

PROTECCIÓN A LA SALUD

Ingrid BRENA SESMA*

SUMARIO: I. *El concepto de salud.* II. *La inserción del derecho a la salud en las Constituciones.* III. *Sistemas de salud.* IV. *Conclusiones.*

I. EL CONCEPTO DE SALUD

La salud es un valor compartido por las sociedades, y todos los sistemas ideológicos, como uno de los objetivos del desarrollo, una condición indispensable para una auténtica igualdad de oportunidades y reconocida la necesidad de protegerla. Desde 1946 la Constitución de la Organización Mundial de la Salud expresó que “la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades”. Posteriormente, la Declaración de Alma-Ata de 1978 agrega a esa definición: “es un derecho humano fundamental, y que el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere de la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector salud”. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1976, el Comité reunido subrayó que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas deben llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas, así como a un medio ambiente sano.

El nuevo siglo debe significar mayores esfuerzos para mejorar la salud de todas las poblaciones. La Organización Mundial de la Salud formuló el programa Salud para Todos en 2000, el cual fue suscrito por 157 países,

* Quiero agradecer a la pasante de derecho Miriam Fany Adriana Castro Vázquez su valiosa ayuda en recopilar el material que fue analizado para elaborar este estudio.

entre ellos el nuestro. En el seno de la Conferencia de la Organización se consideró posible alcanzar la meta “salud para todos”, con lo que se quiso significar lograr un estado razonable de salud que haga posible una vida digna y adecuada.¹

En ese mismo sentido, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos² expresa que en relación con la salud se debe fomentar: a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales para la salud; b) el acceso a una alimentación sana y adecuada; c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente; d) la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo, y e) la reducción de la pobreza y el analfabetismo.

Con el fin de presentar un panorama del desarrollo que ha tenido el concepto de salud, los avances en los sistemas y sus fuentes de financiamiento en el mundo. Para mostrar esos adelantos escogí tres países latinoamericanos (Brasil, Chile y México); dos de Europa occidental (Reino Unido y España); dos de Europa oriental (Ucrania y la República de Eslovaquia); uno de Asia (Israel) y dos países africanos (Ghana y Sudáfrica).

II. LA INSERCIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN LAS CONSTITUCIONES

A partir del reconocimiento en foros internacionales, en especial, el Pacto Internacional de Derechos Políticos, Económicos, Sociales y Culturales, de la importancia del derecho a la salud; diversos Estados han reformado sus Constituciones con el fin de incluir ese derecho, y en algunos casos, hasta considerarlo como fundamental.

Brasil, no sólo incluye en su carta magna el derecho a la salud, sino que lo considera un derecho social: “Son derechos sociales la educación, la salud [...]”.³ La Constitución dedica un apartado especial a la salud y reconoce que ésta es un derecho de todos y un deber del Estado garantizarlo mediante políticas sociales y económicas que tiendan a la reducción del riesgo de enfermedad y de otros riesgos y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación.⁴

¹ Brena, Ingrid, “Evolución del derecho a la salud en México”, en Kurczyn, Patricia y García Ramírez, Sergio (coords.), *El derecho en México: dos siglos (1810-2010)*, México, UNAM-Porrúa, 2010, pp. 582 y 583.

² Artículo 14 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

³ Artículo 6o. de la Constitución brasileña.

⁴ El artículo 196 de la Constitución federal define: “La salud es un derecho de todos y deber del Estado [...]”.

En Chile, la Constitución asegura a todas las personas el derecho a la protección de la salud:

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.⁵

En México, en 1983, se reformó el artículo 4o., párrafo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para estipular: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general [...]”. Elevar el derecho a la protección a la salud a nivel constitucional significó ubicarlo al lado de los demás derechos sociales otorgándole un rango propio y una autonomía.⁶

En España su Constitución reconoce el derecho a la protección de la salud: “Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte”.⁷

El sistema legal en el Reino Unido está configurado por diversas fuentes jurídicas. La Constitución inglesa no está contenida en un documento único o en un cuerpo legal específico, lo que los ingleses denominan Constitución es el conjunto de reglas, de origen legislativo y jurisprudencial que garantizan los derechos fundamentales de los ciudadanos y limitan el poder de las autoridades.⁸ En materia de salud, rige el *Nacional Health Service Act* de 1946 en la cual se estipula como deber del ministerio de salud promover el establecimiento de un servicio de salud destinado a asegurar el mejoramiento de la salud física y mental de las personas. No se reconoce en el Reino Unido un derecho a los cuidados médicos, se tiene sólo un derecho a

⁵ El artículo 19 de la Constitución de Chile

⁶ Brena, Ingrid, *op. cit.*, p. 568.

⁷ Artículo 43 de la Constitución española.

⁸ Morineau, Martha, *Una introducción al common law*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2001, p. 25.

ser examinado médicamente. No existe un derecho formal a recibir ningún tratamiento, este es proporcionado discrecionalmente de acuerdo con un dictamen clínico elaborado por el médico que examine al paciente.

Destacan en Ucrania el nivel de compromiso que asume el Estado ante el individuo, para otorgar el cuidado médico eficaz y disponible para cada individuo libre de cargo. Se reconoce constitucionalmente al individuo su derecho a la vida y salud, honor, dignidad, inviolabilidad y seguridad en Ucrania como los valores sociales más altos. Los derechos y libertades individuales y su garantía determinan el ser y objetivos de la actividad del Estado, el cual es responsable ante el individuo. El establecimiento y mantenimiento de derechos individuales y libertades son deber principal del Estado.⁹

En cuanto a la protección de la salud el texto expresa: “Toda persona tiene el derecho a la protección de su salud, cuidado médico y seguro médico. La protección de la salud es asegurada por fondos del Estado, programas socio-económicos, médico-sanitarios”.¹⁰

El derecho a la salud en la Constitución de la República de Eslovaquia de 1991 implica el reconocimiento de una fuerte responsabilidad asumida por el Estado: “Toda persona tiene derecho a la protección de su salud. Con base en un seguro público, los ciudadanos tienen derecho a atención médica gratuita y suministros médicos en las condiciones definidas por la ley”.¹¹

Así pues, la Constitución garantiza a todos el derecho a la protección de su salud. Esta garantía constitucional de “la atención de la salud gratuita” ha creado una fuerte conciencia de derecho y una fuerte resistencia al seguro de salud o a los esquemas de provisión de salud que diferencian o que explícitamente racionalizan el acceso a los servicios de salud.¹²

Israel todavía no cuenta con una Constitución, sin embargo, se encuentra en proceso constituyente, el cual pretende recopilar diferentes leyes básicas que fueron promulgadas en diversos periodos de su historia.¹³ Sin embargo, el derecho a la salud está garantizado por la Ley del Seguro Nacional de Salud.

La Constitución de Ghana de 1992¹⁴ carece en su articulado de una mención explícita al derecho a la salud o protección a la salud, únicamente

⁹ Artículo 3o. de la Constitución de Ucrania.

¹⁰ Artículo 49 de la Constitución de Ucrania.

¹¹ Artículo 40 de la Constitución de la República Eslovaca.

¹² *Idem*.

¹³ Soto Cazañ, Carlos Javier, “¿Israel, un Estado sin Constitución?”, 2007, en <http://www.liberlex.com>.

¹⁴ <http://www.ghanaweb.com/GhanaHomePage/republic/constitution.php>.

considera la salud pública e individual como un bien jurídicamente tutelado contra actos delictivos. Sin embargo, incluye en el capítulo relativo a los servicios públicos¹⁵ que “El Estado debe velar por la salud, la seguridad y el bienestar de todas las personas en el empleo, además de establecer las bases para el pleno despliegue del potencial creativo de todos los ghaneses”.¹⁶

La Constitución de la República de Sudáfrica¹⁷ incluye en su capítulo 2, una declaración de derechos individuales y expresa que ésta es la piedra fundamental de la democracia en Sudáfrica. Los derechos de la población del país son sagrados y afirman los valores democráticos sobre la dignidad humana, la igualdad y libertad. El estado debe respetar, proteger, promover y cumplir los derechos de esa declaración.

En cuanto a la salud, alimento, agua y seguridad social: todos gozan de derecho de tener acceso a servicios de salud, incluso de salud reproductiva; suficiente alimento y agua; la seguridad social incluso, si no son capaces de auto abastecerse a sí mismos y sus dependientes a la asistencia social apropiada. El Estado debe tomar medidas legislativas y otras, dentro de los recursos disponibles, para lograr la realización progresiva de este derecho y a nadie se le puede negar la atención médica de emergencia.

Resalta en este texto constitucional el desarrollo de contenido del derecho a la salud y su vinculación, como lo han hecho otros documentos internacionales con los condicionantes sociales.¹⁸

III. SISTEMAS DE SALUD

La salud tiene un componente individual y uno colectivo, el individual supone que cada persona puede tener o no salud con independencia de su entorno social, el cual depende tanto de factores genéticos como de la interacción de éstos con el medio ambiente. Además, se reconoce la dimensión social de la salud al detectarse los factores sociales que tienden a preservarla o quebrarla. En esa dimensión colectiva se tiene derecho a un sistema de

¹⁵ Artículo 190 de la Constitución de Ghana.

¹⁶ Artículo 34 de la Constitución de Ghana.

¹⁷ http://southafrica.org.ar/pdf/Constitution_F3n.pdf

¹⁸ Artículo 14 de la Declaración Universal de Bioética de 19 de octubre de 2005 UNESCO. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976) el Comité reunido subrayó que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones, merced a las cuales las personas deben llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas, así como a un medio ambiente sano.

protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar el más alto nivel posible de salud, lo cual se traduce en un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada¹⁹ y conlleva la necesidad de crear instituciones y normas que establezcan y desarrollen procedimientos especiales a favor de grupos identificados como vulnerables. El reconocimiento de la importancia de la protección del derecho a la salud implica que los Estados, aun antes de que se elevara éste a nivel constitucional, organizaran sus sistemas de salud de muy diversa manera, como se demostrará con algunos ejemplos.

1. *El sistema de salud de Brasil*

El sistema de salud del Brasil²⁰ es mixto, segmentado y según el origen de los recursos, está compuesto por dos subsistemas: uno público y otro privado. El Ministerio de Salud es el administrador nacional del Sistema Único de Salud y el encargado de las funciones de formular las directrices y metas nacionales, además, participa en el financiamiento de los servicios de salud.

La garantía del acceso universal a la totalidad de la atención de salud se asegura mediante la operación de redes regionales que integran a su vez redes municipales y estatales, bajo la coordinación de las instancias estatales, encargadas de velar por la referencia a todos los niveles de complejidad de la atención requerida.

En el subsistema público existen dos segmentos: el primero, de acceso universal y gratuito, íntegramente financiado con recursos públicos y denominado Sistema Único de Salud y el segundo, de acceso restringido a los funcionarios públicos, financiado con recursos públicos y contribuciones de los empleados.

En el subsistema privado se distinguen también dos segmentos, ambos beneficiados con alguna forma de incentivo fiscal: el primero reúne los planes y seguros de salud, denominado sistema complementario, de afiliación voluntaria, no obligatoria, financiado con recursos de los empleadores y los

¹⁹ Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, del 4 de abril de 1997: "Artículo 3o. acceso equitativo a los beneficios de la sanidad: las partes, teniendo en cuenta las necesidades de la sanidad y los recursos disponibles, adoptaran las medidas adecuadas con el fin de garantizar, dentro de su ámbito jurisdiccional, un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad apropiada".

²⁰ "Perfil del Sistema de salud en Brasil. Monitoreo y Análisis de los procesos de cambio/reforma", Washington, D. C., OPS/OMS, 2008, en <http://www.lachealthsys.org>.

empleados, en el caso de los contratos colectivos de las empresas o exclusivamente por las familias; y el segundo ofrece acceso directo a proveedores privados mediante pago al momento de la prestación de los servicios asistenciales.

Para el 75% de la población el sistema público es el único acceso a la atención de salud, y hasta la población cubierta por el sistema privado se beneficia de la red pública mediante las acciones de salud pública.

2. *El sistema chileno*

Este sistema²¹ es mixto, conformado por el subsector público y el subsector privado. El sistema público está compuesto por el Sistema Nacional de Servicios de Salud integrado por el Ministerio y el Fondo Nacional de Salud (Fonasa), entidad encargada de llevar a cabo las finanzas, de recaudar, administrar y distribuir los recursos destinados a salud, ya sea para la atención de los beneficiarios del sistema estatal o para la prestada en los centros asistenciales del SNSS o con proveedores públicos y privados que se han inscrito en él y sean elegidos por los beneficiarios. Otras instituciones del subsector público son los establecimientos de las Fuerzas Armadas y de Orden, la Penitenciaría, la Empresa Nacional del Petróleo y la Universidad de Chile.

El subsector privado está integrado por las Instituciones de Salud Previsional, las cuales operan como un sistema de seguros basado en contratos individuales, y por los proveedores privados; hospitales, clínicas y profesionales independientes que atienden tanto a los asegurados como a los cotizantes del sistema público.

3. *Sistema nacional de salud en México*

La Secretaría de Salud tiene a su cargo la coordinación de políticas, funciones, programas y servicios de salud y la creación del Sistema Nacional de Salud, el cual está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones.²² La misma Ley

²¹ “El sistema de salud chileno. Contexto histórico y normativo del sistema de salud chileno”, en <http://www.Colegiomedico.cl/portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/sistemasaludchileno.pdf>.

²² Artículo 5o. de la Ley General de Salud.

establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general y fija la distribución de competencia entre esos diversos niveles. Desde luego el sector privado brinda servicios médicos a quienes puedan pagarlos o estén inscritos en algún seguro privado.

Las reformas legislativas de 2003 y 2004 permitieron la creación de un nuevo sistema integrado por tres seguros públicos de salud; el Instituto Mexicano del Seguro Social, para los asalariados del sector privado formal de la economía, el ISSSTE para los trabajadores al servicio del Estado, o de instancias como el Ejército, la Marina, Petróleos Mexicanos y otro para los autoempleados y los desempleados sin acceso a la seguridad social, operado por el Sistema Seguro de Protección Social a la Salud. Con este sistema general se espera alcanzar el ideal de la universalidad de la seguridad social en materia de salud. El Sistema de Seguro de Protección es financiado de manera solidaria por la Federación, los Estados, el Distrito Federal y los beneficiarios. Las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de Seguridad Social o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, se pueden afiliar al nuevo sistema a través de la inscripción al denominado Seguro Popular.

Además se creó un fondo de protección contra gastos catastróficos, considerados como tales, aquellos que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con que ocurran.

4. *El servicio nacional de salud de España*²³

El sistema de salud en España obedece al modelo universalista, el cual se caracteriza por una financiación pública, cuyos recursos preceden en su mayor parte de los impuestos y con acceso general a los servicios suministrados por prestadores públicos. Éste cubre al 100% de la población, independientemente de su situación económica o de su afiliación a la seguridad social y procura el acceso a los servicios sanitarios lo más cerca posible de donde vive y trabaja la población. Coexiste, sin embargo, un sector privado para quienes quieran, mediante un pago, hacer uso de ciertos servicios.

En la actualidad, pueden identificarse tres niveles organizativos: central, autonómico y áreas de salud. *El central* a través del Ministerio de Sanidad y Consumo, la ordenación territorial de los servicios sanitarios es competen-

²³ Sarlet Gerkem, Anne-Marie, *Sistemas de Salud en España*, Universidad de Murcia, http://www.um.es/socrates/sistema_salud_espana.htm.

cia de las Comunidades Autónomas, las áreas de salud, son las estructuras responsables de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial.

5. Sistema de salud en el Reino Unido

El Servicio Nacional de Salud del Reino Unido²⁴ (*National Health Service, NHS*), se caracteriza por brindar cobertura universal gratuita para toda la población; por ofrecer disponibilidad de todos los servicios médicamente efectivos; por la financiación los servicios con impuestos; y por organizar los servicios con base en la atención primaria.

El sistema de salud británico fue creado en 1948 y es reconocido mundialmente por la alta calidad de la atención, especialmente en la primaria.²⁵ Para lograr estos propósitos, el *National Health Service* ofrece cobertura integral, generalmente sin cargo. En los casos en que el médico considere algún cobro; para determinarlo se toma en cuenta la capacidad económica del paciente y ciertas circunstancias como la edad o la situación de desempleo. La atención se divide en tres niveles, a nivel primario, secundario y terciario. Los médicos de cabecera están presentes en todas las comunidades, proveen atención primaria y derivan, en caso de necesidad, a los siguientes niveles de atención según la complejidad.

Además del *National Health Service*, existen varios organismos encargados del cuidado de la salud que son administrados por el gobierno, como el Consejo Médico General y el Consejo de Obstetricia y Enfermería, mientras que otros corresponden a la iniciativa privada, como son los Colegios Reales.

6. Sistema de Ucrania

La Constitución de Ucrania dispone que el Estado cree las condiciones para el cuidado médico eficaz y disponible para cada individuo. El cuidado médico se proporciona libre de cargo en las instituciones comunales, las cuales no deben ser limitadas. El mismo Estado se compromete a ayudar al desarrollo de las instituciones médicas a promover el desarrollo de la cultura física y deportes y asegurar el bienestar higiénico-epidemiológico.

²⁴ <http://anstabnet.ans.gov.br/data/files/8A958865266CAFE201268ED191017950/Jose%20Manuel%20Freire.pdf>.

²⁵ Marsden, Wiliam, “Informe especial: el sistema de salud público en Gran Bretaña”, en <http://www.revistamedicos.com.ar/numero10/pagina07.htm>.

La Ley Fundamental de la Salud de Ucrania regula la estructura principal de organización del sistema de atención médica; el cual está a cargo del Estado, la mayoría de los servicios de salud a su cargo se prestan en unidades propiedad de la salud pública y se divide en cuatro niveles: nacional, regional, distrital, y a nivel comunidad.²⁶

A nivel nacional, el Ministerio de Salud es el encargado de la planificación, gestión y regulación en el cuidado de la salud. A nivel regional cada una de las 27 regiones es responsable ante el Ministerio Nacional de Salud de las políticas nacionales de salud en su territorio. A nivel distrital, los servicios de atención primaria y hospitales pertenecen a la gestión de los gobiernos locales.

El Ministerio de Trabajo y Política Social es responsable de proporcionar la atención a los ciudadanos que residen en hogares de ancianos. También supervisa el funcionamiento de los fondos del Seguro Social Obligatorio Nacional, en particular el Fondo de Funerales y el Fondo de la Seguridad Social contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales de Ucrania, el Fondo de la Seguridad Social, el Fondo de Protección Social de las Personas con Discapacidad.

7. Sistema de salud en la República de Eslovaquia²⁷

La Constitución de la República Eslovaca establece las bases de la organización, administración y financiamiento del sistema de salud nacional. Éste asegura la cobertura universal y el acceso gratuito a los servicios de salud basados en el seguro obligatorio de salud, construido sobre los principios de solidaridad y pluralidad.²⁸

El Ministerio de Salud controla las compañías de seguros médicos, incluyendo la expedición o cancelación de permisos para operar. El mismo Ministerio es el responsable de mantener el Registro Central de Personas Aseguradas, la Oficina de Supervisión Médica se encarga del control institucional sobre las compañías de seguros médicos. La oficina debe supervisar

²⁶ V. Moskalenko, V. Ponomarenko, *El Programa de Reforma del Sistema de Salud Pública de Ucrania y Perspectivas para su realización*, Instituto Ucraniano de Salud Pública, en <http://jtp.rta.nato.int/public//PubFullText/RTO/MP/RTO-MP-068//MP-068-08.pdf>.

²⁷ European Observatory on Health Systems and Policies, *Health Care Systems in Transition*, Slovakia, World Health Organization Regional Office for Europe, 2004, http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007.pdf.

²⁸ European Observatory on Health Systems and Policies, *Health Care Systems in Transition*, Slovakia, World Health Organization Regional Office for Europe 2004. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/95938/E85396.pdf.

el contenido y rango de los servicios de salud adquiridos, así como también del control de los establecimientos de atención a la salud del Estado, financiados por recursos de compañías de seguros médicos, abiertos a las personas que decidan acudir a servicios particulares.

8. *Sistema de salud en Israel*²⁹

La Ley del Seguro Nacional de Salud garantiza el derecho al seguro de salud para todas y todos los residentes de Israel y define una canasta básica de servicios de salud. Estos servicios son prestados a través de los cuatro fondos, *Sick Funds* creados por los sindicatos de trabajadores. La canasta de servicios de salud básica es uniforme para toda la población y es definida por ley del Parlamento. Los asegurados pueden optar por cualquiera de los cuatro *Sick Funds* para recibir los servicios y tiene la libertad de cambiarse de uno a otro, si así lo desean, en forma semestral.

Todos los servicios incluidos en la canasta básica son financiados por un solo impuesto (*National Health Tax*) recaudado por el Estado a través del Instituto Nacional del Seguro. Este impuesto es aportado como un porcentaje fijo del salario mensual de todos los trabajadores activos y pasivos, los desocupados y el Estado aportan un porcentaje igual al de los trabajadores pasivos. La aplicación de los fondos se realiza sobre la base de una fórmula de captación cuyo elemento de definición son los grupos segmentados por edades. Los fondos están autorizados a ofrecer a sus miembros servicios complementarios no incluidos en la canasta básica, pero éstos serán con cargo al cliente.

A pesar de que los servicios sanitarios prestados a través de los *Sick Funds* son de gestión no estatal, el Estado israelí ha conservado para sí la planificación del crecimiento y desarrollo de los servicios de salud nacionales.

9. *Sistema de salud en Ghana*³⁰

El Sistema Nacional de Seguro de Salud en Ghana tiene como principales funciones, asegurar la prestación de servicios de asistencia médica básica a las personas residentes en el país a través de mutualidades municipales patrocinadas por el estado, o de regímenes privados de seguro de salud

²⁹ Marina, César D., "Sistemas de salud", en <http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/mar/sisalud.htm>.

³⁰ Ghana Health Service, <http://www.ghanahealthservice.org/aboutus.php?inf=patients%20charter>.

comerciales o de mutualidades privadas de salud, basados en la comunidad y sin ánimo de lucro.

El Ministerio de Salud es el responsable del cumplimiento de las políticas nacionales en salud, y junto con el Consejo Nacional del Seguro de Salud determinan el conjunto nacional de prestaciones mínimas y ejercen el control general del sistema.

El régimen de financiamiento proviene de diferentes fuentes: impuestos al valor agregado, el especial para la salud y el impuesto sobre la nómina al que están sujetos los trabajadores del sector formal. Los adultos afiliados en edad de trabajar que no pertenecen al sector formal, pagan una prima anual. El sistema también recibe transferencias del presupuesto estatal y de fondos aportados por el sector privado, aportaciones de organizaciones no gubernamentales,³¹ fondos globales,³² de la industria farmacéutica,³³ fundaciones privadas,³⁴ capital comercial privado y donadores privados.³⁵ El apoyo de los donantes y organismos internacionales ayudan a subvencionar las primas del seguro de salud de indigentes seleccionados o de aquellos que no pueden pagar el monto total de la prima.

10. *Sistema de salud de Sudáfrica*

Este sistema comprende un gran sector público y un ámbito privado más pequeño, aunque en rápido crecimiento. En cuanto al gasto público en salud, éste representaba en 2006 un porcentaje del 9.9% del total del gasto público, y un 41.9% del total de gasto en salud. El 58.1% de gasto en salud del área privada demuestra la importancia de este sector y las posibilidades de su progreso.

Los servicios de cuidado de la salud varían desde la atención más básica, ofrecida gratuitamente por el Estado, hasta servicios de alta tecnología sumamente especializados, disponibles únicamente en el sector privado. El ámbito público dispone de escasos recursos y está sobrecargado, mientras que el privado, manejado en su mayor parte según normas comerciales, está dirigido a empleados con salarios medios y altos que tienden a estar asocia-

³¹ Asociación Crestiana de la Salud de Ghana y la Secretaría Católica que representa a la Iglesia Católica.

³² Fondo Global y GAVI Alliance.

³³ Como Pfizer, Smithkline. Glaxo, Abbott laboratories y Böehringer .

³⁴ Gates Foundation o Rockefeller Foundation.

³⁵ Drechster Denis y Zimmermann Felix, "New Actors in health financing: Implications for a donor darling", OECD Development Center, 2006, en <http://www.oecd.org/dataoecd/27/6/37803846.pdf>.

dos con obras sociales, el 18% de la población, y a extranjeros que buscan procedimientos quirúrgicos de avanzada a un costo relativamente accesible. El sector privado también atrae la mayor parte de los profesionales de la salud del país.³⁶

El sistema de salud de Sudáfrica está repartido en nueve administraciones las cuales son responsables de los hospitales, mientras que la atención primaria de salud se reparte entre las administraciones provinciales y las autoridades locales. La responsabilidad general reside en el Ministerio de Salud Nacional del Departamento de Salud de Sudáfrica.

IV. CONCLUSIONES

En todos los países consultados se encontró una autoridad central, secretaría o ministerio de salud, una división territorial para la prestación de los servicios de salud, nacional, local, municipal, regional, estatal o comunidad y se distingue la atención a primer, segundo y tercer nivel, según el grado de complejidad de los servicios.

En algunos estados se distingue entre el sistema público, prestado por diversas instancias gubernamentales gratuitas o de bajo costo y el privado, compuesto por profesionistas e instituciones particulares con costos tan variables como las posibilidades del paciente. También pueden hacerse cargo de los servicios médicos las instituciones nacionales de seguro, este modelo es utilizado frecuentemente por asalariados y el mismo es financiado tanto por el Estado como por los patrones y los empleados. Coexisten con ellos seguros privados, cubiertos en su totalidad por los particulares. Mención aparte se hace del caso de Israel en donde se han creado fondos especiales.

En materia de cobertura, algunos países han manifestado su compromiso de que sea del Estado quien asuma los gastos por servicios médicos, como son los casos de Ucrania, Eslovaquia y España. En otros, aunque exista una cobertura universal, los particulares tienen que aportar cantidades variables de dinero. En otros como el Reino Unido e Israel la cobertura universal se aplica al primer nivel o canasta básica y bajo determinadas circunstancias puede pasar a segundo o tercero. La tendencia general es buscar la universalidad de los servicios, de manera que la totalidad de la población tenga acceso a los cuidados médicos y que los medicamentos se puedan obtener en forma gratuita, o al menos, que los mismos estén al alcance del usuario y sean de fácil acceso.

Sin embargo, este loable propósito no resulta suficiente si al mismo tiempo los Estados no asumen como compromiso, de acuerdo con sus posi-

³⁶ www.southafrica.info/about/health/health.htm.

bilidades, crear las condiciones de desarrollo necesarias: acceso a una alimentación sana y adecuada, acceso al agua, mejora en las condiciones de vida y del medio ambiente, la reducción de la pobreza y el analfabetismo, para la cabal satisfacción del derecho a la salud.

Queda claro que la salud está ligada al destino de las naciones, a medida que los países se transformen, sus sistemas de salud deben hacerlo, no puede haber un progreso real y general en un país, sin que exista un sistema de salud que atienda a las legítimas aspiraciones de la población.