo y 1º en América Latina...

## Evaluaciones de Reformas Neoliberales de Salud

Colombia:

Banco Interamericano de Desarrollo (2009)

*"Lograr la cobertura universal enfrenta varios barreras..."* mencionan *"la existencia de proveedores de la red de seguridad que actúan como substitutos de seguros y dan incentivos para montar un sistema gratuito"* o *"...La resistencia de los hospitales públicos a las iniciativas de reducir los subsidios a la oferta no debe ser subestimada"*

# Evaluaciones de Reformas Neoliberales de Salud

Colombia:

El Senador Jorge Robledo (resumiendo múltiples estudios que muestran barreras de atención, prácticas monopolistas, corrupción, etc., 2014):

“La Ley 100 no funciona porque no es una ley que apunte a **la salud** de los colombianos sino una ley que apunta a financiar **el negocio con la salud** de los colombianos.”

# La Propuesta del Pagador Único

- La estructura de pago es “socializada” en un sistema para todos
- El sistema proveedor de servicios queda pluralista: coexisten prácticas privadas, hospitales públicos y privados, centros comunitarios de salud, etc.
- No implica “medicina socializada” en el sentido de la infraestructura o las prácticas

# La Propuesta del Pagador Único

- Programa Nacional de Salud de pagador único  
(los apoyos):
  - Médicos por un Programa Nacional de Salud (PNHP) y grupos asociados (<http://www.pnhp.org/>)
    - >20,000 miembros
  - “Medicare para Todos” (HR 676 [Conyers]; S 915 [Sanders])
  - HealthCare-NOW! (<https://www.healthcare-now.org>), organizaciones de enfermeras, muchos sindicatos, congresistas (aprox. 100), etc.

# La Propuesta del Pagador Único

Physicians for a National Health Program

<http://www.pnhp.org/>

The screenshot shows the homepage of the Physicians for a National Health Program (PNHP) website. At the top left is the PNHP logo, consisting of the letters 'PNHP' in white on a green background, followed by the text 'PHYSICIANS FOR A NATIONAL HEALTH PROGRAM' and a green Rod of Asclepius symbol. To the right of the logo is a navigation menu with links: 'Donate to PNHP | SITE MAP | ABOUT PNHP | CONTACT US | LINKS'. Below the navigation is a search bar with the text 'Search'. The main content area features a large heading 'Welcome to PNHP.org!' followed by a paragraph: 'Physicians for a National Health Program is a non-profit research and education organization of 18,000 physicians, medical students and health professionals who support single-payer national health insurance.' Below this text is a link that says 'Click here to learn more!'. To the right of the text is a photograph of two men in suits, identified by a caption as 'Rep. John Conyers with PNHP board member Dr. Andrew Coates'. At the bottom left, there is a 'NAVIGATION' section with a prominent blue button that says '» Join PNHP BECOME A MEMBER TODAY!'. To the right of the button is a 'PNHP RESOURCES' section. At the bottom left, there is a link for 'Latest News'.

# La Propuesta del Pagador Único

- Acceso universal a través de la reducción drástica de los gastos (basura) administrativos (que alcanzan al 25% de los gastos para la atención de la salud)
- No existen co-pagos, deducibles, u otros pagos al momento de recibir los servicios
- La familia promedio y el negocio promedio pagarán lo mismo o menos de lo que pagaban anteriormente.
- Las encuestas nacionales muestran, sin muchas variaciones, que una mayoría o pluralidad (según la encuesta) en E.U. son partidarios del modelo de pagador único.

# Movernos más allá de la Propuesta de Pagador Único

- Asuntos para enfrentar en la teoría y en la práctica para avanzar hacia un Programa Nacional de Salud (PNS):
  - La posición social de médicos y otros profesionales de salud está cambiando.
  - Por ejemplo, los médicos asalariados representan ahora aproximadamente un 70% del total
    - Pérdida de control sobre los medios de producción y las condiciones de su práctica
    - “Aristocracia de labor”: posición mistificada como trabajadores que ganan relativamente bien
    - Samir Amin: “proletarización generalizada,” Movimiento Occupy: 99%/1%.
    - Como impactará esta estructura de clase en la transición hacia un PNS?



# Movernos Más Allá de la Propuesta de Pagador Único

- Carácter oligopolista, financiado del sistema actual de provisión de servicios
- El Obamacare ha incrementado el flujo de fondos “capitados” públicos y privados a la industria aseguradora y por eso ha extendido la financialización general de la economía global capitalista.

# Movernos más allá de la Propuesta de Pagador Único (las opciones)

- **Seguro Nacional de Salud (SNS)**
  - Pagador único = socialización de la estructura de financiación, dejando intacta la propiedad privada y las ganancias en el nivel de la infraestructura prestacional (es decir, propiedad privada de los medios de producción).
  - Ley introducida por John Conyers
  - Modelo internacional: Canadá

## VERSUS

- **Sistema Nacional de Salud**
  - Socialización de la infraestructura (propiedad pública de los medios de producción)
  - Modelo internacional: Suecia

# Movernos más allá del Sistema de Pagador Único

- Bajo el Obamacare, el estado capitalista continúa la protección del sistema económico capitalista
  - enormes subsidios para la industria privada aseguradora
- Ya no es evidente que la socialización de la financiación de los servicios de salud bajo un Programa Nacional de Seguro con único pagador sea la única meta para la lucha progresista.
  - PNHP propone la eliminación de las empresas de lucro en la atención de salud en los E.U.
  - Pero este cambio no ocurrirá dentro del contexto de capitalismo tal como lo conocemos.

## **Movernos más allá de la Propuesta de Pagador Único**

**Como el neoliberalismo llega a su fin y ante el fracaso del Obamacare, es necesaria una transformación mucho más fundamental que modifique no solo la atención de la salud, sino también el estado y la sociedad capitalista.**

# **Contradicciones de la Cobertura Universal de Salud como política hegemónica**

(con DJ Smithers)



Judith Rodin  
President, The Rockefeller Foundation

December 12, 2014

# Universal Health Coverage: A Smart Investment

**Advance Health, Secure Livelihoods**

*A version of this post, co-authored with Jim Yong Kim, president of The World Bank, originally appeared on the Huffington Post.*



*“100 million people fall into poverty each year to pay for health care.”*



Robert Marten  
Sr. Program Associate, The Rockefeller Foundation

June 19, 2015

# Five Things to Know About the First-Ever Global Progress Report on Universal Health Coverage

Advance Health, Secure Livelihoods

*A version of this post originally appeared on the World Bank's Investing in Health blog.*

**GETTING SICK SHOULDN'T BE  
A FINANCIAL GAMBLE**



**17% ARE PUSHED  
OR FURTHER PUSHED  
INTO POVERTY\*  
BY HEALTH COSTS**

SOURCE: WORLD HEALTH ORGANIZATION / WORLD BANK GROUP (2014) - SURVEY OF 33 COUNTRIES

\*US \$2/DAY

**#HEALTHFORALL**

**UNIVERSAL HEALTH  
COVERAGE NOW**

**UHCDAY.ORG**



**Dr. Judith Rodin** @jrodin\_afr  
President of The Rockefeller Foundation



**Jim Yong Kim** @jykim  
President, World Bank Group

## Universal Health Coverage: A Smart Investment

Posted: 12/12/2014 10:54 am EST | Updated: 02/11/2015 5:59 am EST



Just as a patient with a weak immune system is more susceptible to disease, the Ebola crisis reminds us that a nation with a weak health system is more susceptible to epidemics. This lesson is on our minds not only because of the crippling impact of the worst Ebola outbreak in history, but also because today is the inaugural [Universal Health Coverage Day](#).

Today also marks the second anniversary of the United Nations' declaration in support of [Universal Health Coverage \(UHC\)](#), so that no one should fall into poverty to pay for the health care they need. A global coalition of more than 500 organizations, including the World Bank Group and the [Rockefeller Foundation](#), are engaging citizens around the world in support of this goal as both a human right and a smart investment.

100 million people fall into poverty each year to pay for health care.

This mobilization toward UHC defies a one-size-fits-all approach, recognizing that diverse contexts will drive country-specific paths. Whatever the path taken, it's indisputable that progress towards UHC will bolster weak health systems.

Ebola spread so quickly in part because of weak health systems in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. But weak systems are also dangerous breeding grounds for more common conditions like cancer, heart disease, and hypertension.

**Too many countries rely on broken systems for financing and delivering care.** Their citizens have to dig deep into their pockets



Find Out: What You Can Do to Help #EndPoverty



THE WORLD BANK

Working for a World free of Poverty

English Español Français العربية हिन्दी

Search

[Home](#) [About](#) [Data](#) [Research](#) [Learning](#) [News](#) [Projects & Operations](#) [Publications](#) [Countries](#) [Topics](#)

# INVESTING IN HEALTH

News and Views in Healthy Development

[Bloggers](#) [Tags](#) [Contact](#)

Choose Blog

## Five things to know about the first-ever global progress report on universal health coverage

SUBMITTED BY **ROBERT MARTEN** [@robertmarten](#)[Share](#)

Tweet 16

[G+](#)[T](#)

SHARE

[Print](#)[Email](#)[COMMENT](#)

### Recent blog posts

- In a community ravaged by Ebola, signs of hope and continuing need
- Child marriage: A persistent hurdle to health and prosperity
- Going universal: 24 countries and the "how" of universal health coverage
- Pandemic response: Time to act is now
- Now on Flipboard: Latest on health, nutrition and population
- In the Caribbean, close encounters of a public health kind
- Ebola response: Looking back on an unprecedented year
- Five lessons from Nigeria's polio eradication efforts
- Delivering universal health coverage – will smart phone apps replace bureaucrats?
- Global financing facility and a new era for development finance

[More](#)

### Most Popular

- Five lessons from Nigeria's polio eradication efforts
- Ebola response: Looking back on an unprecedented year
- Child marriage: A persistent hurdle to health and prosperity
- Delivering universal health coverage – will smart phone



# TRACKING UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

FIRST GLOBAL MONITORING REPORT



Collection Review

# Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels

**Ties Boerma<sup>1\*</sup>, Patrick Eozenou<sup>2</sup>, David Evans<sup>1</sup>, Tim Evans<sup>2</sup>, Marie-Paule Kieny<sup>1</sup>, Adam Wagstaff<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> World Health Organization, Geneva, Switzerland, <sup>2</sup> World Bank Group, Washington, D.C., United States of America



## Universal health coverage in Latin America 4

# Leading the way towards universal health coverage: a call to action

Julio Frenk

Lancet 2015; 385: 1352–58

Published Online

October 16, 2014

[http://dx.doi.org/10.1016/](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61467-7)

[S0140-6736\(14\)61467-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61467-7)

This is the fourth in a Series of four papers about universal health coverage in Latin America

Harvard School of Public Health, Boston, MA, USA; and Harvard Kennedy School of Government, Cambridge, MA, USA (Prof J Frenk PhD)

Correspondence to: Prof Julio Frenk, Harvard School of Public Health, Boston, MA 02115, USA  
[jfrenk@hsph.harvard.edu](mailto:jfrenk@hsph.harvard.edu)

Policy innovations and lessons associated with the quest for universal health coverage in Latin America are the result of a complex epidemiological transition, an extended process of democratisation, and high economic growth in recent times that has facilitated additional investments in health. The goal of universal health coverage is part of a third generation of health-system reforms, which implies a comprehensive scope of policy interventions, including the introduction of explicit ethical frameworks, the enhanced attention to financial arrangements, and the transformation of major dimensions of the organisation of health systems. The call for action emphasises the next steps that could help reach the goal of universal health coverage both in the Latin American region and the rest of the developing world.

### Introduction

Latin America has enormous potential to contribute to the solution of health problems across the developing world. However, this region has been conspicuously absent from the global health debate in the past decades. One of the reasons is the perception that countries in this part of the world have focused more on addressing their challenges than have other developing regions. Although this might

included several health interventions, were very successful and were eventually extended to almost all the region and other parts of the developing world. They are now deemed to be partly responsible for the decrease in poverty in Latin America during the past decade.<sup>1\*</sup> Mention should also be made of Brazil's Family Health Programme (*Programa Saúde da Família*), which has affected infant and adult mortality and avoidable hospitalisations.<sup>2,3</sup>

# THE LANCET



Login | Register | Subscribe

Online First Current Issue All Issues Special Issues Multimedia Information for Authors

All Content Search Advanced Search

## Series from the Lancet journals

View all Series

### Universal Health Coverage in Latin America

Published: October 16, 2014

#### Executive Summary

The Lancets new Series on Universal Health Coverage (UHC) in Latin America charts the complex political, economic, and social forces that shape health policy making. An accompanying Health Policy paper examines the association between the financing structure of health systems and UHC. In the past few decades, important policies and strategic initiatives in health and development have been embraced by Latin America, with the active participation and support of the Pan American Health Organization, WHO, and other partners. Latin America is a laboratory to study the mechanics of implementing UHC.

#### Comment

##### Universal health coverage: not why, what, or when—but how?

Richard Horton, Pamela Das

Full-Text HTML | PDF

##### Human-rights-based approaches to health in Latin America

Alicja Ely Yamini, Ariel Fijisnacho

Full-Text HTML | PDF



THE LANCET | MEDICC Review



Cobertura Universal de Salud en Latinoamérica

Leer ahora, gratis en español!

Related content published in The Lancet journals

**Conditional cash transfers and health in Latin America**

Simone Cecchini, Fábio Veras Soares

[Full-Text HTML](#) | [PDF](#)

**Health protection as a citizen's right**

Alicia Bárcena

[Full-Text HTML](#) | [PDF](#)

**Achieving universal health coverage is a moral imperative**

Carissa F Etienne

[Full-Text HTML](#) | [PDF](#)

**Latin America: priorities for universal health coverage**

Jeanette Vega, Patricia Frenz

[Full-Text HTML](#) | [PDF](#)

**The right to health: what model for Latin America?**

Nila Heredia, Asa Cristina Laurell, Oscar Fog, José Neronha, Rafael González-Guzmán, Mauricio Torres-Tovar

[Full-Text HTML](#) | [PDF](#)

**Towards universal health coverage: applying a gender lens**

Michelle Bachelet

[Full-Text HTML](#) | [PDF](#)

**Series**

**Health-system reform and universal health coverage in Latin America**

Rifat Atun, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Gisele Almeida, Daniel Cotlear, T Dmytraczenko, Patricia Frenz, Patricia Garcia, Octavio Gómez-Dantés, Felicia M Knaul, Carlos Muntaner, Juliana Braga de Paula, Felix Rigoli, Pastor Castell-Florit Serrate, Adam Wagstaff

[Full-Text HTML](#) | [PDF](#)

**Overcoming social segregation in health care in Latin America**

**Haiti making good progress in health but challenges remain**

Jonathan Watts

[Full-Text HTML](#) | [PDF](#)

**Political roots of the struggle for health justice in Latin America**

Anne-Emanuelle Birn, Laura Merli

[Full-Text HTML](#) | [PDF](#)

**Related links**

[Planning cancer control in Latin American and the Caribbean](#)

# MEDICC Review

International Journal of Cuban Health & Medicine

Peer-reviewed / Open Access

Current Issue Archives Cuban Medical Journals MEDICC Home

Search MEDICC Review

Search

- Submit Letter to the Editors
- Advertise in MEDICC Review
- Frequently Asked Questions (FAQs)
- Information for Authors
  - Guidelines for Authors
  - Author Agreement
  - Definitions of Author & Contributor
  - Editorial Process
  - Peer Review
- Información para Autores
  - Guías para autores
  - Convenio con el Autor
  - Definiciones de Autor y Colaborador
  - Proceso Editorial
  - Arbitraje
- Resources for Authors
  - MeSH (Keyword Headings)
  - Guide for Citing References
  - Uniform Requirements
  - Helsinki Declaration
  - Requisitos de uniformidad
  - Guidelines for the

## MEDICC Review » Suplemento 2015, Vol 17, No 1



### Cobertura universal de salud en Latinoamérica

(Traducción al español de la serie en *The Lancet*, [► Universal Health Coverage in Latin America](#))

- Enfoques basados en los derechos
- Fortalecimiento de los sistemas de salud
- Financiamiento
- Modelos para lograr la cobertura universal
- Acción intersectorial y rol de la sociedad civil

©2015. Solo para este suplemento, el copyright pertenece en conjunto a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), *The Lancet* y MEDICC.

Sign Up for Quarterly Table of Contents

Your email address:

Submit

### ARTICULOS DISPONIBLES EN ESPAÑOL

- Cobertura Universal de Salud en Latinoamérica
- Enfermedad Renal Crónica Azota Comunidades Agrícolas
- Selecciones 2015
- Selecciones 2014
- Selecciones 2013

## Table of Contents

Free full text articles OPEN ACCESS

<b>Prólogo</b>	
<b>Experiencias compartidas: acelerando el paso hacia la cobertura universal de salud</b>	<a href="#">[Full text]</a> <a href="#">[PDF Español]</a>
<b>Comentario</b>	
<b>Cobertura universal de salud: no por qué, qué, ni cuándo, sino cómo</b> <i>Richard Horton y Pamela Das</i>	<a href="#">[Extract]</a> <a href="#">[PDF Español]</a>
<b>Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina</b> <i>Alicia F. Yamin y Ariel Frisancho</i>	<a href="#">[Extract]</a> <a href="#">[PDF Español]</a>

### Most Viewed Articles

- Since 2008
- Heberprot-P: A Novel Product for Treating Advanced Diabetic Foot Ulcer (56469)  
in **January 2013, Vol 15, No 1**
  - Clinical Development and Perspectives of CIMAvax EGF, Cuban Vaccine for Non-small-cell Lung Cancer Therapy (53787)

- MeSH (Keyword Headings)
- Guide for Citing References
- Uniform Requirements
- Helsinki Declaration
- Requisitos de uniformidad
- Guidelines for the Responsible Conduct of Research
- The SAMPL Guidelines
- Good Publication Practices
- ICMJE Recommendations
- Ethics & Policies**
- Editorial Ethics
- Open Access
- Ética Editorial
- Acceso libre
- About MEDICC Review**
- Mission
- Editorial Board & Staff
- Peer Reviewers

**Experiencias compartidas: acelerando el paso hacia la cobertura universal de salud** [\[Full text\]](#) [\[PDF Español\]](#)

**Comentario**

**Cobertura universal de salud: no por qué, qué, ni cuándo, sino cómo** [\[Extract\]](#) [\[PDF Español\]](#)  
*Richard Horton y Pamela Das*

**Enfoques basados en los derechos humanos para la salud en América Latina** [\[Extract\]](#) [\[PDF Español\]](#)  
*Alicia E. Yamin y Ariel Frisancho*

**Las transferencias monetarias condicionadas y la salud en América Latina** [\[Extract\]](#) [\[PDF Español\]](#)  
*Simone Cecchini y Fábio Veras Soares*

**Protección de la salud como un derecho ciudadano** [\[Extract\]](#) [\[PDF Español\]](#)  
*Alicia Bárcena*

**El logro de la cobertura universal de salud es un imperativo moral** [\[Extract\]](#) [\[PDF Español\]](#)  
*Carissa F. Etienne*

**América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud** [\[Extract\]](#) [\[PDF Español\]](#)  
*Jeanette Vega y Patricia Frenz*

**El derecho a la salud: ¿cuál es el modelo para América Latina?** [\[Extract\]](#) [\[PDF Español\]](#)  
*Nila Heredia, et al.*

**Hacia la cobertura universal de salud: aplicación de una perspectiva de género** [\[Extract\]](#) [\[PDF Español\]](#)  
*Michelle Bachelet*

**Serie: Cobertura universal de salud en Latinoamérica**

**La reforma de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud en América Latina** [\[Abstract\]](#) [\[PDF Español\]](#)  
*Rifat Atun, et al.*

**La lucha contra la segregación social en la atención de salud en América Latina** [\[Abstract\]](#) [\[PDF Español\]](#)  
*Daniel Cotlear, et al.*

**Determinantes sociales de salud, cobertura universal de salud y desarrollo sostenible: estudios de caso en países latinoamericanos** [\[Abstract\]](#) [\[PDF Español\]](#)  
*Luiz Odorico Monteiro de Andrade, et al.*

**Señalando el camino hacia la cobertura universal de salud: un llamado a la acción** [\[Abstract\]](#) [\[PDF Español\]](#)  
*Julio Frenk*

**Política de Salud**

**La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad** [\[Abstract\]](#) [\[PDF Español\]](#)  
*Daniel Titelman, et al.*

for Treating Advanced Diabetic Foot Ulcer (56470)  
in **January 2013, Vol 15, No 1**

Clinical Development and Perspectives of CIMAvax EGF, Cuban Vaccine for Non-small-cell Lung Cancer Therapy (53787)  
in **Winter 2010, Vol 12, No 1**

Chronic Kidney Disease and Associated Risk Factors in the Bajo Lempa Region of El Salvador: Nefrolempa Study, 2009 (53761)  
in **October 2011, Vol 13, No 4**

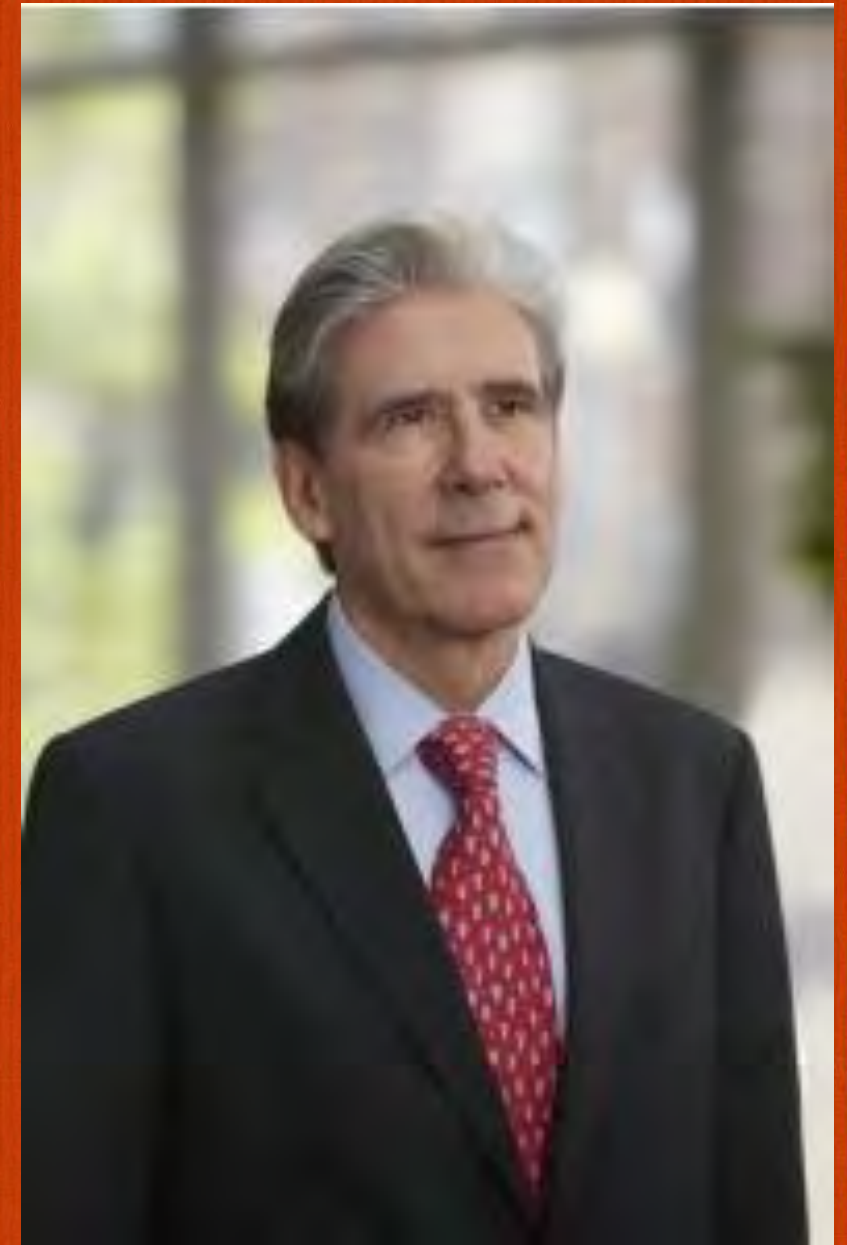




# Evaluaciones de Reformas Neoliberales de Salud

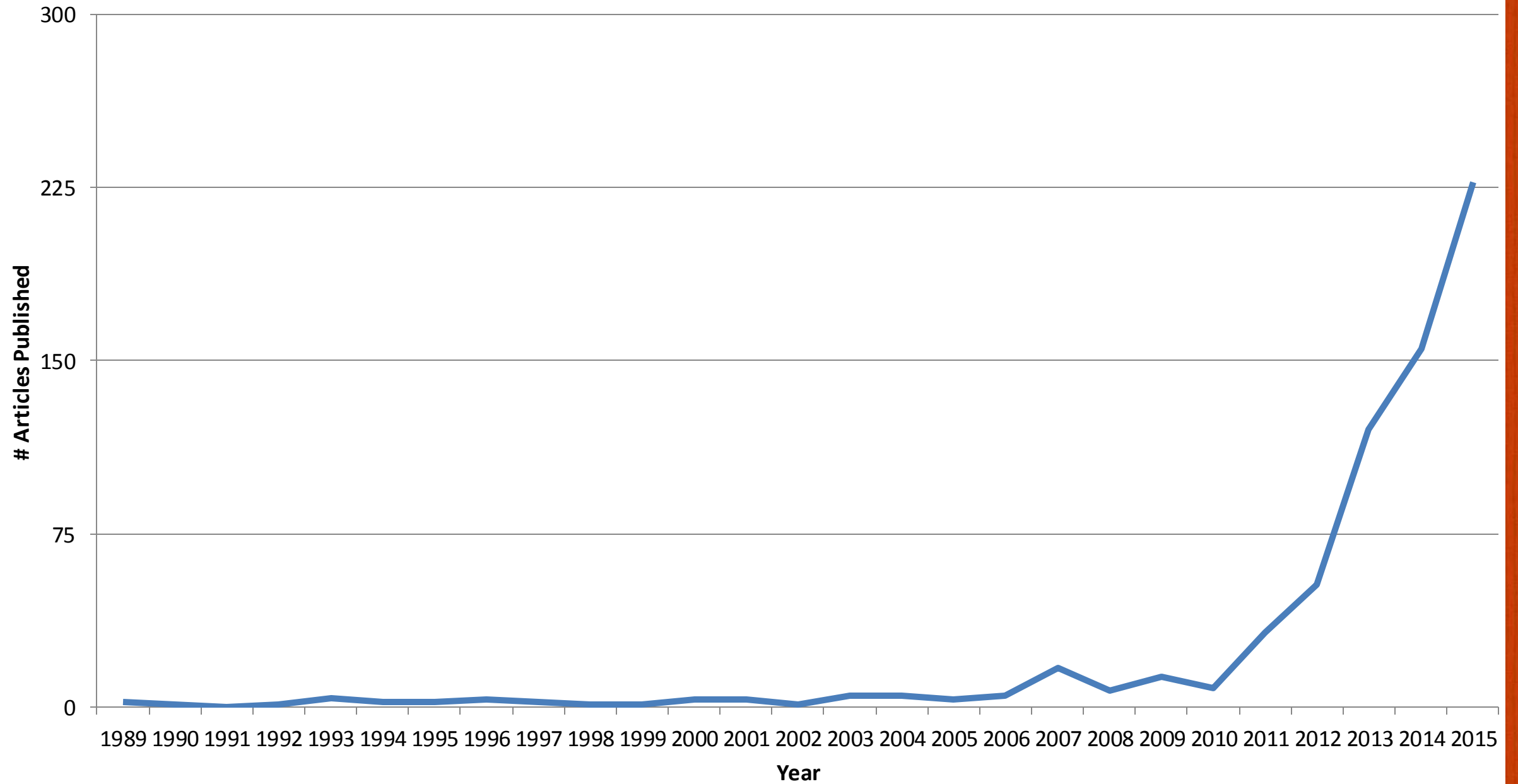
## □ Julio Frenk

- Co-director, OMS proyecto de "ranking" antes mencionado (ver diapositiva #49).
- Ministro de Salud, México
- Decano, Escuela de Salud Pública (Harvard School of Public Health)
- Presidente, Universidad de Miami
- Impulsor de la "Cobertura Universal de Salud" (CUS)



# Hegemonía Explosiva

# Artículos sobre la CUS en PubMed



# Que es la Cobertura Universal de Salud (CUS)?

- Generalmente tiene una definición muy ambigua e imprecisa.

- Casi siempre refiere a una reforma financiera que extiende la cobertura por seguro, en diferentes niveles, a una porción más grande de la población.

- Claro que no es “atención de salud para todos” (AST) Sistema en el que el acceso a los servicios es distribuido equitativamente entre todos grupos de la sociedad.

# Que es la Cobertura Universal de Salud (CUS)?

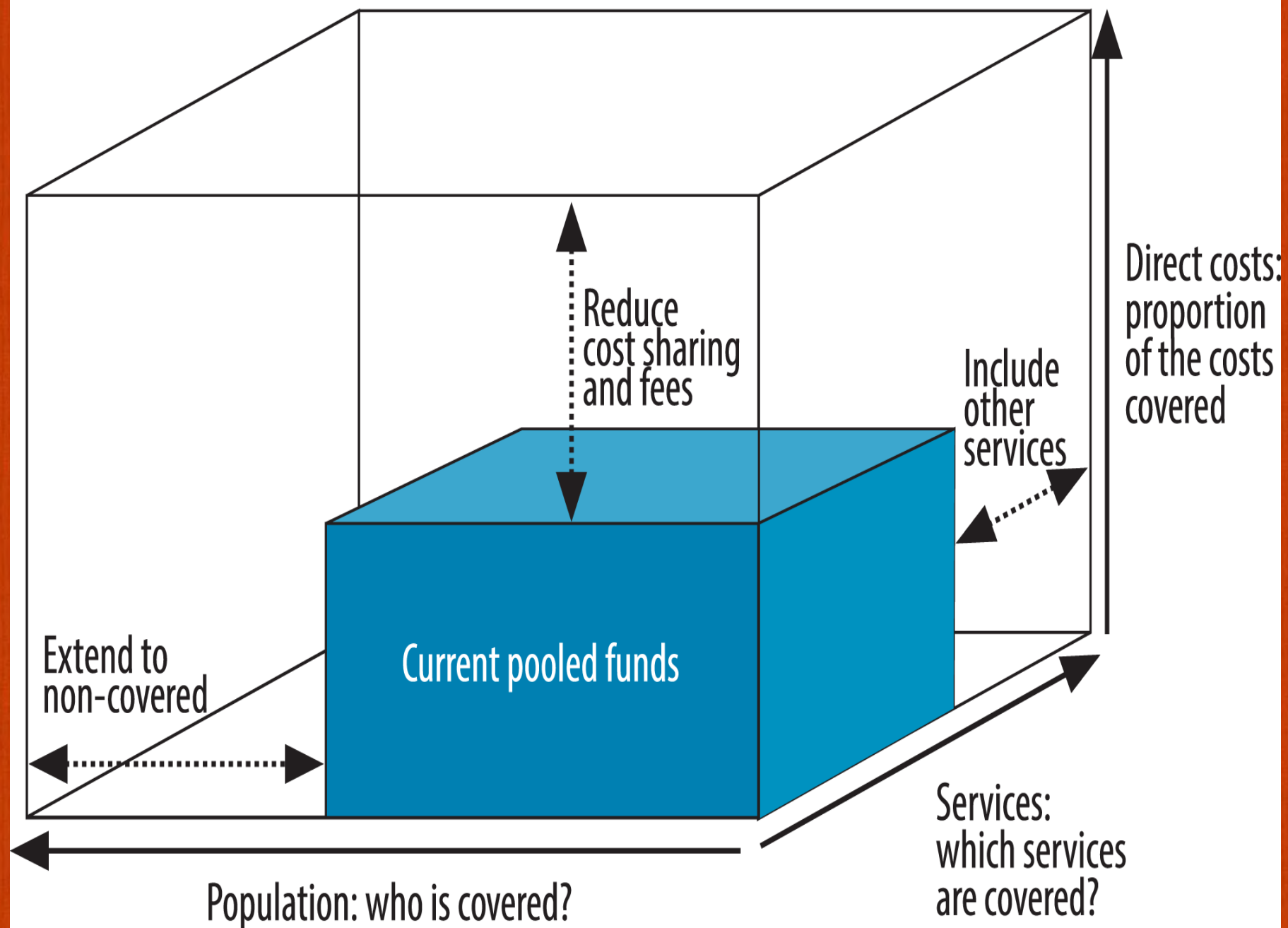
Usualmente:

- El estado recibe fondos de impuestos y contrata con empresas privadas aseguradoras y/o grandes organizaciones proveedoras de servicios.
- El sector público compite con el sector privado ampliado.
- Brinda algunos servicios, pero usualmente no todos los servicios necesarios, a personas que no tenían seguros de salud (son servicios diferenciados con paquetes mínimos, los llamados paquetes costo-eficaces para los pobres).
- Las empresas privadas / los proveedores privados ofrecen servicios para los que no son pobres mientras que el estado provee servicios para los pobres (servicios sujetos a los recortes por políticas de austeridad).
- Los no pobres pueden adquirir beneficios adicionales pagando por ellos.

# EL FAMOSO / INFAME CUBO DE LA CUS

Three dimensions to consider when moving towards universal coverage

(3 dimensiones para considerar cuando se mueve hacia cobertura universal)



Considera inelásticos los recursos , a la vez que no cuestiona la distribución desigual de la riqueza en la sociedad.

Figure 1. Progressive realization of universal health coverage.

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001731.g001>

# Que es la Cobertura Universal de Salud (CUS)?

- Papel reducido del estado, incentiva la privatización de los servicios públicos, lo que es consistente con las políticas neoliberales.
- Empresas privados aseguradoras, por lo general con fines de lucro.
- Estas empresas de seguros obtienen acceso a los fondos fiduciarios públicos para la salud y la seguridad social.
- Las investigaciones realizadas muestran que estas corporaciones utilizan estos fondos para la invertirlos en el mercado financiero global.

# La Reforma No Basada en la Evidencia

- Afirmaciones ideológicas (sin fundamento):
  - El mercado regula mejor los costos.
  - La eficiencia es mayor si la financiación está separada de la prestación de servicios y si hay competencia entre todos los sectores (estatal, seguridad social, privados).
  - Es la demanda la que debe ser subvencionada, en lugar de la oferta.
  - El sector privado es más eficiente y menos corrupto.
  - La calidad está asegurada a través de la competencia entre los proveedores.
  - La desregulación de los fondos públicos permite al usuario más libertad (racional) para elegir al mejor administrador de fondos.

# La Reforma No Basada en la Evidencia

- Existen muy pocas investigaciones acerca de si la CUS ha impactado favorablemente en la salud de la población en los países que aplicaron la reforma
  - 2013: Un informe del Banco Mundial sobre la evidencia existente sobre la CUS: Postula que la falta de evidencia de impactos positivos en la salud se debe a los acuerdos de protección financiera y a que un mayor acceso de sectores antes excluidos impide hacer comparaciones.



# México Como Ejemplo

**HARVARD T.H. CHAN** SCHOOL OF PUBLIC HEALTH

Email People Departments Calen

ABOUT FACULTY & RESEARCH ADMISSIONS & AID ACADEMICS EXECUTIVE/CONTINUING ED NEWS

**News** August 15, 2012

[Home](#) > [News](#) > [Featured News Stories](#) > Mexico achieves universal health coverage, enrolls 52.6 million people in less than a decade

**NEWS**

Search this section

- News Home
- Press Releases
- Features
- Multimedia
- In the News
- HPH Magazine
- Alumni Stories
- Faculty Stories

## Mexico achieves universal health coverage, enrolls 52.6 million people in less than a decade

Seguro Popular, una historia de la CUS con éxitos

# México Como Ejemplo

Distribution of persons according to decile by insurance status, 2010

Decile	PHI		Uninsured		Social security*		Total	
	Persons (1,000)	%	Persons (1,000)	%	Persons (1,000)	%	Persons (1,000)	%
I	8,404.1	26.9	5,941.1	16.8	765.6	1.7	15,110.8	13.4
II	6,467.7	20.7	4,578.7	12.9	2,512.5	5.5	13,558.9	12.0
III	4,723.9	15.1	4,724.6	13.3	3,665.9	8.0	13,114.4	11.6
IV	3,765.9	12.0	3,887.6	11.0	4,563.2	9.9	2,216.6	10.8
V	2,744.5	8.8	3,691.0	10.4	5,316.1	11.5	11,751.6	10.4
VI	2,230.8	7.1	3,178.7	9.0	5,618.1	12.2	11,027.6	9.8
VII	1,400.3	4.5	2,959.8	8.3	5,960.9	13.0	10,320.9	9.2
VIII	752.0	2.4	2,590.9	7.3	6,216.9	13.5	9,559.8	8.5
IX	581.2	1.9	2,157.9	6.1	6,042.2	13.1	8,781.3	7.8
X	184.8	0.6	1,745.8	4.9	5,367.1	11.7	7,297.7	6.5
Total	31,255.1	100	35,456.2	100	45,262.9	100	112,739.7	100



\*Includes persons with social security and PHI.

# México Como Ejemplo

Existen numerosas contradicciones inherentes, por ejemplo:

- Todas las mujeres tienen derecho a una prueba periódica vaginal para el cáncer de cuello uterino (PAP).
- Pero el tratamiento, sin embargo, no siempre está cubierto en el paquete mínimo de beneficios para los pobres.
- El acceso al tratamiento puede variar entonces de acuerdo a los recursos financieros y a las políticas existentes en los diferentes estados de la República.

# La Cooptación

- Los reformadores y las reformas neoliberales han cooptado históricamente las políticas de salud orientados a la justicia social
- La Atención Primaria de Salud para Todos
  -  “Atención Primaria **Selectiva** de salud”
- Las demandas populares para incrementar la inversión en el sector público de la salud
  -  “La Inversión en la Salud” (enfoque: fomentar la inversión privada para acrecentar las ganancias del sector privado)

# ¿De dónde vino la CUS?

1978, Conferencia de Alma Ata con la OMS

- La atención primaria de salud para todos (APS) y la progresión en todos los ámbitos sociales / económicos para mejorar la salud de todos los sectores de la sociedad

1979, la Fundación Rockefeller propone una conferencia de "atención primaria **selectiva** de salud" (APS-S) con el apoyo del Banco Mundial, la Fundación Ford, la US Agencia del Desarrollo Internacional (AID)

- Criticó la APS como idealista, inalcanzable económicamente
- Propuso los paquetes de bajo costo y las intervenciones técnicas
- Las agencias de Estados Unidos, el Banco Mundial, y luego las Naciones Unidas / Organización Mundial de la Salud (OMS) / Organización Panamericana de Salud (OPS) comenzaron priorizar la APS-S.

# ¿De dónde vino la CUS?

- La OMS, está recibiendo financiación del BM, gira entonces a una postura en la que la reforma de salud pasa a ser orientada por la economía
  - Cambia de los determinantes sociales de la salud a "canales de influencia de la enfermedad para el desarrollo económico"
  - 2010, la OMS publica informe adoptando la CUS como su política predilecta
- El sistema de financiación de la salud con el estado como gestor y el sector privado como proveedor

# Los partidarios de la CUS hoy

- **Fundación Rockefeller**
- **Banco Mundial**
- **OMS / OPS (con la influencia y financiación del Banco Mundial)**
- **Naciones Unidas (apoyados por los EE.UU.)**
- **Fondo Monetario Internacional**
- **Lancet (financiado por Rockefeller)**
- **MEDICC, CubaSalud 2015 ("**
- **Élites de la salud pública / política (" y el Banco Mundial)**

# Que es la SPT?

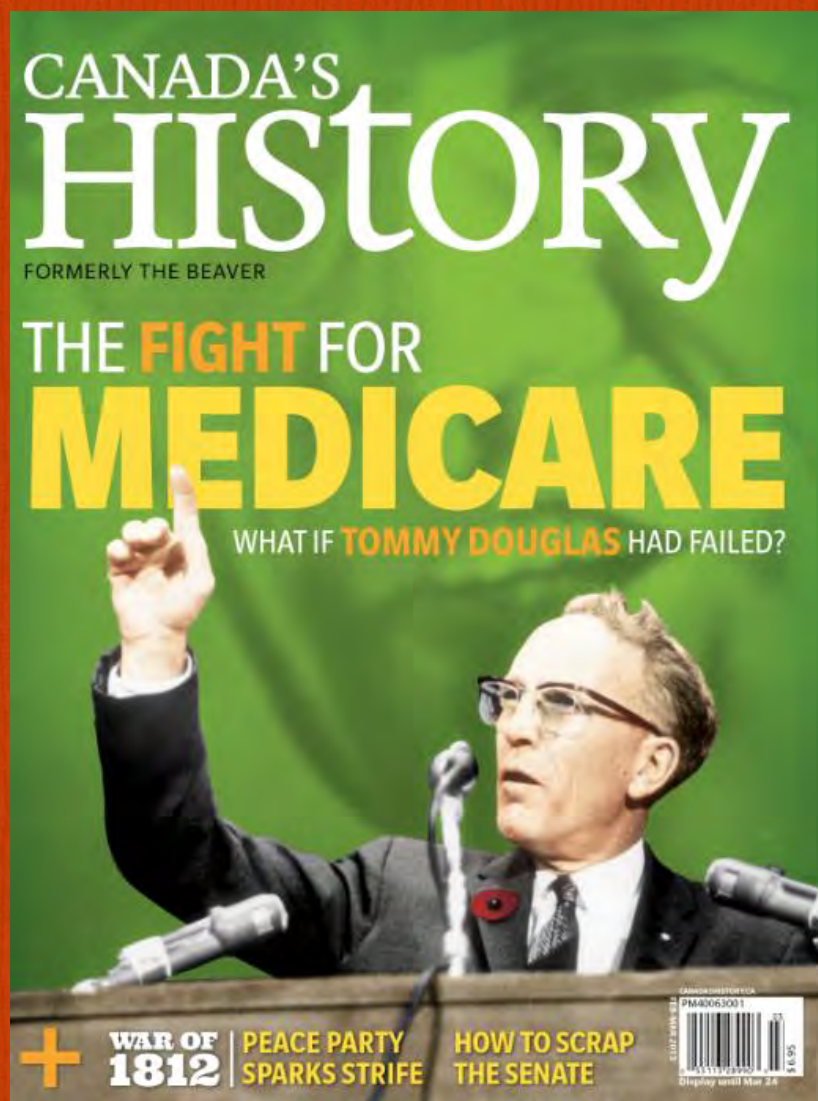
- La atención de salud bajo la premisa de **la salud como derecho humano**
- El acceso no difiere por cuestiones geográficas, socioeconómicas, de raza/identidad étnica, género, edad, etc.
- Un sistema único público entrega servicios iguales para toda la población (Cuba)
- Financiamiento público que puede aplicarse a prestadores públicos o privados, pero en el caso en que las empresas privadas son admitidas, éstas son estrictamente reguladas por el estado (Canadá).



# Reformas Neoliberales de Salud VERSUS...

- Estas son los 2 paradigmas que quedan en conflicto a nivel mundial:
  - CUS: El modelo del neoliberalismo y el capitalismo en su etapa final, que mantiene a la empresa privada aseguradora con un enfoque centrado en la acumulación de capital
  - AST: El modelo de accesibilidad universal de **atención de salud para todos**, basada en los principios de solidaridad social en vez de en la lógica de acumulación de capital

# Atención de Salud para Todos (AST)



## Ejemplos:

- Canadá, Suecia, otros sistemas capitalistas.
- Cuba, Bolivia, Venezuela, Uruguay, Ecuador, etc., etc. (existen esfuerzos para desestabilizar a todos esos gobiernos).

# Los partidarios de la SPT hoy

**Movimiento de Salud de los Pueblos**

**Global Health Watch**

**Asociación Latinoamericana de Medicina Social  
(ALAMES)**

**Capítulo de ALAMES de Cuba**

**Médicos por un Programa Nacional de Salud y otros  
grupos que luchan por un sistema nacional de salud  
de pagador único en EE.UU.**

# ¿Adónde apuntar ahora?

Chomsky: "desmistificación implacable"

Nuestro punto de vista: "El conocimiento por sí solo no va a resolver las dificultades que nos acosan. La investigación y el análisis deben estar vinculados a la acción política".

Lucha contra-hegemónica contra la CUS

**Gracias! Solidaridad....**