

EL ACCESO A LA SALUD EN LA TRADICION ANGLOSAJONA

Autor
Mauricio Reyna Lara

Prólogo
Dra. Sonia Venegas Álvarez



**EL ACCESO A LA SALUD EN LA
TRADICIÓN ANGLOSAJONA**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE DERECHO

EL ACCESO A LA SALUD EN LA
TRADICIÓN ANGLOSAJONA

ISBN: 978-607-30-9858-8

Copyright ® 2024

La presente obra ha sido dictaminada y aprobada para su publicación, de acuerdo con el sistema de revisión por pares doble ciego, por el Comité Editorial de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México y su Comité Asesor.

Cuidado de la edición: Patricia Daniela Lucio Espino

EL DERECHO A LA SALUD EN LA TRADICIÓN ANGLOSAJONA

© Dr. Mauricio Reyna Lara

Dra. Sonia Vengas Álvarez (Prologista)

Primera edición: 2024

© EDITA: FACULTAD DE DERECHO - UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510, Ciudad de México.

coordinacioneditorial@derecho.unam.mx

Se prohíbe la reproducción parcial o total del contenido de esta obra, así como de sus características de diseño editorial, por cualquier forma o medio analógico o digital, permanente o temporal así como su comunicación pública, distribución y transformación, sin autorización previa y por escrito de los titulares de los derechos protegidos conforme a la Ley Federal del Derecho de Autor. El incumplimiento de lo antes mencionado dará lugar al ejercicio de las acciones que correspondan conforme a la legislación administrativa, civil y penal aplicable en materia de propiedad intelectual.

ISBN: 978-607-30-9858-8

EDICIÓN: Coordinación Editorial de la Facultad de Derecho

Si desea recibir información periódica sobre las novedades editoriales de la Facultad de Derecho envíe un correo electrónico a: coordinacioneditorial@derecho.unam.mx

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

LEONARDO LOMELÍ VANEGAS

Rector

PATRICIA DOLORES DÁVILA ARANDA

Secretaria General

FACULTAD DE DERECHO

SONIA VENEGAS ÁLVAREZ

Directora

SARAH MIS PALMA LEÓN

Secretaria General

COMITÉ EDITORIAL DE LA FACULTAD DE DERECHO

SONIA VENEGAS ÁLVAREZ

(Presidenta)

SARAH MIS PALMA LEÓN

PATRICIA DANIELA LUCIO ESPINO

(Secretaria Técnica)

ABRIL USCANGA BARRADAS	LAURA OTERO NORZA
ALFONSO LÓPEZ DE LA OSA ESCRIBANO	MARGARITA BEATRIZ LUNA RAMOS
CONSUELO SIRVENT GUTIÉRREZ	MARÍA ASCENSIÓN MORALES RAMÍREZ
EDGAR CORZO SOSA	MARÍA LEOBA CASTAÑEDA RIVAS
EDUARDO LUIS FEHER TRENSCHINER	MARÍA MACARITA ELIZONDO GASPERÍN
EDUARDO REY VÁZQUEZ	MÁXIMO CARVAJAL CONTRERAS
EMILIANO JERÓNIMO BUIS	MIGUEL ÁNGEL GARITA ALONSO
EUGENIA PAOLA CARMONA DÍAZ DE LEÓN	MIREILLE ROCCATTI VELÁZQUEZ
PHILIPPE GIULIANI	NADIA CZERAIUK
IMER BENJAMÍN FLORES MENDOZA	ÓSCAR VÁSQUEZ DEL MERCADO CORDERO
ISSA LUNA PLA	PEDRO TOMÁS NEVADO BATALLA MORENO
JACOBO MÉRIDA CAÑAVERAL	PORFIRIO MARQUET GUERRERO
JIMI ALBERTO MONTERO OLMEDO	RAFAEL QUINTANA MIRANDA
JORGE FERNÁNDEZ RUIZ	RAÚL MÁRQUEZ ROMERO
JOSÉ GAMAS TORRUCO	RODRIGO BRITO MELGAREJO
JOSÉ RAMÓN CARREÑO CARLÓN	RUPERTO PATIÑO MANFFER
JOSÉ RAMÓN COSSÍO DÍAZ	SANDRA GÓMORA JUÁREZ
JUAN FRANCISCO GARCÍA GUERRERO	SOCORRO MARQUINA SÁNCHEZ
JUAN JOSÉ GARCÍA ESPINOSA	TIAGO GAGLIANO PINTO ALBERTO
JUAN LUIS GONZÁLEZ ALCÁNTARA Y CARRANCÁ	VÍCTOR GUTIÉRREZ OLIVARES
JULIÁN GÜITRÓN FUENTEVILLA	VÍCTOR MANUEL GARAY GARZÓN

COORDINACIÓN EDITORIAL DE LA FACULTAD DE DERECHO

PATRICIA DANIELA LUCIO ESPINO

Coordinadora Editorial y Editora

ALAN DAVID BARRAZA GUERRERO

ANA MARÍA RAMÍREZ SÁNCHEZ

Coeditores y Validación de Contenidos

MARÍA CONCEPCIÓN CÁRDENAS OSTRIA

CINTHYA GUTIÉRREZ RUIZ

Corrección de Estilo

MICHELLE SÁNCHEZ CABELLO

RICARDO PÉREZ RODRÍGUEZ

Diseño Editorial

JONATHAN SALVADOR BASTIDA ÁVILA

Protección a la Propiedad Intelectual

JENNIFER VALERIA GALICIA

Asistente Administrativo



COMITÉ ASESOR DE LA FACULTAD DE DERECHO

DR. ALBERTO FABIÁN MONDRAGÓN PEDRERO
Derecho Mercantil

MTRO. ARTURO LUIS COSSÍO ZAZUETA
Derecho Penal

DRA. CONSUELO SIRVENT GUTIÉRREZ
Derecho Romano e Historia del Derecho

MTRO. YURI PAVÓN ROMERO
Derecho Administrativo

LIC. HÉCTOR BENITO MORALES MENDOZA
Estudios Jurídico - Económicos

LIC. MARÍA DEL CARMEN MONTOYA PÉREZ
Derecho Civil

LIC. LEONEL PANTOJA VILLALOBOS (ENCARGADO)
Derecho Agrario

DR. FILIBERTO PACHECO MARTÍNEZ
Estudios sobre Comercio Exterior

DRA. MARGARITA PALOMINO GUERRERO
Derecho Fiscal

DR. LUCIANO SILVA RAMÍREZ
Amparo

DR. RODRIGO BRITO MELGAREJO
Derecho Constitucional

DRA. LOURDES MARLECK RIOS NAVA (ENCARGADA)
Derecho Internacional

MTRA. MARÍA DEL CARMEN ARTEAGA ALVARADO
Patentes, Marcas y Derechos de Autor

DRA. ELSSIÉ NÚÑEZ CARPIZO
Sociología General y Jurídica

DR. MIGUEL ÁNGEL GARITA ALONSO
Teoría del Estado

DRA. ABRIL USCANGA BARRADAS

MTRO. JIMI ALBERTO MONTERO OLMEDO
Filosofía del Derecho

DR. JOSÉ LUIS LÓPEZ CHAVARRÍA
Derecho Electoral

MTRO. AQUILINO VÁZQUEZ GARCÍA
Derecho Ambiental

DR. RODOLFO BUCIO ESTRADA
Derecho Procesal

DR. PORFIRIO MARQUET GUERRERO
Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social

EL DERECHO A LA SALUD EN LA TRADICIÓN ANGLOSAJONA

AUTOR

Dr. Mauricio Reyna Lara

PRÓLOGO

Dra. Sonia Venegas Álvarez



Índice

Glosario de términos	7
Introducción	9
Metodología.	10
I. Indicadores del sistema sanitario en países anglosajones	11
II. Reino Unido: Sistema Sanitario Universal.	18
II.1. King's Fund.	20
II.2. Ley de IA de la Unión Europea	27
III. Estados Unidos: Un enfoque legislativo en salud fragmentado	29
IV. Canadá: Sistema de Salud Universal Medicare	38
V. Australia: Sistema de Salud Mixto.	45
VI. Conclusión	53
Fuentes de Consulta.	56

GLOSARIO DE TÉRMINOS

ACA: Cuidado de Salud Asequible
ACT: Territorio de la Capital Australiana
AIHW: *Australian Institute of Health and Welfare*
AINE: Antiinflamatorio No Esteroideo
AUS: Australia
BCI: Interfaz Cerebro-Computadora
BMJ: *British Medical Journal*
BSA: *British Social Attitudes*
CAN: Canadá
CI: Consentimiento Informado
CID: Demanda de Investigación Civil
CIHI: *Canadian Institute for Health Information*
CHIP: Programa de Seguro Médico de Emergencias y Trabajo de Parto
DOJ: Departamento de Justicia
EE. UU.: Estados Unidos Americanos
EMTALA: Ley de Tratamiento Médico de Emergencias y Trabajo de Parto Activo
ETC: Equivalentes a Tiempo Completo
FDA: Administración de Alimentos y Medicamentos
GDB: Gasto De Bolsillo
GPs: *General Practitioners* o Médico de Cabecera
HALE: Esperanza de Vida Saludable
HHS: Departamento de Salud y Servicios Humanos
IA: *Inteligencia Artificial*
ICHA-HC: Clasificación de las Funciones de Atención de la Salud
ICHA-HP: Clasificación de Servicios de Salud
ICHA-HF: Clasificación de los Esquemas de Financiación
NHS: *National Health Service*
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OECD: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OIT: Organización del Trabajo
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PIB: Producto Interno Bruto
SMT: Terapia de Manipulación Espinal
TRO: Orden de Restricción Temporal

PRÓLOGO

A través del curso y decurso de la historia, el concepto de salud ha experimentado una metamorfosis digna de los más grandiosos relatos. Originándose en los recónditos laberintos del saber médico y biológico, esta noción ha ido engrosando su caudal con el paso de los años, enriquecida por las corrientes de pensamiento y las transformaciones sociales que han modelado la vida de los seres humanos.

En el vasto y complejo entramado de la existencia humana, la salud se presenta como un eje fundamental, un bien de incalculable valor que trasciende las simples necesidades físicas. La salud es, sin lugar a dudas, uno de los componentes más necesarios para la realización de nuestros anhelos y proyectos de vida. Lo cierto es que, sin la fortuna de una salud robusta, los sueños se convierten en quimeras inalcanzables, y las aspiraciones se desvanecen como sombras al caer la noche.

La salud, es un estado sublime del ser, es sinónimo de bienestar; es el manantial del que brotan las fuerzas necesarias para llevar a cabo nuestras actividades diarias. Sin ella, la vida se torna en un laberinto sombrío, donde las esperanzas se escapan como la arena o el agua entre nuestras manos. Así las cosas, podemos afirmar que la salud no solo es un regalo preciado, sino el fundamento sobre el cual se cimienta una existencia plena y significativa.

Y es que, si nos permitimos un examen profundo y minucioso, se revela ante nuestros ojos la inquebrantable conexión que une la salud con la existencia misma. En virtud de esta relación intrínseca, se hace evidente que cualquier menoscabo en el estado de salud podría acarrear la pérdida irremediable de la vida. Por consiguiente, se torna de suma importancia la consecución de una robusta protección jurídica que salvaguarde este valioso vínculo.

Hay que anotar que, el análisis del derecho humano a la salud contempla un conjunto de obstáculos que supera con creces la percepción superficial que podría tenerse a primera vista. En primer lugar, es urgente reconocer que la salud no se limita a la mera ausencia de enfermedades, sino que se despliega en un vasto espectro que abarca dimensiones físicas, sociales y mentales. Justamente, esta concepción holística es respaldada por la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), que define a la salud como un estado de bienestar integral, donde el equilibrio entre estos tres aspectos es esencial para su mantenimiento.

Ahora bien, hablar de los derechos humanos y la salud en el escenario de las políticas internacionales se erige como un desafío monumental que diversas instituciones y pensadores han abordado con cada vez mayor intensidad en los últimos años. En este sentido, existen iniciativas que buscan generar y establecer diálogos comparativos sobre las políticas públicas de diferentes países, tomando como eje central la salud como un derecho humano. Estos esfuerzos se manifiestan a través de foros, seminarios, institutos, programas académicos y organizaciones que buscan iluminar las intersecciones entre la salud y los derechos fundamentales.

El derecho a la salud, en su esencia más pura y elevada, ha emergido como uno de los derechos humanos más importantes e indispensables; un estandarte de dignidad que se alza por encima de las contiendas humanas. Precisamente, este principio ha encontrado su cristalización en la conciencia colectiva global, especialmente tras el estrépito de la Segunda Guerra Mundial, momento en el cual la humanidad, desgarrada y deseosa de paz, comenzó a plasmar sus aspiraciones en una multitud de tratados internacionales que abogan por la protección de los derechos humanos.

Por su parte, el acceso a los servicios de salud, que en *lato sensu* abarca desde la promoción, prevención hasta los aspectos curativos, significa en última instancia el reflejo de los sistemas diseñados para asegurar tanto el financiamiento como la oferta de estos servicios en un ambiente específico, además de los factores que influyen en los resultados de salud de la población.

La obra que tengo el honor de prologar, intitulada *El acceso a la salud en la tradición anglosajona* de la autora de Mauricio Reyna Lara, se trata de un libro que ofrece un análisis exhaustivo y comparado de los sistemas de salud en países como Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y Australia. A través de un enfoque jurídico, la obra examina las particularidades de estos sistemas, caracterizados por la coexistencia de mecanismos públicos y privados, así como por la participación del mercado en la provisión de servicios de salud.

De esta suerte, el texto permite identificar las virtudes y desventajas de estos modelos, abordando los retos actuales y futuros, en el contexto de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y la evolución tecnológica, incluyendo la telemedicina y la inteligencia artificial. En conjunto, este estudio no solo revisa las legislaciones vigentes, sino que también ofrece un análisis profundo de precedentes judiciales que han marcado el desarrollo de este derecho humano en la tradición anglosajona.

El libro se constituye de cinco apartados que permiten un recorrido analítico por los principales sistemas de salud de la tradición anglosajona, a la luz de sus aspectos legislativos y operativos. La primera sección aborda el sistema de salud del Reino Unido, con especial énfasis en el *National Health Service* (NHS), a lo largo de este capítulo, el lector encontrará una exploración del *King's Fund*, institución clave para el desarrollo de políticas de salud en el Reino Unido, así como un análisis de la reciente *Ley de Inteligencia Artificial de la Unión Europea*, normativa de gran relevancia que tendrá gran impacto en la salud pública.

En el segundo apartado, se examina el sistema de salud de los Estados Unidos de América, caracterizado por su enfoque legislativo fragmentado, que resalta las diferencias en la cobertura y el acceso a la salud, esta sección busca que el lector comprenda las complejidades de uno de los sistemas más polémicos a nivel global. A continuación, el apartado tercero se centra en Canadá, cuyo sistema de salud universal (*Medicare*), busca garantizar un acceso a la salud igualitario, con un enfoque particular en la prevención y el bienestar social.

Finalmente, en el cuarto apartado, el autor explora el sistema de salud mixto de Australia, modelo integral que busca equilibrar el acceso universal a la atención médica mediante la combinación de servicios públicos y privados. Al respecto, el gobierno procura garantizar que todos los ciudadanos y residentes permanentes tengan acceso a una atención médica básica sin costo directo en el momento de recibirla, con la opción de que los ciudadanos adquieran un seguro de salud privado, que les permite acceder a servicios adicionales y reducir tiempos de espera en hospitales.

Para terminar esta presentación, deseo manifestar mis más sinceras felicitaciones al autor por la excelencia de esta obra, cuya extraordinaria profundidad de su investigación y visión crítica aportan una comprensión invaluable sobre los sistemas de salud en la tradición anglosajona. Aunado a ello, Mauricio Reyna Lara enriquece el debate académico sobre el derecho a la salud y ofrece herramientas valiosas para reflexionar sobre los desafíos presentes y futuros que enfrentan los países y nosotros como sociedad.

Dra. Sonia Venegas Álvarez
Directora de la Facultad de Derecho de la UNAM

INTRODUCCIÓN

El acceso a la salud, en particular bajo la tradición anglosajona, tiene características distintivas en comparación con otros sistemas de salud, como los modelos europeos continentales (por ejemplo, el sistema de bienestar social escandinavo o el sistema de salud universal de España o México). Para este primer tomo, se considerarán los países de Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y Australia, que por sus condiciones de infraestructura y estructura pueden ser comparables, en razón de inversión económica de salud. Conforme lo que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), dichas consideraciones permiten identificar la funcionalidad y operatividad de sus sistemas. Las características semejantes señalan con mayor referencia las ventajas y desventajas de la aplicación legislativa, financieros, de cobertura, y equidad, en el acceso a los servicios de salud y estructura operativa.

La tradición anglosajona en el sistema de salud se caracteriza por diferentes modelos en función de cada país, con un énfasis en la participación del mercado, la mezcla entre lo público y lo privado, y un enfoque en la responsabilidad individual y de los gobiernos. Frente a otras tradiciones de salud pública, como el modelo Beveridgeano, National Health Service (NHS), o el Bismarckiano (Alemania y otros países europeos), la tradición anglosajona se caracteriza por una combinación de sistemas públicos y privados, con un énfasis en el mercado y la responsabilidad individual para la provisión de servicios de salud.

En general, los sistemas anglosajones están definidos por la coexistencia de mecanismos públicos y privados, pero varían ampliamente en cuanto al rol del gobierno. Mientras que en el Reino Unido y Canadá los sistemas son esencialmente universales y basados en impuestos, en Estados Unidos el sector privado es dominante. Australia representa un equilibrio entre ambos extremos, llamado sistema mixto, con incentivos claros para que la población participe tanto en los sistemas públicos como privados, bajo gasto de bolsillo¹ para la población.

El presente texto se define como material didáctico de estudio en la disciplina del derecho sanitario y derecho comparado; tiene la intencionalidad de hacer un análisis breve bajo el aspecto del método comparativo sobre los sistemas jurídicos anglosajones en el tema de salud, distinguiendo similitudes y diferencias de las instituciones y organismos que persiguen identificar y alcanzar los mejores estándares de calidad en la accesibilidad de la atención de los servicios de salud de la población. Identificar el derecho de accesibilidad a la salud e un sistema jurídico de la familia del *Common law*² permite también identificar la naturaleza de su familia jurídica.

El estudio busca comprender las características asertivas y equivocadas en la aplicación legislativa, políticas públicas, y de cáustica sobre la accesibilidad de los derechos a la salud de los países anglosajones más semejantes en su funcionalidad administrativa y de operación; así como marcar los retos en salud para el futuro de la Agenda 2030; esto permitirá detectar futuros cambios para el mundo en el que nos desarrollamos, incluyendo la inteligencia artificial, la digitalización con la telemedicina, y el uso de las tecnologías terapéuticas.

¹ El Gasto De Bolsillo (GDB) es un elemento central de la carga económica. Se refiere a los desembolsos monetarios que hacen los hogares al recibir atención e incluye los gastos por servicios e insumos médicos no financiados públicamente y los gastos asociados con la búsqueda de atención médica, como transporte y alojamiento (paciente, acompañantes y cuidadores).

² El *Common Law* o *Derecho Anglosajón*, es el sistema jurídico vigente en Inglaterra y en la mayoría de los países que pertenecen a la tradición anglosajona. Como vimos anteriormente, tuvo su origen tras la conquista normanda, su nombre “Common” (Común) es porque se convirtió en el derecho que se aplicó en todo el reino, regidos por los tribunales del rey, pues seguían un mismo conjunto de principios y reglas jurídicas. El Derecho Anglosajón se refiere a un sistema legal basado en las decisiones que se realizan por los tribunales, es decir, los jueces dictaminan sus decisiones con base a los principios, costumbres y la jurisprudencia.

METODOLOGÍA

El cuadernillo didáctico se basa en el método comparativo, que en ciencias sociales se aplica desde la siguiente concepción:

El método comparativo es el procedimiento de comparación sistemática de objetos de estudio que, por lo general, es aplicado para llegar a generalizaciones empíricas.

La comparación representa el criterio de interpretación valorativa de hallazgos empíricos. Si bien no es “el principio del conocimiento científico” —que está antes que nada en el postulado de la comprobación crítica de teorías—, permite, empero, la valoración comparativa de los resultados empíricos obtenidos.

[...] La realidad social y política de un país sólo puede ser confrontada con nociones normativas del “buen orden” o del orden preferido del investigador.

[...] comparar permite, además, alcanzar otros fines: *a*) por medio de la analogía, similitud o contraste, a partir de lo conocido, comprender lo hasta ahora desconocido (es la llamada comparación pedagógica); *b*) remite a nuevos descubrimientos o resalta lo especial (comparación heurística), y *c*) al acentuar precisamente la diferencia, ayuda a sistematizar (comparación sistemática), aun cuando lo característico del objeto de estudio no se toma como singularidad, sino como especificidad.

Estos tres fines, que sirven especialmente a la ciencia política, son importantes en la lógica de la comparación como método científico.³

La idea de este cuadernillo didáctico, no es brindar toda la información que se contiene en cientos de libros de texto académicos, sino mostrar un panorama que permita tener bases que promuevan, la investigación, análisis y debate entre los estudiantes a quienes compete adquirir estos conocimientos, según su área o campo de trabajo.

³ Nohlen, Dieter, “El Método Comparativo”, en *Ciencia política comparada. El enfoque histórico-empírico*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, <doi: <https://tinyurl.com/y2lh7foq>>, [consulta: 20 de octubre, 2024].

I. INDICADORES DEL SISTEMA SANITARIO EN PAÍSES ANGLOSAJONES

Gastos y financiación de la salud

Los datos obtenidos sobre los gastos y financiación de salud, son resultado de la colaboración entre la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD), la OMS y la Comisión Europea. “Se estructura en un sistema triaxial para registrar los gastos en atención sanitaria, que incluye las clasificaciones de las funciones de atención de la salud (ICHA-HC), la provisión de servicios de salud (ICHA-HP) y los esquemas de financiación (ICHA-HF).”⁴

El gasto sanitario es el consumo final de bienes y servicios sanitarios (es decir, el gasto sanitario corriente), incluida la asistencia sanitaria personal (como los cuidados curativos, los cuidados de rehabilitación, los cuidados de larga duración, los servicios auxiliares y los bienes médicos) y los servicios colectivos (como la prevención y los servicios de salud pública, así como la administración sanitaria), pero excluido el gasto en inversiones.

La asistencia sanitaria se financia a través de una combinación de mecanismos de financiación que incluyen el gasto público y el seguro sanitario obligatorio («Gobierno/obligatorio»), así como el seguro sanitario voluntario y fondos privados como los pagos directos de los hogares, las ONG y las empresas privadas («Voluntario»).

Este indicador se mide como porcentaje del PIB, como porcentaje del gasto sanitario total y en USD per cápita (utilizando las PPA de toda la economía).⁵

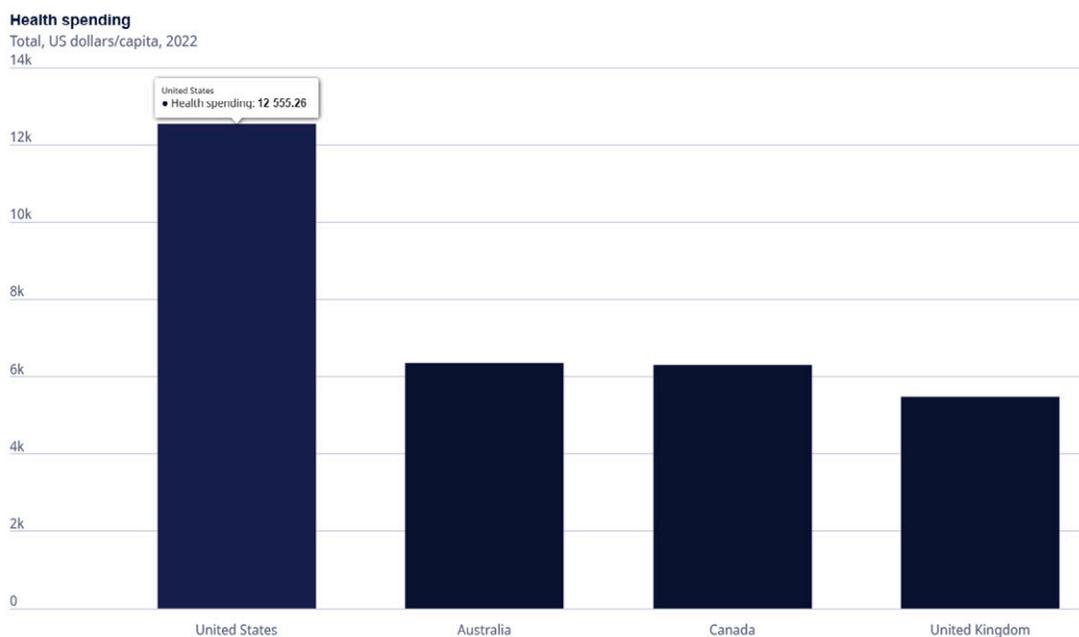


Figura 1. Gasto en salud, OECD Data Explorer, <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

⁴ OECD, “Health spending”, en *OECD Data Explorer*, 2023, <<https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html?oecdcontrol-38c744bfa4-var1=AUS%7CCAN%7CGBR%7CUSA&oecdcontrol-00b22b2429-var3=2022>>, [consulta: 20 de octubre, 2024].

⁵ *Ibidem*.

Algunos indicadores más significativos para comparar los sistemas de salud globales son: el índice de mortalidad materno-infantil, el Gasto de Bolsillo (GDB) per cápita, la esperanza de vida, el estado de salud percibido por la población, el índice de morbilidad en enfermedades prevenibles, y el financiamiento en salud por los sectores público y privado, principalmente.

Los siguientes gráficos muestran algunos indicadores en materia de salud, de los países anglosajones que se desean destacar en este trabajo.

Entre los países analizados, EE. UU. es quien concentra un mayor índice de gasto destinado a salud, para este gráfico no se especifica si el costo proviene del sector gubernamental, privado, de organizaciones civiles, o del gasto de bolsillo de cada familia.

En promedio, la población estadounidense gastó en salud, más de 12 mil dólares por persona, en el año 2022; en comparación con Canadá, Australia y Reino Unido, que se mantiene por debajo de los 7 mil dólares per cápita, durante el mismo año.

Gasto De Bolsillo (GDB)

En cuanto al GDB se puede observar que, la población estadounidense gasta más de 400 mil dólares anuales en servicio de salud, incluido el material de curación, estudios de laboratorio, medicamentos, tratamientos y consultas. Esto debido a que su sistema de salud se encuentra privatizado, y son las aseguradoras quienes gestionan la mayoría de servicios médicos.

Gasto De Bolsillo por persona en 2019, expresado en dólares estadounidenses⁶

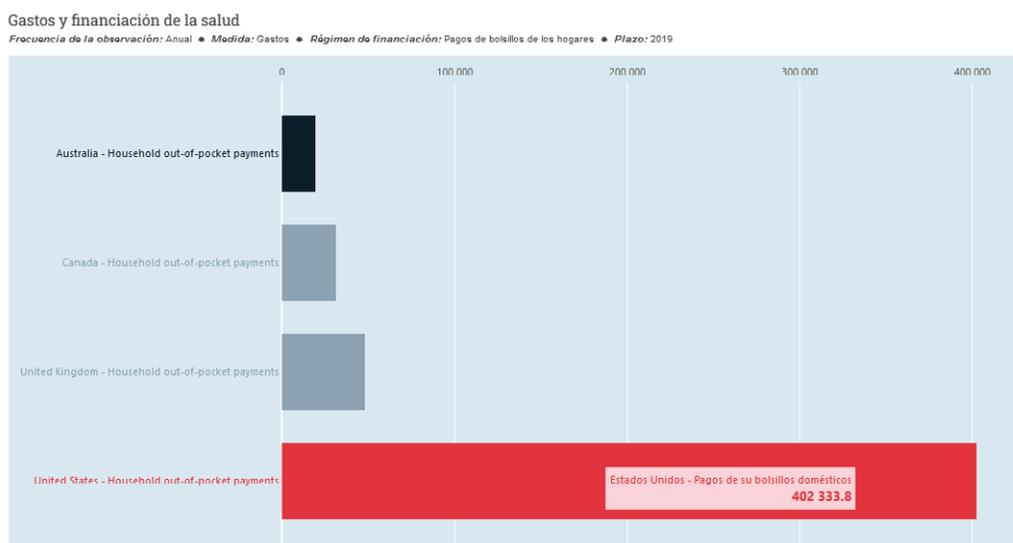


Figura 2. Gas y financiación de la salud, OECD Data Explorer, <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Esperanza de Vida

Respecto a la esperanza de vida, Australia se posiciona en el primer lugar, con 83.2 años de edad en sus pobladores, seguido de Canadá y Reino Unido con 80 años⁷; se destaca que aun cuando EE. UU. tiene

⁶ Como referencia, el precio del dólar estadounidense, en 2019, se mantuvo entre los \$19.00 pesos mexicanos.

⁷ OECD, “Life expectancy at birth”, Indicator, en *OECD Data Explorer*, 2024, <<https://www.oecd.org/en/data/indicators.html?orderBy=mostRelevant&page=0&facetTags=oeed-policy-areas%3Apa11>>, [consulta: 20 de octubre, 2024].

un gasto mayor en salud, su esperanza de vida es menor respecto a los otros 3 países mencionados, con una expectativa de edad de 78 para sus habitantes.

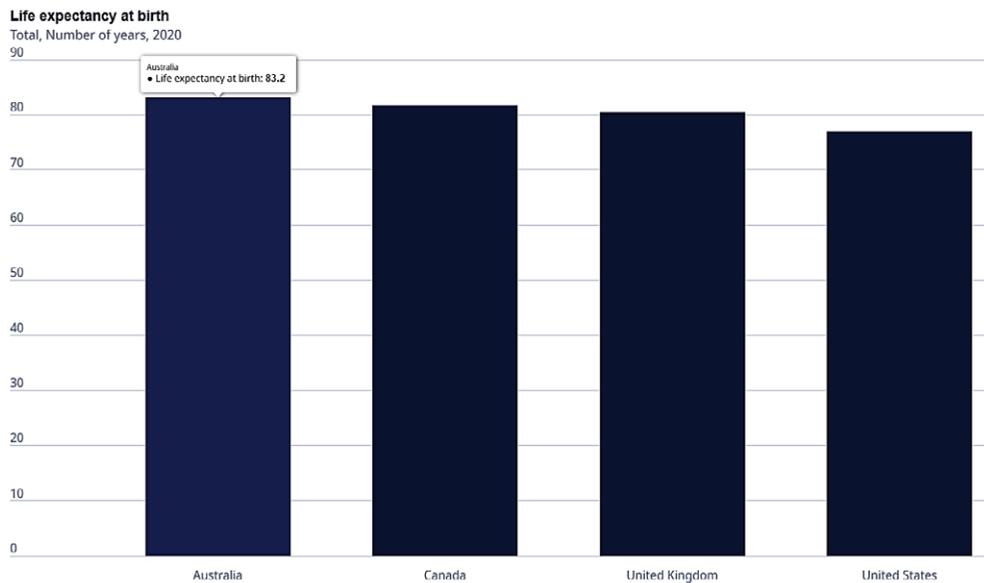


Figura 3. Esperanza de vida al nacer, OECD Data Explorer, <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Cobertura Sanitaria

En la cobertura de servicios sanitarios se tiene que EUA al momento brinda el servicio público a 38.4% de su población, el resto de los habitantes debe cubrir el gasto médico por medio de pagos en instituciones privadas. El resto de los países en cuestión, al año 2021 contaba con algún tipo de seguridad médica para sus habitantes, motivo por el cual se registró su cobertura con el 100 por ciento.⁸

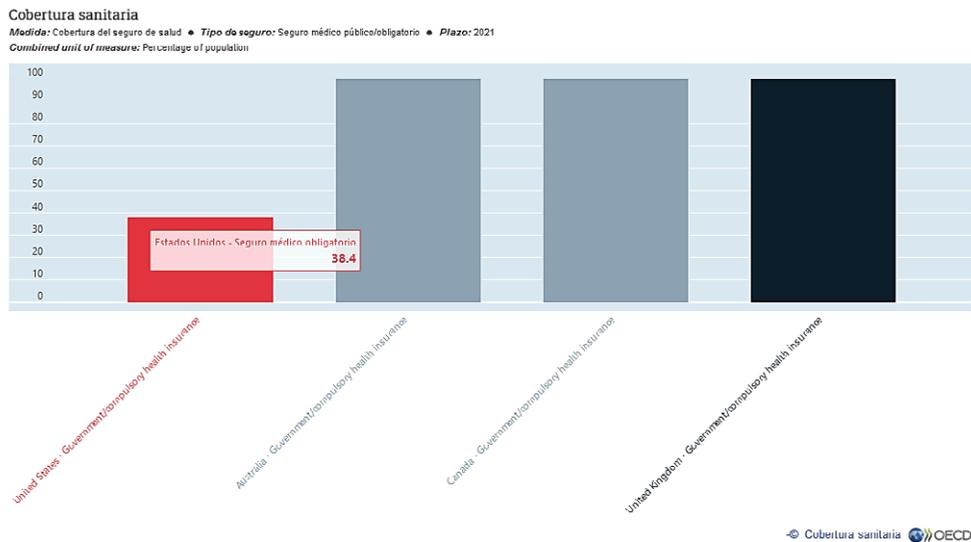


Figura 3. Cobertura sanitaria, OECD Data Explorer, <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

⁸ OECD, “Health coverage, Indicator”, en *OECD Data Explorer*, 2024, <<https://data-explorer.oecd.org/>>, [consulta: 20 de octubre, 2024].

Estado de Salud Percibido

Referente al indicador del estado de salud percibido por situación económica, se delimitó el siguiente gráfico para visibilizar la percepción de la población con menores ingresos, este dato aparece como Quintil 1 (más bajo 20% del grupo de ingresos), y el estado de salud se conforma por la proporción de personas mayores de 15 años de edad que consideran su estado de salud entre “bueno” y “muy bueno”. El indicador está basado sobre el total de población de 15 años de cada país, en este caso sólo se obtuvieron datos del año 2019 de tres países, y para el caso de Australia sólo se encontró registro del año 2022.⁹

El estado de salud de los jóvenes y adultos se considera adecuado por más del 60 por ciento de la población de 15 años o más, el porcentaje menor refiere a los habitantes de Reino Unido, seguido de EUA con 70 por ciento, en cuanto a Canadá y Australia, que como se ha visto en las figuras anteriores, cuentan con una cobertura en salud del 100 por ciento, y destinan un menor gasto de bolsillo para servicios sanitarios, su estado de salud se percibe por arriba del 80 por ciento.

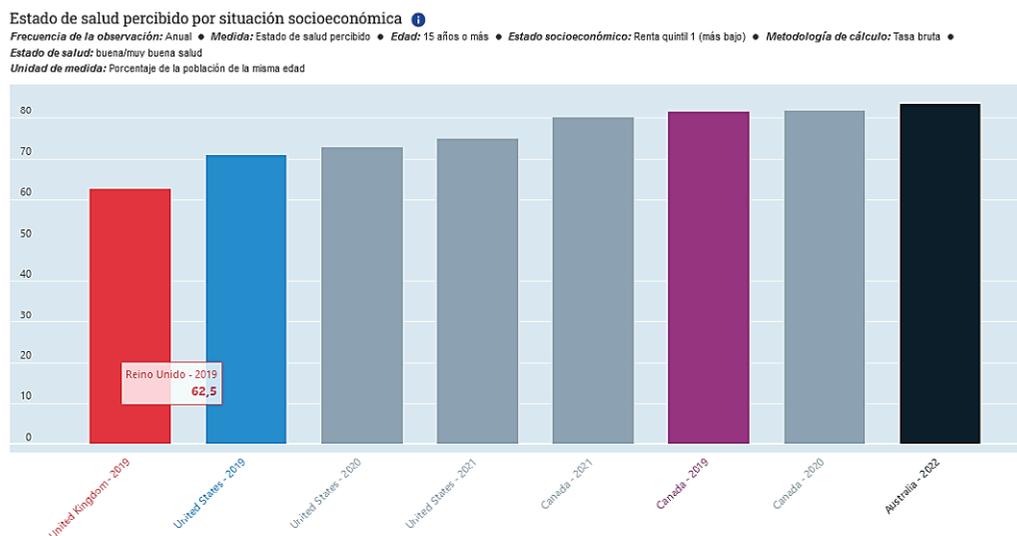


Figura 4. Estado de salud percibido por situación socioeconómica, OECD Data Explorer, <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Mortalidad materno-infantil

El índice de mortalidad materno-infantil se muestra con el número de fallecimientos de la madre por cada 100 mil nacidos vivos, para el caso estadounidense nuevamente se ubica en el nivel más alto de mortalidad materna, con 12.7 registros de defunción, en este caso del año 2007, que fue el último en el que se registra este indicador en EE. UU.¹⁰ La mortalidad materno-infantil es de los referentes más valorados para determinar el estado de un sistema de salud nacional. Como se puede observar, EE. UU. cuenta con muchas áreas de oportunidad en su sistema sanitario, entre ellas el coste de los servicios para evitar que este sea desembolsado por sus habitantes, se puede inferir, además, que la falta de cobertura

⁹ OECD, “Perceived health status”, en *OECD Data Explorer*, January 19, 2024, <<https://data-explorer.oecd.org/>>, [consulta: 20 de octubre, 2024].

¹⁰ OECD, “Maternal and infant mortality”, en *OECD Data Explorer*, January 15, 2024, <<https://data-explorer.oecd.org/>>, [consulta: 20 de octubre, 2024].

en salud impide garantizar que los procedimientos durante el parto y puerperio sean los adecuados para evitar el deceso de la madre, o bien, del recién nacido.

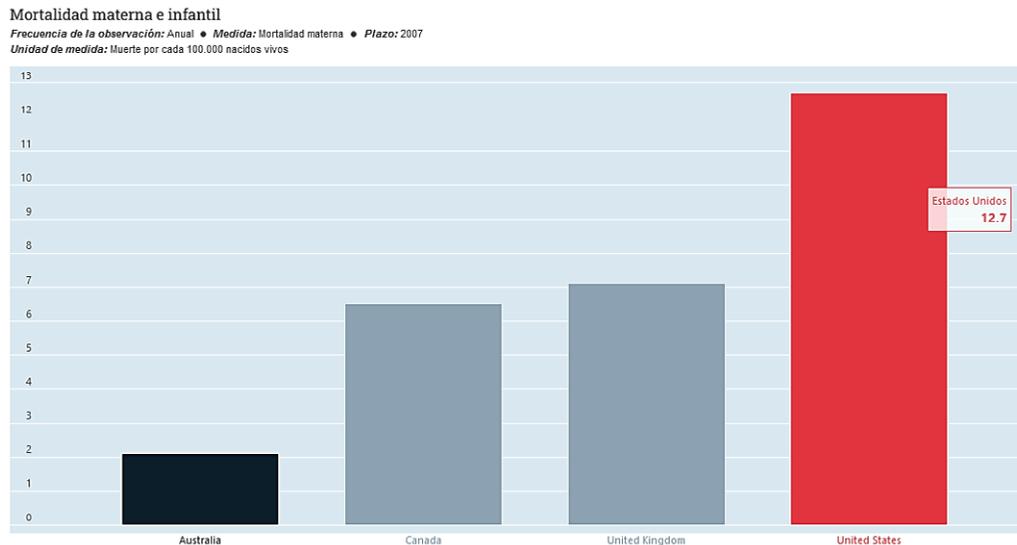


Figura 5. Mortalidad materna e infantil, OECD Data Explorer, <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Mortalidad Evitable

La mortalidad evitable comprende datos de las causas de mortalidad que podrían evitarse, al ser tratables de forma oportuna, incluso prevenibles si se siguen tratamientos y dietas sanas. Se identifican de la siguiente manera:

Mortalidad prevenible: Causas de muerte que pueden evitarse principalmente mediante intervenciones eficaces de salud pública y prevención primaria (es decir, antes de la aparición de enfermedades/lesiones, para reducir la incidencia).

Mortalidad atespada (o amable): Causas de muerte que pueden evitarse principalmente a través de intervenciones de salud oportunas y eficaces, incluyendo la prevención secundaria, como el cribado y el tratamiento (es decir, después de la aparición de enfermedades, para reducir la mortalidad en caso).¹¹

El siguiente gráfico representa el número de fallecimientos por cada 100 mil habitantes por nación que pudieron haberse evitado, por prevención o tratamiento.

El mayor control en muertes evitables lo tiene el país de Australia, con menos de 100 fallecimientos, en comparación, EE. UU. duplica el número de fallecimientos registrados que pudieron ser evitados.

¹¹ OECD, “Avoidable mortality”, en *OECD Data Explorer* July 23, 2024

Mortalidad evitable

Frecuencia de la observación: Anual • Medida: Mortalidad prevenible • Metodología de cálculo: Tasa normalizada • Plazo: 2020
 Unidad de medida: Muerte por cada 100.000 habitantes

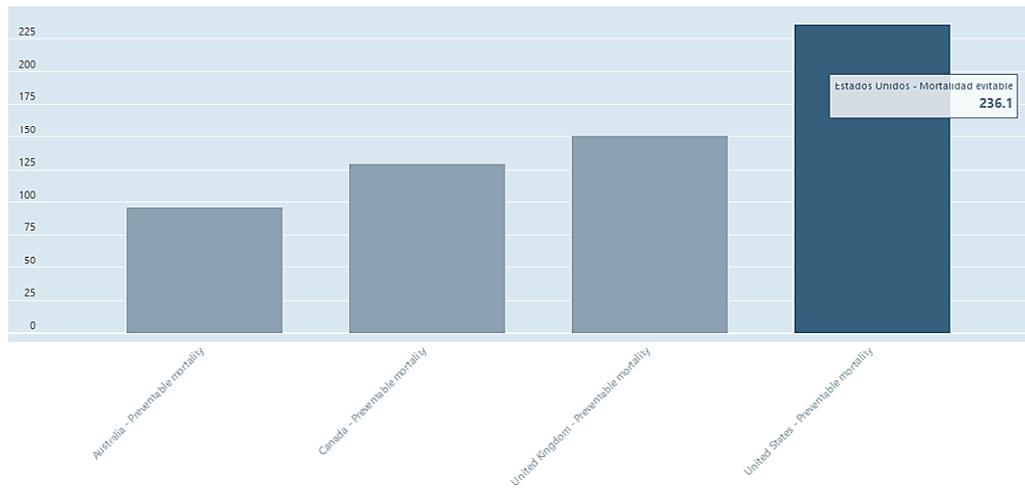


Figura 6. Mortalidad evitable, OECD Data Explorer, <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

EL ACCESO A LA SALUD EN LA TRADICION ANGLOSAJONA

SERIE CUADERNILLOS DIDÁCTICOS SOBRE LOS RETOS
AL DERECHO A LA SALUD-AGENDA 2030

NÚM. 1



REINO UNIDO

Mauricio Reyna Lara

II. REINO UNIDO: SISTEMA SANITARIO UNIVERSAL

El Reino Unido ofrece un sistema sanitario universal a través del Servicio Nacional de Salud (NHS), fundado en 1948, con la ley previamente promulgada de fecha 1946 y de nombre Ley del Servicio Nacional de Salud en 1946. “La ley implicó que para 1948 se habían nacionalizado más de 2500 hospitales del Reino Unido, y así nació el NHS. El legado de Bevan continúa vivo y en 2004 fue designado el número 1 de los 100 héroes galeses de todos los tiempos por su labor”.¹²

El NHS está basado en el modelo Beveridgeano, fundado sobre los principios de acceso universal, financiamiento mediante impuestos generales, y gratuidad en el punto de uso; garantiza el acceso universal a la atención médica gratuita en el punto de uso, lo que significa que cualquier residente del Reino Unido tiene derecho a recibir tratamiento, independientemente de su capacidad para pagar. Aunque el modelo británico es una de las manifestaciones más sólidas del acceso a la salud en la tradición anglosajona, enfrenta desafíos como la creciente demanda, problemas de financiamiento y tiempos de espera prolongados en un segundo y tercer nivel de atención.

El plan de William Beveridge (tendencia hacia la universalización, unificación de los riesgos, protección derivada de la situación genérica de necesidad, financiamiento que depende del presupuesto público, gestión administrativa unificada y pública, así como administración diferenciada de cada riesgo, lo mismo que de los colectivos asegurados) ha constituido, junto con el modelo de seguros sociales de Bismarck (la cobertura depende de la condición laboral del individuo, régimen de seguros múltiples, el financiamiento depende de las contribuciones del asegurado, el empleador y en ocasiones del Estado) uno de los grandes modelos de cobertura y financiamiento de la seguridad social.¹³

Es importante mencionar que, inicialmente Reino Unido, busca una descentralización por países, (Inglaterra, Escocia, y Gales) y una unidad constituyente (Irlanda del Norte).

En 1997 se modifica su sistema, y aunque cada país cuenta con su gobierno, existen aspectos que son comunes.¹⁴

Las directrices del gobierno del Reino Unido y su departamento de sanidad serán el eslabón más alto y respetado para la descentralización respectiva de los gobiernos en cada país que lo conforma; los vínculos con los encargados de los países integrantes de sanidad serán constantes, pero no determinantes para Inglaterra.

El secretario de Estado de Sanidad, con la reforma de 2012, crea una organización denominada “NHS in England” que lleva la operación de salud, supervisa a las Comisiones Clínicas, y está controlada por el secretario de Estado de Sanidad. En Escocia sucede algo muy parecido, existen los “NHS in Scotland”, donde el secretario Escocés de Sanidad y Bienestar es el Director Ejecutivo del NHS in Scotland y de sus 14 direcciones, a nivel local cuenta con Asociaciones de Comunidades. En Gales e Irlanda del Norte, la máxima autoridad es el ministro de Sanidad, Servicios Sociales y Salud Pública; tiene en sus funciones a las Comisiones Locales, cuya responsabilidad es planificar y proporcionar asis-

¹² McLellan, Cath, “¿Qué es el NHS y cómo funciona la sanidad en el Reino Unido?”, 2021 [en línea], <<https://www.britishcouncil.es/blog/nhs-sanidad-reino-unido#:~:text=La%20ley%20implic%C3%B3%20que%20para,los%20tiempos%20por%20su%20labor>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

¹³ Sánchez Castañeda, Alfredo, *La seguridad y la protección social en México. Su necesaria reorganización* [en línea], México, UNAM, 2012, p. 14. <<http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/12026>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

¹⁴ Boyle, Seán, “Health system review. Health Systems in Transition”, en *European Observatory on health systems and Policies*, vol. 13, núm. 1, United Kingdom (England), 2011 [en línea], <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330328/HiT-13-1-2011-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=>>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

tencia sanitaria. De esta manera es como se distribuyen los gobiernos, al interior del Reino Unido y la competencia en salud o sanidad.

El gobierno británico, aunque se ha ido descentralizando, sigue una misma estructura homogénea para su operación en el sistema de salud.¹⁵ Su estructura institucional se encuentra enmarcada del siguiente modo:

Atención primaria: proporcionada por médicos de cabecera o General Practitioners (GPs), quienes actúan como el primer punto de contacto.

El acceso a especialistas requiere una referencia de los médicos de cabecera. El sistema de salud en el Reino Unido está basado en un fuerte sistema de atención primaria. Los médicos de cabecera actúan como guardianes del acceso a especialistas y otros niveles de atención más complejos. Los pacientes deben ser referidos por sus GPs para recibir atención secundaria en hospitales o con especialistas.

Un estudio del *British Medical Journal* (BMJ) encontró que los pacientes en el Reino Unido valoran positivamente el acceso a sus GPs, aunque hay desafíos relacionados con el tiempo de espera para ciertas especialidades.¹⁶ El presidente del comité, Jeremy Hunt, afirmó:

La persistente falta de personal en el NHS plantea un grave riesgo para la seguridad del personal y de los pacientes, una situación agravada por la ausencia de un plan a largo plazo por parte del gobierno para abordarla. Ahora nos enfrentamos a la mayor crisis de personal de la historia en el NHS y en la asistencia social sin que todavía tengamos idea de la cantidad de médicos, enfermeras y otros profesionales adicionales que realmente necesitamos [...].¹⁷

Atención secundaria y hospitalaria: cubierta por el NHS, generalmente de forma gratuita para los residentes del país.

Atención privada: existe un pequeño sector privado para aquellos que opten por pagar seguros de salud privados, pero representa una minoría del sistema.

El sistema enfrenta largos tiempos de espera, problemas de financiamiento y crecientes demandas debido al envejecimiento de la población.¹⁸

La Ley de Salud y Atención Social de 2012,¹⁹ introdujo cambios importantes en la estructura del Servicio Nacional de Salud (NHS) permitiendo una mayor participación de proveedores privados, y modificando el modelo de financiamiento y responsabilidad. Aunque el acceso a la atención médica está ampliamente garantizado, las disputas sobre la calidad, tiempos de espera, o derechos individuales en el contexto de la atención sanitaria, se suelen resolver a través de la revisión judicial (judicial review), bajo el derecho administrativo.²⁰

¹⁵ *Idem.*

¹⁶ Wise, Jacqui, “Persistent understaffing of the NHS is putting patients at risk, say MPs”, en *BMJ*, vol. 378, núm. o1866, 2022 [en línea], <doi:10.1136/bmj.o1866>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

¹⁷ *Idem.*

¹⁸ The King’s Fund, “What’s going on with A&E waiting times?”, <<https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/whats-going-on-with-ae-waiting-times>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

¹⁹ Ley de salud y asistencia social 2012, capítulo 7, Reino Unido, noviembre de 2013, <<https://www.wipo.int/wipolex/es/legislation/details/13570>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

²⁰ The King’s Fund, *What’s going on with A&E waiting times*, *op. cit.*

Principios fundamentales en materia de salud en Reino Unido:

- 1) Accesibilidad: Acceso universal, sin barreras.
- 2) Integralidad: Cobertura para todos los servicios médicamente necesarios de forma gratuita, la atención privada es opcional, generalmente se opta por tiempos prolongados de espera.
- 3) Universalidad: Garantiza el acceso universal a la atención médica gratuita en el punto de uso.
- 4) Portabilidad: Cualquier residente del Reino Unido tiene derecho a recibir tratamiento, independientemente de su capacidad para pagar. Existe una descentralización que diferencia los procedimientos de atención, según el gobierno en cada país que lo conforma.
- 5) Administración pública: la cobertura depende de la condición laboral del individuo, régimen de seguros múltiples, el financiamiento depende de las contribuciones del asegurado, el empleador y en ocasiones del Estado.

II.1. KING'S FUND

The King's Fund es una organización benéfica independiente que trabaja para mejorar la salud y la atención; en 2023, bajo una metodología de opinión pública, la encuesta British Social Attitudes (BSA) realizó una encuesta de satisfacción, de ello se obtuvo: “en 1983 sólo el 24 % del público está satisfecho con el NHS y sólo el 13 % está satisfecho con la atención social. A pesar de los bajos niveles de satisfacción pública, una gran mayoría del público todavía apoya los principios del NHS. El 48 % del público apoyaría al gobierno aumentando los impuestos y gastando más en el NHS”.²¹

Aproximadamente, 90% de la financiación del NHS proviene de impuestos generales, lo que asegura su sostenibilidad y accesibilidad universal, sin embargo, lo que preocupa, es la funcionalidad en la calidad de la atención de la salud de la población; sobre todo para adultos mayores. En septiembre de 2024, el primer ministro del Reino Unido confirmó que el sector de atención social para adultos figuraría en el próximo plan del gobierno, con duración de 10 años, en materia de salud.²²

Dentro de los resultados de Salud y calidad del Servicio Nacional de Salud (NHS) se puede afirmar, con la evidencia encontrada, que se tienen algunas virtudes y defectos, algunos avances y modificaciones para cambiar y mejorar. En tema de avances es importante destacar la telemedicina y su plan de acción a 10 años, publicado en 2019, estableciendo las prioridades en las que se irán desarrollando los aspectos más prioritarios de digitalización para mejorar la atención de calidad en la salud de los ciudadanos.²³ El NHS ha sido pionero en la adopción de tecnologías digitales, registros electrónicos de salud, sistemas de telemedicina y el uso de inteligencia artificial para diagnóstico y gestión de recursos.

²¹ The King's Fund, “Public satisfaction with the NHS and social care in 2023” [en línea], <<https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/public-satisfaction-nhs-social-care-2023>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

²² The King's Fund, “The Prime Minister, Sir Keir Starmer, delivered his first health and care speech since taking office at The King's Fund annual conference this morning” [en línea], <<https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/press-releases/prime-minister-first-health-care-speech-since-taking-office>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

²³ NHS, “We will work with the wider NHS, the voluntary sector, developers, and individuals in creating a range of apps to support particular conditions”, <<https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

El Servicio Nacional de Salud (NHS) de Reino Unido, cuenta con distintos institutos relacionados con la Salud Digital, como el análisis de datos, bancos de datos médicos, biotecnología, transformación digital, entre otros. De esta forma el NHS, cuenta con el sistema de salud integrado más grande del mundo, lo que representa importantes oportunidades para la innovación médica.²⁴

El Reino Unido cuenta con uno de los mejores indicadores de salud a nivel mundial respecto a mortalidad infantil y esperanza de vida. Sin embargo, el sistema enfrenta presiones significativas debido al envejecimiento de la población y su falta de cobertura, las personas en plenitud de desarrollo o personas mayores de 60 años; el aumento de enfermedades crónicas, y la falta de personal sanitario en algunos sectores.²⁵

Un informe de la OECD destaca que el Reino Unido tiene una esperanza de vida de 81,2 años, aunque señala que el NHS debe mejorar en tiempos de espera para cirugías y consultas especializadas.²⁶

Para 2022 la esperanza de vida en Reino Unido se estimó llegara a los 82,06 años. Para mujeres el resultado en 2022 fue de 83,8 años, mientras que para hombres fue de 80,4.²⁷

El Primer Ministro del Reino Unido, el Sr. Keir Starmer, el 12 de septiembre de 2024, pronunció un discurso de la necesidad de una reforma sustancial en materia de salud para el Reino Unido, sobre las deficiencias y cambios en la atención, para mejorar los servicios comunitario y de asistencia social; su discurso fue argumentado conforme al estudio realizado por el cirujano oncológico Lord Darzi, hoy miembro de la Cámara de los Lores, quién trabajó en el NHS durante más de 30 años; el estudio se elaboró con base en diversas pruebas y datos de personas, y organizaciones señaladas por Darzi.²⁸

Bajo este argumento, el sistema de salud del Reino Unido presenta el desafío de acoplar una reforma que considere los antecedentes pandémicos, por COVID-19 (derivados del SARS-CoV-2), y los cambios climáticos de 2022. De este último, se sabe que colapsó posterior a una ola de calor que llevó a la saturación en la atención de salud.

Puede resultar conveniente para las agendas políticas ignorar la crisis climática y la crisis de los servicios de salud o pretender que las políticas actuales son suficientes. Los hechos y nuestras experiencias cuentan una historia muy diferente. Si ignoramos deliberadamente los grandes desafíos que enfrentamos, solo profundizaremos el daño y los perjuicios de las crisis que nos enfrentan a verdades incómodas.²⁹

²⁴ Fundación Carlos Slim, “Reino Unido lidera la digitalización de la salud en Europa”, <<https://saluddigital.com/es/noticias/reino-unido-lidera-la-digitalizacion-de-la-salud-en-europa/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

²⁵ World Health Organization, “World health statistics 2024. Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals”, 2024 [en línea], <<https://iris.who.int/handle/10665/376869>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

²⁶ OECD Better Life Index, “Reino Unido. ¿Cómo es la vida?”, <<https://www.oecdbetterlifeindex.org/es/countries/united-kingdom-es/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

²⁷ Expansión, “La esperanza de vida se eleva en Reino Unido”, en *Expansion*, 2020, <<https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/uk>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

²⁸ Lord Darzi, “Resources and productivity of services by setting” [en línea], en *Independent investigation of the National Health Service in England*, 2024, <<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/66f42ae630536cb92748271f/Lord-Darzi-Independent-Investigation-of-the-National-Health-Service-in-England-Updated-25-September.pdf>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

²⁹ Moberly, Tom, “The inconvenient truths of health and climate crises that can’t just be ignored”, en *BMJ*, vol. 378, núm. o1811, United Kingdom (England), 2022 [en línea], <<https://doi.org/10.1136/bmj.o1811>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

Otro problema que se ha manifestado es la falta de profesionales de la salud, mismo que ha dado apertura a propuestas para atender el problema, la siguiente propuesta consta de cinco componentes esenciales para el personal sanitario y de asistencia social:

En primer lugar, una estrategia creíble tendrá que incluir medidas prácticas y eficaces para mejorar la retención del personal. El informe del comité recomienda, loablemente, como mínimo, que todo el personal del NHS tenga acceso a comida y bebida caliente las 24 horas del día, así como lugares para descansar, ducharse y tomar descansos, revisar las condiciones de trabajo para reducir la intensidad del trabajo que sienten muchos; mejorar la provisión de servicios de guardería; y tomar más medidas para permitir la flexibilidad y el trabajo a tiempo parcial.

En segundo lugar, un plan adecuado establecería cómo ofrecer una oferta mayor y sostenible de personal nuevo. A corto plazo, la contratación internacional, realizada de manera ética, es una parte clave de la solución. En este sentido, el comité recomienda eliminar las barreras administrativas. Para que esta fuente vital de contratación extranjera funcione en todos los servicios, entornos y partes del país, será necesaria la colaboración entre los proveedores, y una estrategia debería incentivarla y apoyarla.

En tercer lugar, para que sea creíble, una estrategia de personal deberá establecer cómo abordar los niveles actuales de discriminación. Los argumentos morales y legales para garantizar una fuerza laboral de salud y asistencia social diversa e inclusiva son indiscutibles. Pero la evidencia también indica que esto contribuye a mejorar la calidad de la atención, una oferta de personal más sostenible y una mayor eficiencia de los servicios.

En cuarto lugar, una estrategia no debe pasar por alto los desafíos únicos que enfrenta el personal de atención social. [...] el comité recomienda: restablecer el acceso gratuito del personal de atención social a la misma capacitación del NHS que sus colegas de salud comunitaria; la aplicación proactiva del salario mínimo o salario vital, como habíamos recomendado; y un aumento sustancial y sostenido en la financiación de la atención social. Sin embargo, la preocupación con la atención social es aún más fundamental.

Por último, para ser creíbles, las estrategias de personal para la atención sanitaria y social deben aprender de las lecciones de los fracasos anteriores. Sin duda, las proyecciones poco sólidas y los planes de personal clínico defectuosos son tan viejos como el propio NHS. Hay muchas razones para ello, entre ellas la falta de alineamiento de funciones, responsabilidades y financiación, así como la falta de equilibrio entre los riesgos relativos de la falta o el exceso de personal. Otro problema ha sido no reflejar suficientemente las necesidades de las diferentes regiones, entornos y proveedores. Las futuras estrategias de personal no pueden ser una actualización, sino que deben aprender de los errores anteriores y ofrecer un enfoque audaz y distinto [...].³⁰

Es importante observar que el cambio anunciado con la reforma por el primer ministro del Reino Unido, Sr Keir Starmer, será restablecer la eficiencia del servicio y de los costos económico y social que representa su Sistema Nacional de Salud.

³⁰ Traducido de Palmer, Billy, “¿What should a health and social care workforce strategy look like?”, en *BMJ*, vol. 378, núm. o1906, United Kingdom (England), 2022 [en línea], <<https://doi.org/10.1136/bmj.o1906>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

En 2021 se realizó un análisis donde el sistema de salud británico posicionó al Reino Unido con el sistema más eficiente entre los países de ingresos altos, en términos de relación costo-beneficio, aunque con advertencias sobre la necesidad de mejorar la equidad y la financiación para enfrentar nuevos desafíos.³¹

Health expenditure and financing i

Reference area: United Kingdom • Frequency of observation: Annual • Measure: Expenditure
Combined unit of measure: Percentage of GDP

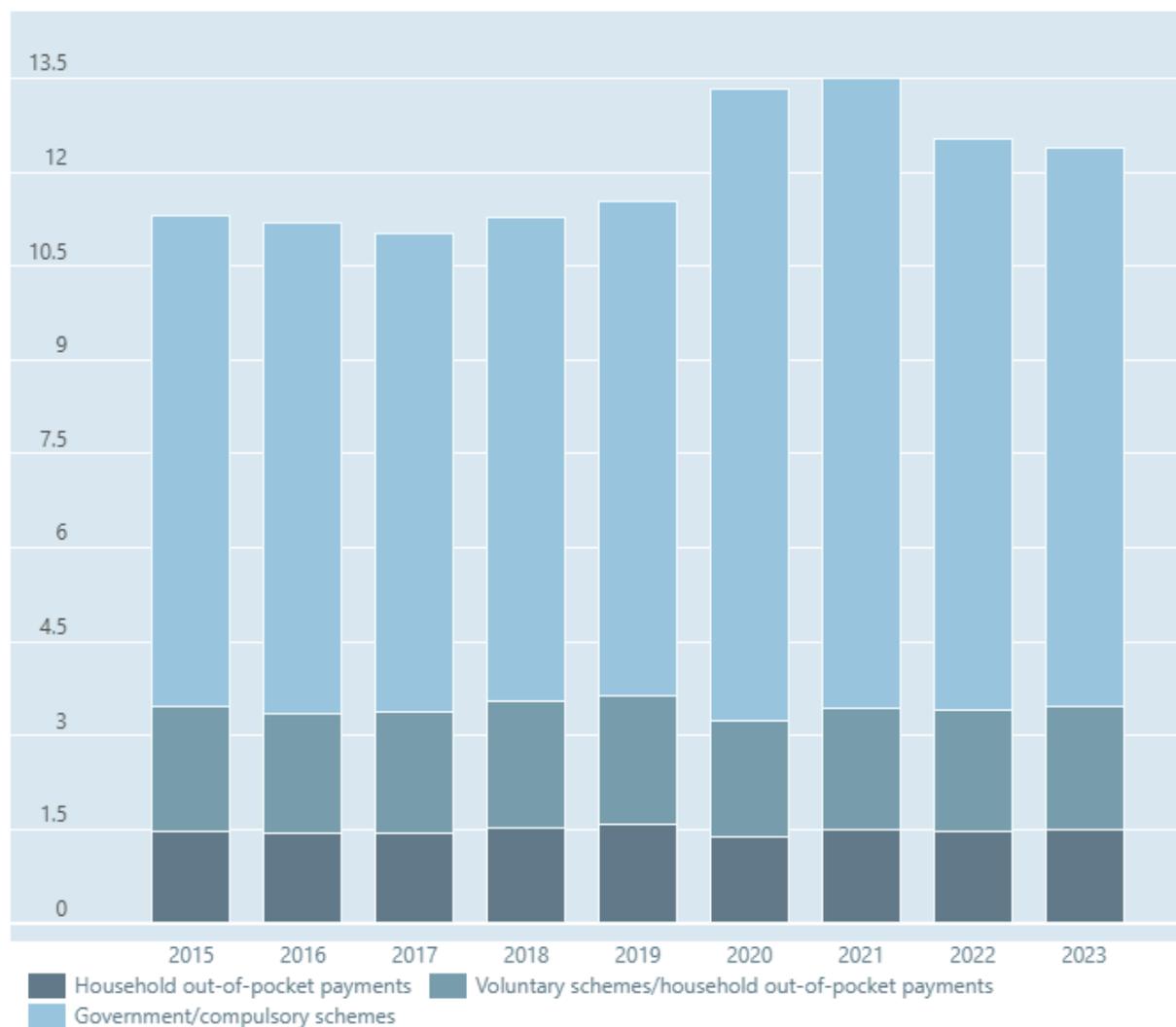


Figura 7. Gastos y financiación en la salud, OECD Data Explorer, <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

³¹ Schneider, Eric, C. *et al.*, “The Commonwealth Fund”, en *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*, 2021 [en línea] <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

En Reino Unido han existido precedentes judiciales que fortalecen y aclaran el acceso al derecho a la salud como en el caso de *Montgomery*,³² el cual redefinió el estándar del consentimiento informado en la atención médica.

La Sra. *Montgomery*, una mujer con diabetes, no fue informada por su médico sobre el riesgo de una complicación durante el parto. Su hijo nació con discapacidad y ella demandó al sistema de salud. La Corte Suprema falló a su favor, estableciendo que los médicos deben informar a los pacientes sobre cualquier riesgo material (corpóreo) que una persona, con uso de sus facultades, consideraría relevante para la toma de decisiones. Con un grado razonable de confianza de que la necesidad de consentimiento informado (más que un consentimiento informado, debiera llamarse “consentimiento razonado”) era firmemente parte de la ley inglesa.

Este caso ha brindado la oportunidad, no sólo de confirmar esa confiada declaración, sino también de dejar claro que los mismos principios se aplican en Escocia:

[...] 84. Además, debido a que la medida en que un médico puede estar inclinado a discutir los riesgos con un paciente no está determinada por el aprendizaje o la experiencia médica, la aplicación de la prueba *Bolam* a esta pregunta puede resultar en la sanción de diferencias en la práctica que no son atribuibles a escuelas de pensamiento divergentes en la ciencia médica, sino simplemente a actitudes divergentes entre los médicos en cuanto al grado de respeto debido a sus pacientes.

85. Por supuesto, una persona puede decidir que no desea ser informada de los riesgos de lesión (al igual que una persona puede optar por ignorar el folleto informativo adjunto con su medicamento); y un médico no está obligado a discutir los riesgos inherentes al tratamiento con una persona que deja claro que preferiría no discutir el asunto. Decidir si una persona está tan desinclinada puede implicar que el médico haga un juicio; pero no es un juicio que dependa de la experiencia médica. También es cierto que el médico necesariamente debe emitir un juicio sobre la mejor manera de explicar los riesgos al paciente, y que proporcionar una explicación efectiva puede requerir habilidad. Pero la habilidad y el juicio requeridos no son del tipo que involucra la prueba *de Bolam*; y la necesidad de ese tipo de habilidad y juicio no implica que la cuestión de si explicar los riesgos en absoluto sea normalmente una cuestión para el juicio del médico. Eso no quiere decir que el médico esté obligado a hacer revelaciones a su paciente si, en el ejercicio razonable del juicio médico, considera que sería perjudicial para la salud de su paciente hacerlo; pero la *excepción terapéutica*, como se ha llamado, no puede proporcionar la base de la regla general.

86. Se deduce que el análisis de la ley por parte de la mayoría en *Sidaway* es insatisfactorio, en la medida en que trató el deber del médico de informar a su paciente de los riesgos del tratamiento propuesto como dentro del alcance de la prueba de *Bolam*, sujeto a dos calificaciones de ese principio general, ninguna de las cuales es fundamentalmente consistente con esa prueba. No es sorprendente que los tribunales hayan encontrado dificultades en la posterior aplicación de *Sidaway*, y que los tribunales de Inglaterra y Gales en realidad se hayan alejado de él; una posición que fue efectivamente respaldada, particularmente por Lord Steyn, en *Chester contra Afshar*. Ya no hay razón para perpetuar la aplicación de la prueba *Bolam* en este contexto.

87. La posición correcta, en relación con los riesgos de lesiones involucrados en el tratamiento, ahora

³² Traducido de Judgment: *Montgomery (Appellant) v Lanarkshire Health Board (Respondent)* (Scotland), *The Supreme Court*, UKSC 11, 2015 [en línea], <<https://www.supremecourt.uk/cases/docs/uksc-2013-0136-judgment.pdf>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

puede verse como sustancialmente la adoptada en Sidaway por Lord Scarman, y por Lord Woolf MR en Pearce, sujeto al refinamiento realizado por el Tribunal Superior de Australia en Rogers contra Whitaker, que hemos discutido en los párrafos 77-73. Una persona adulta en su sano juicio, tiene derecho a decidir, entre las formas disponibles de tratamiento, a cuál someterse, y su consentimiento debe obtenerse antes de que se realice un tratamiento que interfiera con su integridad corporal. Por lo tanto, el médico tiene el deber de tener un cuidado razonable para garantizar que el paciente esté al tanto de cualquier riesgo material involucrado en cualquier tratamiento recomendado, y de cualquier tratamiento alternativo o variante razonable.

El criterio de materialidad consiste en determinar si, en las circunstancias del caso concreto, una persona razonable en la situación del paciente podría atribuir importancia al riesgo, o si el médico es o debería ser razonablemente consciente de que el paciente concreto podría atribuirle importancia.³³

En Reino Unido surgió el caso del Sr. Neil McCulloch, quien murió en abril de 2012 en el Hospital Forth Valley Royal, posterior a sufrir un paro cardíaco en su casa.

La viuda del Sr. McCulloch relató que al paciente se le indicó un nuevo tratamiento, el cual incluía medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINE), los cuales eran contraproducentes con la pericarditis ya diagnosticada en el Sr. McCulloch; los efectos del nuevo tratamiento fueron causa del infarto reportado, y del fallecimiento posterior del paciente.

El tribunal confirmó la prueba de Bolam centrándose en el criterio médico-profesional, pero el caso puso de relieve preocupaciones sobre el equilibrio entre la autonomía del paciente y la discreción del médico a la hora de revelar las opciones de tratamiento. En la narrativa del caso, los argumentos fueron los siguientes:

En *Montgomery v Lanarkshire Health Board* [2015] UKSC 11, la Corte Suprema sostuvo que un médico tiene el deber de tener un cuidado razonable para garantizar que el paciente esté al tanto de cualquier riesgo material involucrado en cualquier tratamiento recomendado, y de cualquier tratamiento alternativo o variante razonable. En esta apelación, se le pide a la Corte Suprema que decida qué prueba debe aplicarse al evaluar si un tratamiento alternativo es razonable y requiere ser discutido con el paciente. Más específicamente, ¿el médico en este caso cayó por debajo del estándar requerido de atención razonable al no informar a un paciente de un tratamiento alternativo en una situación en la que la opinión del médico era que el tratamiento alternativo no era razonable y esa opinión estaba respaldada por un cuerpo responsable de opinión médica? También se pregunta si los tribunales de abajo se equivocaron en su enfoque de la cuestión de la causalidad.

El Sr. Neil McCulloch murió el 7 de abril de 2012 en el Forth Valley Royal Hospital, después de haber sufrido un paro cardíaco en su casa. Los apelantes son la viuda del Sr. McCulloch y otros parientes. Afirman que su muerte fue causada por la negligencia de la Dra. Catherine Labinjoh, una cardióloga consultora empleada por el demandado, la Junta de Salud de Forth Valley. Entre otras cosas, los apelantes alegan que, en línea con el deber en *Montgomery*, se requirió a la Dra. Labinjoh discutir la opción de usar medicamentos antiinflamatorios no esteroideos con el Sr. McCulloch.

La reclamación de los apelantes fracasó tanto ante la Cámara Exterior como ante la Cámara Interior del Tribunal de Sesión. Ambos tribunales sostuvieron que el deber en *Montgomery* no requiere que un médico discuta un curso de tratamiento con su paciente si el médico ha concluido, aplicando su ha-

³³ *Idem.*

— Mauricio Reyna Lara —

bilidad profesional y juicio, que no es una opción razonable en las circunstancias del caso y la opinión del médico está respaldada por un órgano responsable de opinión médica. También sostuvieron que, incluso si se hubiera establecido negligencia, la reclamación aún habría fracasado porque los apelantes no habían demostrado en el equilibrio de las probabilidades que causó la muerte del Sr. McCulloch. Los apelantes ahora apelan ante la Corte Suprema.³⁴

El caso no fue favorable para los demandantes, sin embargo, quedó de manifiesto que tendrían que existir, en la valoración del expediente clínico, las anotaciones médicas de la valoración: diagnóstica y prescriptiva, las ventajas y desventajas del tratamiento médico, por ser un derecho que se desprende del consentimiento informado del paciente.

Finalmente, es importante destacar que el Foro Global sobre la Ética de la Inteligencia Artificial, celebrado el 5 y 6 de febrero de 2024, cambiará la regulación y control de las políticas públicas y de inversión en temas de salud, la telemedicina, y la digitalización, ya que son retos para todos los sistemas de salud de los países en el mundo.

El Convenio Marco del Consejo de Europa sobre Inteligencia Artificial y Derechos Humanos, Democracia y Estado de Derecho es el primer tratado internacional jurídicamente vinculante en este ámbito. Su objetivo es garantizar que las actividades dentro del ciclo de vida de los sistemas de inteligencia artificial sean plenamente coherentes con los derechos humanos, la democracia y el estado de derecho, al tiempo que propicias para el progreso tecnológico y la innovación.³⁵

Dentro de los países parte se encuentran los anglosajones, y su obligación es adaptar legislaciones que protejan y regulen la tecnología como la inteligencia artificial. El artículo 2° de la convención lo define como:

[...] sistema de inteligencia artificial un sistema basado en una máquina que, para alcanzar objetivos explícitos o implícitos, infiere, a partir de los datos que recibe, cómo generar resultados tales como predicciones, contenidos, recomendaciones o decisiones que puedan influir entornos físicos o virtuales. Los diferentes sistemas de inteligencia artificial varían en sus niveles de autonomía y adaptabilidad después del despliegue.³⁶

Posteriormente, el día 13 de junio de 2024 se redactó el primer Reglamento de Inteligencia Artificial, denominado “Reglamento (UE) 2024/1689 del Parlamento Europeo y del Consejo”, cuyo objetivo es:

mejorar el funcionamiento del mercado interior mediante el establecimiento de un marco jurídico uniforme, en particular para el desarrollo, la introducción en el mercado, la puesta en servicio y la utilización de sistemas de inteligencia artificial (en lo sucesivo, «sistemas de IA») en la Unión, de conformidad con los valores de la Unión, a fin de promover la adopción de una inteligencia artificial (IA) centrada en el ser humano y fiable, garantizando al mismo tiempo un elevado nivel de protección de la salud, la seguridad y los derechos fundamentales consagrados en la Carta de los Derechos Fundamen-

³⁴ Traducido de Judgment: McCulloch and others (Appellants) v Forth Valley Health Board (Respondent) (Scotland), en *The Supreme Court*, UKSC 26, 2023 [en línea], <<https://www.supremecourt.uk/cases/uksc-2021-0149.html>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

³⁵ Council of Europe Framework Convention on Artificial Intelligence and Human Rights, Democracy and the Rule of Law, en *Council of Europe Treaty Series*, núm. 225, Vilnius, 5.IX., 2024, Pág. 2. <<https://rm.coe.int/1680afae3c>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

³⁶ *Idem*.

— Mauricio Reyna Lara —

tales de la Unión Europea (en lo sucesivo, «Carta»), incluidos la democracia, el Estado de Derecho y la protección del medio ambiente, proteger frente a los efectos perjudiciales de los sistemas de IA en la Unión, así como brindar apoyo a la innovación. El presente Reglamento garantiza la libre circulación transfronteriza de mercancías y servicios basados en la IA, con lo que impide que los Estados miembros impongan restricciones al desarrollo, la comercialización y la utilización de sistemas de IA, a menos que el presente Reglamento lo autorice expresamente.³⁷

El Reglamento entrará en vigor el vigésimo día siguiente al de su publicación, en el *Diario Oficial de la Unión Europea*, y su aplicación será paulatinamente conforme a su contenido desde el año 2025 hasta el 2027, como fue descrito en su contenido.

II.2 LEY DE IA DE LA UNIÓN EUROPEA

Las empresas farmacéuticas, al estar inmersas en herramientas de Inteligencia Artificial (IA) responden en establecer un plan de trabajo, el cual ha sido dividido en:

Orientación, políticas y apoyo al producto: Las acciones se centran en el apoyo continuo a los productos en desarrollo, así como en el desarrollo y la evaluación de la orientación adecuada para el uso de la IA en el ciclo de vida de un medicamento.³⁸

La intención del tratado y el reglamento sobre IA es involucrar a los gobiernos, iniciativa privada y sociedad civil en plena concientización ética del uso de la tecnología, con entera responsabilidad de los derechos y salud humanos. Será un cambio contundente la regulación jurídica interna de cada país sobre la réplica de los instrumentos jurídicos mencionados.

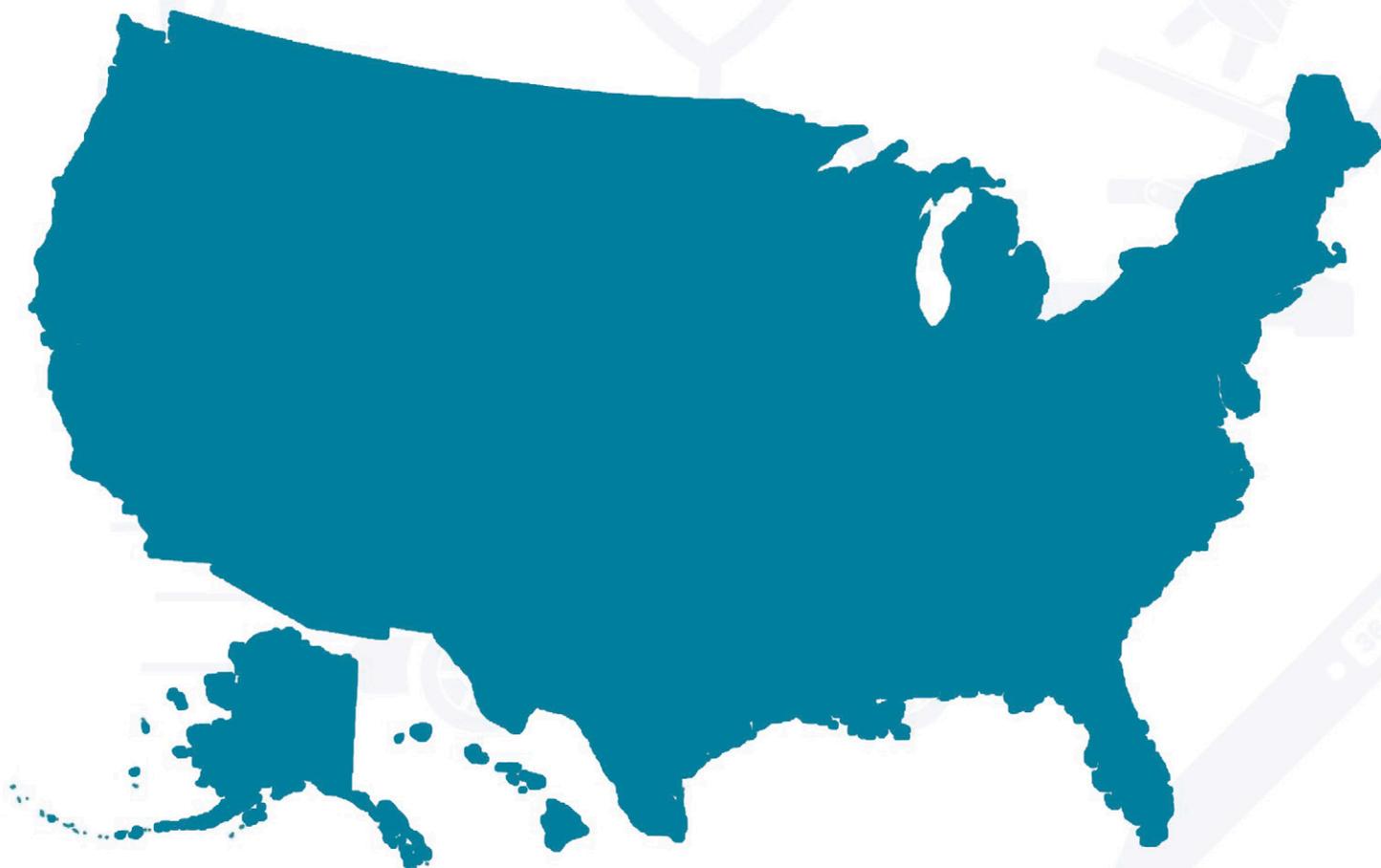
³⁷ Reglamento (UE) 2024/1689, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial [en línea], núm. 1689, Parlamento Europeo y del Consejo, *DOUE*, julio de 2024, Pág. 1. <<https://www.boe.es/doue/2024/1689/L00001-00144.pdf>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

³⁸ European Medicines Agency, “Artificial intelligence workplan to guide use of AI in medicines regulation”, 2023 [en línea], <<https://www.ema.europa.eu/en/news/artificial-intelligence-workplan-guide-use-ai-medicines-regulation>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

EL ACCESO A LA SALUD EN LA TRADICION ANGLOSAJONA

SERIE CUADERNILLOS DIDÁCTICOS SOBRE LOS RETOS
AL DERECHO A LA SALUD-AGENDA 2030

NÚM. 1



ESTADOS UNIDOS

Mauricio Reyna Lara

III. ESTADOS UNIDOS: UN ENFOQUE LEGISLATIVO EN SALUD

FRAGMENTADO

En Estados Unidos de América (EE. UU.), el derecho a la salud no está consagrado en la Constitución por la naturaleza de su familia jurídica anglosajona, pero existe una serie de leyes federales y estatales que garantizan el acceso a la atención médica, particularmente para grupos vulnerables.

El acceso a la salud en EE. UU. principalmente en leyes como Medicare Act (1965): “El 30 de julio de 1965, el presidente Lyndon B. Johnson promulgó la Ley de Medicare y Medicaid, también conocida como las Enmiendas a la Seguridad Social de 1965. Estableció Medicare, un programa de seguro médico para personas mayores, y Medicaid, un programa de seguro médico para personas con ingresos limitados”.³⁹

Los dos primeros programas públicos que ofrecieron acceso y cobertura de salud fueron Medicare y Medicaid:

Proporcionar un programa de seguro hospitalario para personas de edad avanzada conforme a la Ley de Seguridad Social con un programa complementario de beneficios médicos y un programa ampliado de asistencia médica, aumentar los beneficios bajo el Sistema de Seguro de Vejez, Sobrevivientes e Incapacidad, mejorar los programas de asistencia pública federales y estatales, y para otros fines.⁴⁰

Mientras que, la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) de 2010 amplió el acceso al seguro de salud, y extendió la cobertura a millones de personas a través de mercados de seguros de salud y subsidios. No obstante, estas leyes no establecen un derecho universal a la salud, sino que regulan la cobertura y la provisión de servicios en función de criterios como edad, ingreso o situación laboral.

La Ley ACA establece que los empleadores deben ofrecer cuidados de salud asequibles a sustancialmente todos o 95% de sus trabajadores equivalentes a tiempo completo (ETC), incluyendo sus dependientes, pero no sus esposos(as). La Ley define a un trabajador de tiempo completo como aquél que trabaja más de treinta horas a la semana, de manera que el número total de trabajadores ETC es igual al número de trabajadores a tiempo completo más la suma de las horas trabajadas por los trabajadores a tiempo parcial en una semana dividido por treinta.⁴¹

El sistema de salud en Estados Unidos de América es quizá uno de los ejemplos más conocidos de un sistema privatizado y fragmentado. Históricamente, el acceso a la salud en este país se ha vinculado al empleo y capacidad de pagar seguros privados, lo que ha dejado fuera a millones de personas. No obstante, la aprobación de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA) en 2010:

³⁹ National Archives, “Medicare and Medicaid Act (1965)”, <<https://www.archives.gov/milestone-documents/medicare-and-medicare-act#:~:text=On%20July%2030%2C%201965%2C%20President,for%20people%20with%20limited%20income>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

⁴⁰ *Idem.*

⁴¹ Arrieta, Alejandro, “Seguro de salud y principio contributivo de la seguridad social en los Estados Unidos de América” [en línea], en *Revista latinoamericana de derecho social*, núm. 23, 2016, <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-46702016000200003&lng=es&tlng=es>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

[...] fue un intento de ampliar el acceso a la salud mediante la expansión de Medicaid y la creación de mercados de seguros de salud subvencionados a 32 millones de estadounidenses con servicio público y privado [...]. El objetivo era que fuera alcanzable a una gran mayoría de la población, la ley también es conocida ley Obamacare por ser una iniciativa del presidente Obama; los objetivos es asegurar como subsidio un seguro médico con ingreso entre el 100 y el 400 % del nivel federal pobreza y la contratación privada de seguro con respecto a la cobertura de seguro que se quiera o pueda contratar [...].⁴²

Medida de ingresos emitida cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS). Los niveles federales de pobreza se utilizan para determinar su elegibilidad para ciertos programas y beneficios, incluidos los ahorros en seguros médicos del Mercado y la cobertura de Medicaid y CHIP [...].⁴³

Otros de los objetivos ha sido expandir Medicaid las personas adultas por debajo de 138% de nivel federal de pobreza, “Algunos estados han ampliado sus programas de Medicaid para cubrir a todas las personas cuyos ingresos familiares están por debajo de un determinado nivel. Otros no lo han hecho [...]”.⁴⁴

Sin embargo, aunque el objetivo es apoyar modelos innovadores de prestación de atención médica y políticas de pago de seguro, diseñadas para mejorar la calidad de la atención e identificar formas de reducir los costos de la atención médica, todo refiere a una modalidad de ingreso y de pago de aseguradora en el programa Medicaid.

A pesar de las reformas, millones de personas siguen sin seguro o cuentan con un seguro insuficiente, y los altos costos de la atención médica siguen siendo una preocupación central. Los programas públicos se dividen en el expuesto Medicaid y Medicare; este último para personas mayores de 65 años y algunas personas con discapacidad.

Medicare es un seguro médico para personas de 65 años o mayores. Puede ser elegible para recibir Medicare antes si tiene una incapacidad, Enfermedad Renal en Etapa Final (ESRD en inglés) o ALS (también llamada enfermedad de Lou Gehrig). Algunas personas reciben Medicare automáticamente, otras tienen que inscribirse activamente, depende de si comienza a recibir beneficios por jubilación o incapacidad del Seguro Social antes de cumplir 65 años.⁴⁵

En ambos casos, Medicaid y Medicare, se requiere de un registro en el que se detecte el pago de impuestos personales, ya sea por gasto de bolsillo, o por parte de un empleador.⁴⁶

La Ley ACA de 2010, en este sentido, organiza y delimita el gasto de las aseguradoras, los usuarios tienen el derecho del carácter preventivo gratuito, se controla la naturalización de contratación y cancelación justificadamente, pero el programa público identifica que se tenga una actividad basada en una combinación de seguros privados y programas públicos limitados.

⁴² Compilation of Patient Protection and Affordable Care Act, en *Office of the Legislative Counsel*, 2010 [en línea], <<https://housedocs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

⁴³ HealthCare.gov, “Federal poverty level (FPL)”, <<https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-fpl/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

⁴⁴ HealthCare.gov, “Medicaid expansion & what it means for you”, <<https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/medicaid-expansion-and-you/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

⁴⁵ Medicare.gov, “Comenzar con Medicare”, <<https://es.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

⁴⁶ Internal Revenue Service (IRS), “Obtenga sus registros tributarios y transcripciones”, <<https://www.irs.gov/es/individuals/get-transcript>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

La mayoría de las personas están cubiertas por seguros privados a través de sus empleadores. Las primas y coberturas varían ampliamente según el plan. En Estados Unidos, la falta de asequibilidad es un problema generalizado. Con un sistema de seguros fragmentado, casi la mayoría de los estadounidenses reciben su cobertura médica a través de su empleador. Si bien las ampliaciones de Medicaid de la ACA y la cobertura privada subsidiada han ayudado a llenar el vacío, 26 millones de estadounidenses aún no tienen seguro, lo que los deja totalmente expuestos a los factores de costo del sistema. El costo también ha impulsado el crecimiento de los deducibles de los planes privados, lo que deja a aproximadamente una cuarta parte de la población en edad laboral con un seguro insuficiente. En otras palabras, los amplios requisitos de participación en los costos hacen que muchos pacientes no puedan visitar a un médico cuando surgen problemas médicos, lo que hace que se salten pruebas médicas, tratamientos o visitas de seguimiento y eviten surtir recetas o saltar dosis de sus medicamentos.⁴⁷

El sistema de salud de Estados Unidos continúa siendo notablemente desigual y costoso, en comparación con otros países, se puede decir que va en contra del objetivo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible que reitera: “la cobertura sanitaria universal tiene como objetivo garantizar que todas las personas puedan acceder a servicios de salud de calidad sin afrontar dificultades financieras”.⁴⁸

Para quienes no tienen empleo, existen subsidios federales basados en los ingresos que pueden hacer que el seguro sea más asequible. Estos subsidios se aplican en función de los ingresos con relación al nivel federal de pobreza, medida en ingresos que establece el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS). Para personas sin seguro, existen clínicas comunitarias (Bureau of Primary Health Care), financiadas por el gobierno y organizaciones sin fines de lucro, que ofrecen atención médica gratuita o de menor costo, independientemente de la situación laboral. Además, los hospitales están obligados por ley a proporcionar atención médica de emergencia a cualquier persona que la necesite, sin importar si cuenta con un seguro de salud, o si tiene poder adquisitivo para solventar el gasto médico.⁴⁹

En la misma línea, la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (EMTALA), también conocida como la ley de abandono de pacientes, es una ley federal que impone obligaciones específicas a los hospitales participantes de Medicare que ofrecen servicios de emergencia. La EMTALA exige que cualquier persona que acuda a un departamento de emergencias para solicitar una evaluación o tratamiento de una afección médica reciba un examen médico de detección.

Si tiene una afección médica de emergencia, el hospital debe proporcionar un tratamiento estabilizador, independientemente del estado del seguro del paciente o su capacidad de pago. Si el hospital no tiene las capacidades necesarias para estabilizar al paciente, debe proporcionar un traslado adecuado a un hospital que pueda proporcionar el tratamiento necesario. Un hospital que tenga las capacidades y los recursos especializados necesarios no puede negarse a aceptar el traslado.⁵⁰

Algunos estados, tienen programas adicionales que ofrecen seguros de salud para residentes de bajos

⁴⁷ Blumenthal, David, “A Portrait of the Failing U.S. Health System. Comparing Performance in 10 Nations”, en *MIRROR*, *MIRROR* 2024, 2024 [en línea], <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2024-09/Blumenthal_mirror_mirror_2024_final_v2.pdf>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

⁴⁸ Organización de las Naciones Unidas, “Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” [en línea], <<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

⁴⁹ Health Center Program (HRSA), “Who We Are”, <<https://bphc.hrsa.gov/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

⁵⁰ Office of Inspector General (OIG), “The Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA)”, en *Featured Topics*, 2024, <<https://oig.hhs.gov/reports-and-publications/featured-topics/emtala/#:~:text=EMTALA%20requires%20that%20anyone%20coming,status%20or%20ability%20to%20pay>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

ingresos o personas sin empleo. Estos programas varían según el estado, y pueden incluir opciones como el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) o seguros subsidiados a nivel estatal. Desafíos para los Desempleados:

- **Altos Costos sin Seguro.** Sin un seguro médico, las personas que no trabajan pueden enfrentar altos costos para la atención médica, especialmente para consultas especializadas, hospitalización y medicamentos.
- **Cobertura Incompleta.** Los programas como Medicaid y las clínicas comunitarias proporcionan atención básica, pero no siempre cubren servicios especializados o tratamientos costosos.
- **Las coberturas complementarias, o adicionales, deben cubrirse con la aportación de bolsillo del usuario, lo que encarece la atención.**⁵¹

En resumen, en EE. UU., si una persona no trabaja, es posible acceder a la atención médica a través de programas públicos como Medicaid o Medicare, mediante subsidios en el mercado de seguros de salud, o a través de clínicas comunitarias. Sin embargo, tanto el acceso como la asequibilidad depende en gran medida del estado de residencia, los ingresos y la elegibilidad para estos programas.

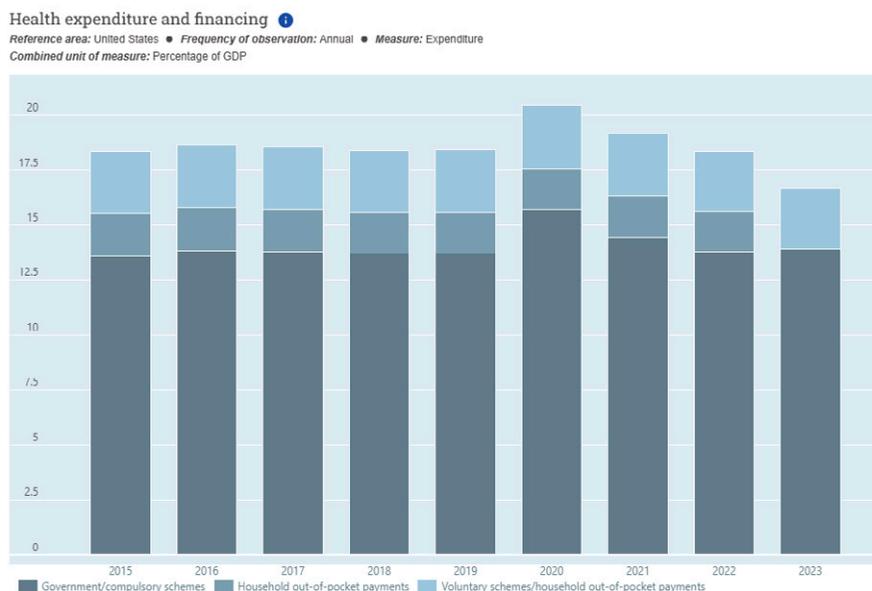


Figura 8. Gastos y financiación en la salud, OECD Data Explorer, <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Pero, por otro lado, el sistema de salud estadounidense es objeto de numerosos litigios, muchos de los cuales han llegado a la Corte Suprema. Esto se debe, en gran parte, a que la cobertura de salud depende de las pólizas de las aseguradoras, las cuales limitan el acceso según los términos de contratación. Como resultado, el personal de salud actúa conforme a lo que permiten las aseguradoras, lo que puede dar lugar a casos de mala praxis. Además, se han registrado situaciones como la siguiente:

Quince estados interpusieron una demanda federal el jueves contra el gobierno del presidente Joe Biden por una norma que se prevé permita a 100.000 inmigrantes que llegaron sin autorización a Estados Unidos cuando eran niños inscribirse el próximo año en la cobertura médica garantizada por la reforma al sistema de salud pública.

⁵¹ HealthCare.gov, “What Marketplace health insurance plans cover”, <<https://www.healthcare.gov/coverage/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

Los estados están tratando de impedir que la norma entre en vigor el 1 de noviembre y que proporcione a las personas conocidas como “dreamers” el acceso a exenciones fiscales cuando se inscriban para recibir cobertura de salud. La inscripción en el mercado de seguros de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) comienza el mismo día, apenas cuatro días antes de las elecciones presidenciales.⁵²

Este ejemplo evidencia los desafíos legales a la Ley ACA, en términos de exclusión, desigualdad y violación de los derechos pro-persona en salud. Estas problemáticas han derivado en importantes decisiones judiciales sobre la constitucionalidad de diversos aspectos de la ley, como el mandato de protección universal a la salud.

Cuatro características distinguen a los países con mejor rendimiento de los Estados Unidos: 1) proporcionan cobertura universal y eliminan las barreras de costos; 2) invierten en sistemas de atención primaria para garantizar que los servicios de alto valor estén disponibles de manera equitativa en todas las comunidades para todas las personas; 3) reducen las cargas administrativas que desvían el tiempo, los esfuerzos y el gasto de los esfuerzos de mejora de la salud; y 4) invierten en servicios sociales, especialmente para niños y adultos en edad de trabajar.⁵³

Teniendo así, los principios fundamentales en materia de Salud de Estados Unidos:

- 1) Accesibilidad: La atención médica se ofrece a través de un sistema mixto de seguros privados y programas públicos (Medicare y Medicaid), donde la accesibilidad está condicionada principalmente a la capacidad de pago o a la elegibilidad para estos programas de asistencia pública.
- 2) Integralidad: No existe una cobertura completa y homogénea para todos los servicios médicos, ya que depende del tipo de seguro o programa en el que esté inscrito el usuario. Algunos servicios pueden no estar cubiertos o pueden requerir copagos y deducibles.
- 3) Universalidad: A diferencia de otros países, no existe un sistema de cobertura universal para todos los residentes. La cobertura de salud depende de la situación laboral, nivel socioeconómico y edad del individuo, con una importante brecha en la cobertura de salud para quienes no cuentan con seguro médico.
- 4) Portabilidad: La cobertura de seguro médico no es totalmente portable entre estados y suele depender de la red de proveedores del seguro. Medicare y Medicaid tienen limitaciones de portabilidad y cobertura internacional.
- 5) Administración pública: El sistema de salud es predominantemente privado, aunque existen programas públicos como Medicare (para personas mayores de 65 años y ciertas discapacidades) y Medicaid (para personas de bajos ingresos). La financiación se obtiene mediante contribuciones individuales, pagos de empleadores y programas públicos, pero el sector público tiene un papel limitado en la administración.

⁵² Hanna, Jhon, “EEUU: 15 estados demandan por plan para ayudar a inmigrantes irregulares a comprar seguro médico”, en *Los Angeles Times*, Kansas, 2024 [en línea], <<https://www.latimes.com/espanol/politica/articulo/2024-08-08/quince-estados-demandan-para-bloquear-intento-de-biden-de-ayudar-a-migrantes-a-tener-atencion-medica>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

⁵³ Schneider, Eric, C. *et al.*, “The Commonwealth Fund”, en *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*, 2021 [en línea] <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

También se han llevado a cabo juicios que han contribuido a sentar precedentes para la posible modificación del sistema de salud. Un ejemplo emblemático es el caso de *Caso: Roe vs. Wade* (1973), en el cual la Corte Suprema de EE. UU. estableció un precedente crucial en cuanto a los derechos reproductivos. El tribunal falló que la Constitución protegía el derecho de una mujer a interrumpir su embarazo, basándose en el derecho a la privacidad. Sin embargo, este precedente fue revocado en 2022 por el caso *Dobbs vs. Jackson Women’s Health Organization*, lo que eliminó la protección federal al aborto y devolvió la regulación a los estados.

Hechos; en 2018, Mississippi aprobó la Ley de Edad Gestacional, que prohíbe la mayoría de los abortos después de las 15 semanas de gestación, con pocas excepciones. En respuesta, la *Jackson Women’s Health Organization*, el único centro de aborto con licencia en el estado, junto con uno de sus médicos, presentó una demanda en el tribunal federal de distrito para impugnar dicha ley, solicitando una orden de restricción temporal (TRO).

Tras una audiencia, el tribunal de distrito otorgó el TRO, permitiendo que el litigio continuara con la fase de descubrimiento. Al finalizar esta etapa, el tribunal de distrito otorgó un juicio sumario a favor de la clínica y prohibió a Mississippi aplicar la ley. El tribunal concluyó que el estado no había presentado suficientes pruebas para demostrar que un feto es viable a las 15 semanas. Además, el precedente de la Corte Suprema establecía que los estados no podían prohibir abortos antes de su viabilidad fetal. Esta decisión fue confirmada por el Tribunal de Apelaciones para el Quinto Circuito de EE. UU.⁵⁴

El caso de *Cruzan vs. Director, Missouri Department of Health* (1990) fue un hito importante en cuanto al derecho de los pacientes a rechazar tratamientos médicos, incluyendo el soporte vital. La Corte Suprema sostuvo que los pacientes tienen ese derecho, pero los estados pueden exigir pruebas claras y convincentes de que el paciente hubiera deseado tomar esa decisión. Este caso subrayó la relevancia de los testamentos vitales y los poderes legales sobre decisiones médicas.

Los hechos del caso son los siguientes: el 11 de enero de 1983, Nancy Cruzan sufrió un accidente automovilístico en el que perdió el control de su vehículo y fue arrojada a una zanja con agua estancada. Los paramédicos que la atendieron inicialmente no detectaron signos vitales, pero lograron reanimarla. Tras recibir tratamiento adicional en el hospital, Nancy pasó tres semanas en coma, y los médicos informaron a su familia que era probable que permaneciera en estado vegetativo permanente, aunque su vida podría prolongarse utilizando una sonda de alimentación.

La familia de Nancy intentó terminar con el soporte vital basado en su creencia de que ella habría preferido morir antes que vivir en una condición vegetativa. Esta creencia se basaba en Comentarios que Nancy había hecho anteriormente sobre no querer “vivir como un vegetal”. Sin embargo, al presentar estas pruebas, el tribunal de Missouri concluyó que no cumplían con el requisito estatal de “pruebas claras y convincentes” que demostraran el deseo de Nancy renunciar al soporte vital. El Tribunal Supremo, en su fallo, no abordó el derecho a morir de manera general, sino que limitó su decisión a la carga de la prueba en este tipo de casos. No obstante, este caso resultó influyente al estimular el uso de directivas avanzadas de atención médica, donde las personas pueden declarar por adelantado sus preferencias sobre tratamientos médicos en caso de que no puedan expresarlas en un futuro. Finalmente, después de que se escuchara esta apelación, la familia encontró pruebas más convincentes de que Nancy hubiera rechazado el soporte vital. En diciembre de 1990, el tribunal inferior quedó satisfecho de que se cumplía el estándar de prueba requerido, y ordenó que Nancy fuera retirada del soporte vital.⁵⁵

⁵⁴ Supreme Court of The United States, *Dobbs, State Health Officer Of The Mississippi Department Of Health, ET AL. v. Jackson Womne’s Health Organization ET AL.* núm. 19-1392, junio de 2022 [en línea], <https://www.supremecourt.gov/opinions/21pdf/19-1392_6j37.pdf>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

⁵⁵ Supreme Court of The United States, *Cruzan v. Director, Missouri Dep’t of Health*, 497 U.S. 261 (1990), núm. 88-1503, diciembre de 1990 [en línea], <<https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

En EE. UU., se han establecido precedentes significativos de fraudes en la atención médica, que incluyen acusaciones de servicios innecesarios, sobornos y codificación errónea (facturación de servicios más caros que los prestados). El Departamento de Justicia (DOJ) ha llevado a cabo numerosas acciones legales relacionadas con fraudes en Medicare y Medicaid, así como con prácticas de marketing inadecuadas dentro del sistema de salud. Estas acciones reflejan el compromiso del gobierno por reducir el fraude en la atención médica y proteger los fondos públicos destinados a estos programas.

En 2023, la aplicación de la Ley de Reclamaciones Falsas (False Claims Act, FCA) continuó siendo una prioridad en la litigación relacionada con la atención médica. Esta ley, diseñada para combatir el fraude en las transacciones gubernamentales, ha sido un pilar en la lucha contra las prácticas fraudulentas en el ámbito de la salud. En particular, se destacaron casos que implicaban hospitales, proveedores de servicios de salud y compañías farmacéuticas que participaron en esquemas de sobornos, pagos ilegales por referidos y facturación excesiva.

Los acuerdos y sentencias en virtud de la Ley de Reclamaciones Falsas superaron los 2.680 millones de dólares en el año fiscal que finalizó el 30 de septiembre de 2023, el Fiscal General Asociado Interino, Benjamin C. Mizer, y Director de la División Civil, Adjunto Fiscal General, Brian M. Boynton, anunció hoy. El gobierno y los denunciantes fueron parte de 543 acuerdos y juicios, el mayor número de acuerdos y juicios en un solo año. Las recuperaciones desde 1986, cuando el Congreso fortaleció sustancialmente la Ley civil de Reclamaciones Falsas, ahora suman más de 75 mil millones de dólares.⁵⁶

[Igualmente, el Departamento de Justicia publicó:] Un aumento del 21% con respecto recuperaciones del año anterior. Como tal, el año fiscal 2023 fue otro año fuerte para la aplicación de la FCA y marcó el decimoquinto año consecutivo en el que las recuperaciones superaron los 2.000 millones de dólares. Este último año fiscal también se establecieron registros en varias áreas, incluido el mayor número de acuerdos y sentencias en la historia del DOJ y un número récord de demandas de investigación civil (CID) emitidas en relación con la investigación de las reclamaciones de la FCA, revelando una actividad de investigación de la FCA muy sólida en 2023, lo que podría indicar juicios y recuperaciones aún mayores de la FCA en los próximos años.⁵⁷

Finalmente es importante mencionar, el avance positivo que se tiene para el Sistema de Salud de los Estado Unidos de Norteamérica en su desarrollo económico y de vanguardia en el año 2023 y 2024. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), ha promovido una guía práctica que ayude a planificar la utilización de tecnología e inteligencia artificial para concentrar los detalles y recomendaciones que garanticen la tecnología en salud, por lo que se señala:

La guía define un DHT como un sistema que utiliza plataformas informáticas, conectividad, software y/o sensores, para la atención médica y usos relacionados. La guía describe recomendaciones destinadas a facilitar el uso de DHT en investigaciones clínicas, incluyendo lo que respecta a (1) selección de DHT que son adecuados para su uso en investigaciones clínicas, (2) información para incluir en aplicaciones regulatorias, (3) verificación y validación de DHT para su uso en investigaciones clínicas, (4)

⁵⁶ Traducido de U.S. Department of Justice, *Highest Number of Settlement and Judgements in History*, febrero de 2024 [en línea], <<https://www.justice.gov/opa/pr/false-claims-act-settlements-and-judgments-exceed-268-billion-fiscal-year-2023>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

⁵⁷ Traducido de Jaffe Bloom, Suzane, et. al., *Health Care Operations & Compliance, Professional Perspective - 2023 DOJ FCA Enforcement: Expectations for Future*, 2024 [en línea], <<https://www.bloomberglaw.com/external/document/X71HQ58000000/health-care-operations-compliance-professional-perspective-2023->>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

uso de DHT para recopilar datos para puntos finales de ensayo, (5) identificación y gestión de riesgos asociados con el uso de DHT durante investigaciones clínicas, y (6) retención y protección de los datos recopilados por DHT. Si bien si un DHT cumple con la definición de un dispositivo médico está fuera del alcance de la guía, algunas de las recomendaciones de la guía se aplican independientemente de si un DHT cumple con la definición de un dispositivo (por ejemplo, recomendaciones de verificación y validación).⁵⁸

Actualmente, la empresa de Elon Musk, Neuralink, ha desarrollado tecnología de interfaz cerebro-computadora (BCI) para tratar afecciones como la obesidad, el autismo, la depresión, esquizofrenia y la parálisis. Tecnología digital avanzada y en aspectos benéficos para la salud de la humanidad, sin embargo, los costos que pueda representar dichos diagnósticos deben ser al alcance económico de todas las personas, lo que hace presumir la existencia de programas gubernamentales de ayuda, para no tener desigualdades sociales.⁵⁹

⁵⁸ Traducido de Shuren, Allison *et al.*, “Virtual and Digital Health Digest”, en *Arnold & Porter*, 2024, [en línea], <<https://www.arnoldporter.com/en/perspectives/publications/2024/01/virtual-and-digital-health-digest#Regulatory%20Updates%20EU>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].

⁵⁹ Reuters, “Neuralink, de Elon Musk, inicia ensayo de implante cerebral en personas con parálisis”, en *El economista*, México, septiembre, 2023 [en línea], <<https://www.economista.com.mx/arteseideas/Neuralink-de-Elon-Musk-inicia-ensayo-de-implante-cerebral-en-personas-con-paralisis-20230919-0083.html>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].

EL ACCESO A LA SALUD EN LA TRADICION ANGLOSAJONA

SERIE CUADERNILLOS DIDÁCTICOS SOBRE LOS RETOS
AL DERECHO A LA SALUD-AGENDA 2030

NÚM. 1



CANADÁ

Mauricio Reyna Lara

IV. CANADÁ: SISTEMA DE SALUD UNIVERSAL MEDICARE

El sistema de salud canadiense se fundamenta en un modelo de pagador único, en el cual el gobierno financia la atención médica mediante impuestos. Sin embargo, los servicios son mayormente proporcionados por entidades privadas, como médicos y hospitales. Este modelo asegura que todos los ciudadanos tengan acceso equitativo a la atención sanitaria esencial, independiente de su capacidad económica.

Tal como se expresa en el preámbulo de la Ley General de Salud de Canadá, “el acceso continuo a una atención sanitaria de calidad sin barreras financieras o de otro tipo será fundamental para mantener y mejorar la salud y el bienestar de los canadienses”.⁶⁰ En resumen, aunque el sistema es financiado de manera pública, la provisión de los servicios se mantiene en el ámbito privado, lo que permite un balance entre acceso universal y la eficiencia de los servicios prestados por profesionales médicos privados.

A continuación, describiremos brevemente su estructura:

- **Atención universal:** Todos los ciudadanos y residentes permanentes de Canadá tienen acceso a atención médica gratuita en el punto de uso. Esto se fundamenta en el Artículo 10 Ley General de Salud de Canadá, que establece: “Para satisfacer el criterio de universalidad, el plan de seguro de atención médica de una provincia debe dar derecho al cien por ciento de las personas aseguradas de la provincia a los servicios de salud asegurados previstos por el plan en términos y condiciones uniformes.”⁶¹ Este enunciado asegura que todos los habitantes tengan igualdad de acceso a los servicios de salud, sin barreras ni discriminación.
- **Provisión privada de servicios:** Aunque el gobierno financia la mayor parte de la atención médica, los médicos y hospitales operan de manera privada o semiprivada. Esto significa que, si bien los pacientes no pagan directamente en el punto de uso, los proveedores de servicios de salud no son empleados del gobierno, sino que trabajan de manera independiente o en acuerdos semiprivados.
- **Cobertura complementaria:** A pesar de que el sistema universal cubre la mayoría de los servicios esenciales, algunos no están incluidos, como la atención dental y los medicamentos ambulatorios. Debido a esto, muchas personas optan por adquirir seguro privados complementarios para cubrir estos gastos. Este tipo de gasto adicional, conocido como gasto bolsillo, es una realidad para los canadienses que desean cubrir servicios no contemplados por el sistema universal.
- **Desafíos del sistema:** Canadá enfrenta desafíos similares a los del NHS del Reino Unido, tales como largos tiempos de espera para ciertos procedimientos y una creciente presión sobre el financiamiento público, dado que la demanda de atención de calidad aumenta. Además, la cobertura amplia de salud debe garantizar también los derechos sociales establecidos en el Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 11) de la Organización del Trabajo (OIT), un convenio que Canadá ha ratificado y que subraya la necesidad de un trato igualitario en todos los ámbitos, incluido el acceso a servicios de salud.⁶²

⁶⁰ Traducido de Justice Laws Website, *Canada Health (R.C.S. Act c. C-6)*, diciembre de 2017, <<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/page-1.html>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² International Labour Organization, *C111- Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111)*, 2024 [en línea], <https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312256>, [consulta: 28 de septiembre de 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

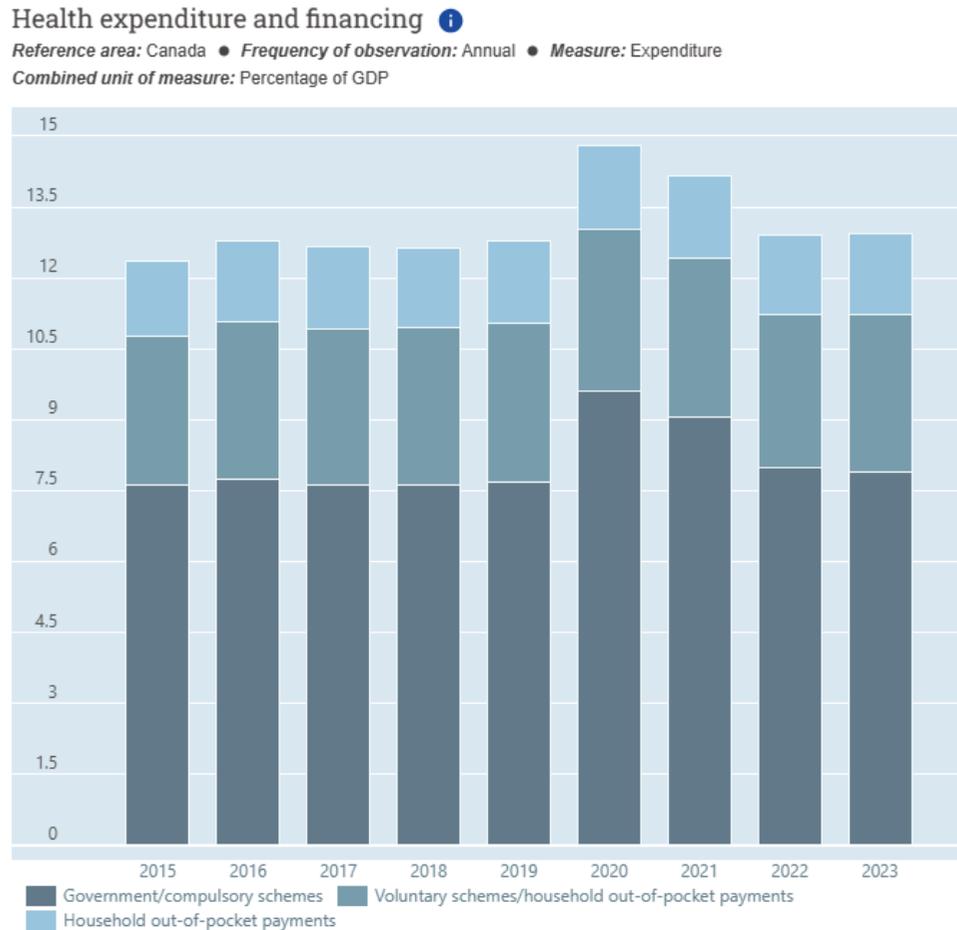


Figura 9. Gastos y financiación en la salud, OECD Data Explorer, <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

Estos aspectos reflejan tanto la fortaleza del sistema de salud canadiense como los desafíos que enfrenta para mantenerse sostenible y accesible.

En Canadá, aunque la Constitución no establece un derecho explícito a la salud, la Ley de Salud de Canadá (Canada Health Act), de 1985,⁶³ proporciona el marco para el sistema de salud pública financiado por el gobierno, conocido como Medicare. Esta ley garantiza el acceso universal a la atención médica, como se menciona en su preámbulo;

Los servicios de salud de Canadá, financiados con fondos públicos, constituyen un sistema dinámico durante los últimos cuarenta años se han hecho reformas y se continuarán haciendo para responder a los cambios en la medicina y en la sociedad. No obstante, los fundamentos básicos siguen siendo los mismos seguro médico universal para servicios de salud médicamente necesarios que se prestan en base a las necesidades y no en base a la posibilidad de pagar.⁶⁴

⁶³ Traducido de Justice Laws Website, *Canada Health Act R.C.S., 1985, c. C-6*, diciembre, 2012, <<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/page-1.html>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].

⁶⁴ Health Canada, *El Sistema de Salud de Canadá*, Canadá, 2005 [en línea], <https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/sc-hc/H21-261-2005-spa.pdf>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

La Ley de Salud de Canadá, establece cinco principios fundamentales:

- 1) Accesibilidad: Servicios disponibles sin barreras financieras.
- 2) Integralidad: Cobertura para todos los servicios médicamente necesarios.
- 3) Universalidad: Cobertura para todos los residentes de una provincia o territorio.
- 4) Portabilidad: Cobertura continúa si el residente se traslada a otra provincia o al extranjero por un periodo.
- 5) Administración pública: Los planes de seguro de salud son administrados por organismos públicos sin fines de lucro.

A pesar de no haber un derecho explícito a la salud en la Carta Canadiense de Derechos y Libertades, se ha argumentado que el derecho a la seguridad de la persona, consagrado en la Sección 7 de la Carta, puede proteger indirectamente el acceso a la atención médica. Este argumento ha sido invocado en varios casos judiciales, como el caso *Chaoulli vs. Quebec* (2005). En este caso, la Corte Suprema de Canadá dictaminó que la prohibición de seguros de salud privados en Quebec violaba el derecho a la seguridad de la persona, ya que los largos tiempos de espera en el sistema público representaban un riesgo para la salud y el bienestar de los pacientes.⁶⁵

Este fallo abrió un debate sobre la coexistencia del sistema de salud público y privado en Canadá, subrayando la necesidad de equilibrar la accesibilidad universal con la mejora de los tiempos de espera y la calidad del servicio en todo el país.

El sistema de salud de Canadá, conocido como Medicare, es un modelo público financiado principalmente por el gobierno y administrado a nivel provincial y territorial. Se rige por sus principios fundamentales, lo que garantiza que todos los residentes tengan acceso a servicios de salud esenciales sin tener que pagar directamente en el momento de uso.⁶⁶ Aunque el gobierno federal provee gran parte de los fondos, cada provincia y territorio es responsable de la administración y organización de los servicios de salud dentro de sus propias jurisdicciones.

Este sistema está financiado a través de impuestos, siendo accesible para la población, con poco gasto de bolsillo (GDB). Uno de los beneficios más destacados es que, a pesar de los desafíos financieros y los tiempos de espera, el sistema es considerablemente menos costoso en comparación con otros países, como Estados Unidos. Por ejemplo, Canadá gasta aproximadamente el 10.8% de su PIB en salud, una cifra notablemente inferior al 16.9% que gasta Estados Unidos.

A pesar de los desafíos, como los tiempos de espera para algunos procedimientos, el sistema canadiense produce resultados sólidos en salud. Canadá cuenta con una alta esperanza de vida y una baja tasa de mortalidad infantil, en comparación con otros países de ingresos altos. Además, el sistema es ampliamente valorado por los ciudadanos, quienes confían en que sus necesidades de salud serán cubiertas sin importar su situación económica.

⁶⁵ Traducido de Supreme Court Judgments, *Chaoulli v. Quebec (Attorney General)*, [2005] 1 SCR 791, junio de 2005 [en línea], <<https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/2237/index.do>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].

⁶⁶ Gouvernement Of Canada, en *Health System and Services*, 2024 [en línea], <<https://www.canada.ca/en/services/health/health-system-services.html>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

Canadá también se ha comprometido a apoyar la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible. “La contribución nacional de Salud Canadá a través de políticas, programas e iniciativas en curso impulsó cinco [Objetivos del Desarrollo Sostenible] (ODS): buena salud y bienestar (3); agua limpia y saneamiento (6); ciudades y comunidades sostenibles (11); consumo y producción responsables (12); y acción climática (13).”⁶⁷

En 2024, la esperanza de vida en Canadá es de 83,11 años, lo que representa un aumento del 0,18% respecto a 2023.⁶⁸ Aunque el sistema de salud canadiense cubre la mayoría de los servicios médicos esenciales, la cobertura de medicamentos varía según la provincia o territorio. La mayoría de los canadienses obtienen cobertura para medicamentos a través de seguros privados, aunque existen programas públicos que apoyan a personas de bajos ingresos y adultos mayores.

El Instituto Canadiense de Información sobre la Salud (CIHI), desempeña un papel clave en evaluar las necesidades de salud del país, generando información estadística que permite crear planes estratégicos para el periodo 2022-2027. Según el CIHI, aproximadamente el 70% de los canadienses cuentan con algún tipo de seguro privado o público para la cobertura de medicamentos. Aun así, existe un debate sobre la implementación de un sistema nacional de cobertura universal de fármacos que buscaría llenar las brechas actuales de cobertura.

El CIHI ha identificado diversas prioridades estratégicas en la atención sanitaria, entre ellas:

- Niños y jóvenes
- Atención comunitaria y primaria
- Equidad
- Primeras Naciones, pueblos *inuit* y *métis*
- Vínculos entre sistemas de salud y salud pública
- Personal sanitario
- Salud mental y consumo de sustancias
- Personas mayores y envejecimiento
- Atención virtual

Entre los desafíos actuales de acceso a la salud, se encuentra la necesidad de realizar ensayos clínicos que evalúen el tratamiento de problemas como el VIH, la hepatitis C, la tuberculosis, el tabaquismo, y la depresión, entre otros. Como se menciona, “El costo total de la realización de estos ensayos probablemente sería modesto si se considera la carga de enfermedades, el costo de la atención y los posibles beneficios de mejorar la atención.”⁶⁹

Este análisis del sistema de salud canadiense destaca su enfoque en el acceso universal a la atención médica, mientras que también enfrenta desafíos, como los largos tiempos de espera y la necesidad de reformas en áreas específicas como la cobertura de medicamentos y la integración de tecnologías digitales en comunidades alejadas.

⁶⁷ Government Of Canada, en *Health Canada 2022-2023 Departmental Results Report*, 2024 [en línea], <<https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/corporate-management-reporting/departmental-performance-reports/2022-2023-departmental-results-report.html>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

⁶⁸ Macrotrends, *Canada Life Expectancy 1950-2024*, 2024 [en línea], <<https://www.macrotrends.net/global-metrics/countries/CAN/canada/life-expectancy>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].

⁶⁹ Traducido de Persaud, Nav, *et al.*, “Preventive care recommendations to promote health equity”, en *Canadian Medical Association Journal*, vol. 195, núm. 37, Canadá, 2023 [en línea], <<https://doi.org/10.1503/cmaj.230237>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

Uno de los casos más significativos en cuanto a los derechos de salud progresistas en Canadá es el de *Carter vs. Canadá* (2015), que abordó el tema de la muerte asistida. Este fallo supuso un cambio crucial en la legislación sobre la muerte digna. En su fallo, la Corte Suprema de Canadá determinó que las disposiciones del Código Penal específicamente los artículos 241(b) y 14, violaban el artículo 7 de la Carta Canadiense de Derechos y Libertades, que protege el derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona. La Corte señaló:

[147] Se admite la apelación. Emitiríamos la siguiente declaración, la cual queda suspendida por 12 meses: Artículos 241(b) y 14 del Código Penal infringen injustificadamente el art. 7 de la Carta y no tienen fuerza ni efecto en la medida en que prohíben la muerte asistida por un médico para una persona adulta competente que (1) consienta claramente en la terminación de la vida y (2) tenga una condición médica grave e irremediable (incluyendo una enfermedad, dolencia o discapacidad) que causa un sufrimiento duradero que es intolerable para el individuo en las circunstancias de su condición.

[148] Los costos especiales sobre la base de una indemnización total se conceden a Canadá durante todo el proceso. El Fiscal General de Columbia Británica asumirá la responsabilidad del 10 por ciento de los costos del juicio sobre la base de una indemnización total y pagará los costos asociados con su presencia en los niveles de apelación sobre una base de parte a parte.⁷⁰

Este caso estableció un precedente en cuanto a los derechos de los pacientes a tomar decisiones sobre su muerte, reconociendo la muerte asistida como un derecho para quienes enfrentan condiciones médicas insostenibles y debilitantes.⁷¹

El caso *Chaoulli vs. Quebec* (2005) es uno de los más relevantes en el debate sobre el acceso a seguros de salud privados en Canadá. En este fallo, la Corte Suprema de Canadá determinó que la prohibición de contratar seguros privados para servicios cubiertos por el sistema de salud público de Quebec, violaba la Carta de Derechos y Libertades de Quebec. Este caso abrió la puerta a discusiones sobre la interacción entre el sistema público de salud y el acceso a la atención privada, y puso en tela de juicio las restricciones impuestas por el gobierno provincial para evitar la duplicación de servicios de salud en el sector privado

En concreto, la Corte consideró que, al prohibir la contratación de seguros privados para ciertos servicios que ya estaban cubiertos por el sistema público, se estaba vulnerando el derecho de los ciudadanos a la seguridad de la persona. En su fallo, se citó que esta prohibición condicionaba la omisión de ciertos servicios, lo que, en última instancia, justificaba la necesidad de acudir al seguro privado para obtener atención médica, afectando a aquellos que necesitaban asistencia más inmediata o especializada.

El fallo incluye la interpretación clave sobre las Leyes de Seguro Médico y Seguro Hospitalario de Quebec: “Ninguna persona celebrará o renovará un contrato de seguro ni realizará un pago en virtud de un contrato de seguro en virtud del cual se proporcione un servicio asegurado o en virtud del cual todo o parte del costo de dicho servicio se pague a un residente [...]”.⁷²

Esta restricción se enfocaba en evitar la duplicación de servicios asegurados, pero la Corte concluyó

⁷⁰ Traducido de Supreme Court Of Canada, *Carter v. Canada (Attorney General)*, [2015] 1 SCR 331, febrero de 2015 [en línea], <<https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do?r=AAAAAQAPY2FydGVyIHVYy2FuYWVhAQ>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].

⁷¹ Vjosa, Isai, “La muerte asistida podría ser una realidad para personas con trastornos mentales en Canadá”, en *The New York Times*, Toronto, 2024 [en línea], <<https://www.nytimes.com/es/2024/01/02/espanol/muerte-asistida-canada.html>>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].

⁷² Traducido de Supreme Court Judgement, *Chaoulli v. Quebec*, *op. cit.*

— Mauricio Reyna Lara —

que dichas limitaciones podían afectar negativamente el acceso oportuno a la atención, especialmente para aquellos que, en ausencia de opciones privadas, debían esperar dentro del sistema público.

En Canadá, los tribunales han establecido un enfoque que pone el consentimiento informado al paciente como un pilar fundamental en los casos de negligencia médica, como se evidenció en el caso *Dickson vs. Pinder*. En este caso, los tribunales subrayaron la obligación de los médicos de proporcionar a los pacientes toda la información relevante sobre su diagnóstico y las alternativas de tratamiento razonables. Este principio está diseñado para asegurar que los pacientes puedan tomar decisiones informadas sobre su salud y comprender plenamente las opciones y riesgos asociados.

En el caso mencionado, la demandante alegó que había sufrido un derrame cerebral tras someterse a una Terapia de Manipulación Espinal (SMT) realizada por un quiropráctico, sin haber sido informada adecuadamente sobre los riesgos o las alternativas razonables. Aunque el tribunal reconoció que no se proporcionó el consentimiento informado, determinó que no había una relación causal entre la falta de información y el daño sufrido. La corte sostuvo que la demandante habría consentido el tratamiento incluso si hubiera sido plenamente informada.⁷³

[...] el consentimiento informado (CI) se convierte en una herramienta de mediación entre los intereses de investigadores, financiadores e individuos incluidos en la investigación científica. El CI es, adicionalmente, una excelente forma de ejercitar y aplicar principios éticos tan genuinamente humanos y universales. También conocido como consentimiento libre y esclarecido, consentimiento bajo información o consentimiento educado, el CI permite garantizar la autonomía, la autodeterminación y el respeto a los individuos involucrados en el proceso de investigación científica o que reciben atención médica.⁷⁴

El CI refuerza la seguridad del paciente, ya que garantiza que los médicos deben informar sobre todas las alternativas viables de tratamiento, un enfoque más estricto que en el Reino Unido, donde el enfoque del consentimiento informado puede diferir en algunos aspectos.

La sentencia final desestimó el caso debido a la falta de evidencia de negligencia o una relación causal clara entre el tratamiento y el accidente cerebrovascular. No obstante, el caso *Dickson vs. Pinder* sigue siendo un referente en la jurisprudencia canadiense sobre el derecho de los pacientes a recibir información completa sobre su tratamiento.

Este principio legal refuerza la importancia de que los médicos no solo informen sobre los procedimientos recomendados, sino también sobre cualquier otra opción razonable que pudiera ser de interés para el paciente, alineándose con el derecho a la seguridad del paciente y su autonomía.

⁷³ Vjosa, Isai, *La muerte asistida podría ser una realidad para personas con trastornos mentales en Canadá*, *op. cit.*

⁷⁴ Cañete Roberto, Guilhem Dirce, Brito Katia, “Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales”, en *Acta bioeth 2012*, vol. 18, núm. 1, 2012 [en línea], <<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2012000100011>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

EL ACCESO A LA SALUD EN LA TRADICION ANGLOSAJONA

SERIE CUADERNILLOS DIDÁCTICOS SOBRE LOS RETOS
AL DERECHO A LA SALUD-AGENDA 2030

NÚM. 1



AUSTRALIA

Mauricio Reyna Lara

— Mauricio Reyna Lara —

V. AUSTRALIA: SISTEMA DE SALUD MIXTO

Australia cuenta con un sistema de salud mixto que combina la atención médica universal financiada por el gobierno con seguros privados voluntarios. El núcleo de este sistema es Medicare, un programa público que cubre la mayoría de los servicios de salud esenciales, como la atención hospitalaria pública, consultas médicas y ciertos medicamentos. Medicare asegura el acceso gratuito a los hospitales públicos y subsidia una amplia gama de servicios médicos. Sin embargo, aproximadamente el 50% de los australianos complementan su cobertura con seguros privados, los cuales permiten acceder a hospitales privados y a servicios que no están cubiertos por el programa público.

El gobierno australiano incentiva la adquisición de estos seguros privados mediante subsidios y exenciones fiscales, buscando aliviar la carga sobre el sistema público y fomentar la participación del sector privado. Esto a su vez, ayuda a mantener un equilibrio entre la atención pública y privada. Sin embargo, el sistema enfrenta desafíos, especialmente en cuanto a evitar desigualdades en el acceso a la atención, dado que algunos ciudadanos pueden obtener tratamientos más rápidos en el sector privado.

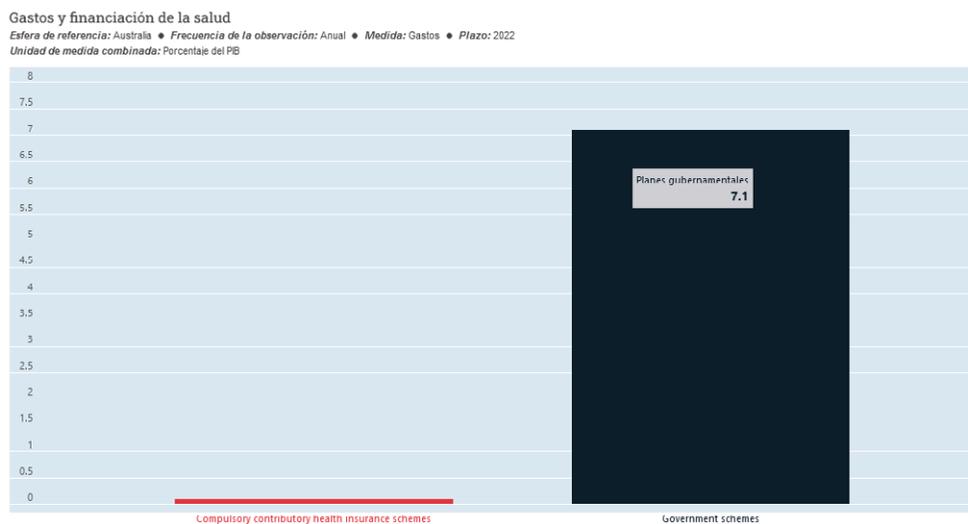


Figura 10. Gastos y financiación de la salud, OECD Data Explorer, <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>

En el financiamiento de Australia predomina la inversión del gobierno sobre lo que destina cada trabajador para cubrir su seguro médico.

En cuanto al marco legal, la Ley de Salud Nacional de 1953⁷⁵, junto con otras normativas posteriores, establecen la base jurídica del sistema Medicare.

Aunque no existe un derecho constitucional explícito a la salud, estas leyes garantizan que todos los ciudadanos y residentes permanentes tengan acceso a la atención sanitaria esencial. El sistema busca combinar la equidad en el acceso a los servicios de salud, con la flexibilidad de permitir una mayor participación del sector privado.

El sistema Medicare en Australia se fundamenta en varios marcos jurídicos clave que garantizan su administración, financiamiento, y acceso universal a servicios médicos básicos. Este sistema de salud es

⁷⁵ Para más información visitar el sitio oficial, <https://www-legislation-gov-au.translate.goog/C1953A00095/asmade/downloads?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=sge&_x_tr_hist=true>

— Mauricio Reyna Lara —

financiado y regulado principalmente por el gobierno federal, con una colaboración entre el gobierno central y los estados para gestionar diferentes niveles de atención. Los principios de Medicare se basan en legislación específica que define los derechos de los ciudadanos a la atención de salud, su cobertura y portabilidad. A continuación, se detallan las principales bases jurídicas:

Health Insurance Act 1973

Esta ley estableció formalmente Medicare y sienta las bases para su financiamiento y administración. La ley detalla los beneficios de salud disponibles para todos los ciudadanos y residentes permanentes, incluyendo atención médica gratuita en hospitales públicos y consultas con médicos generales y especialistas. Además, el Health Insurance Act regula los honorarios y servicios médicos, proporcionando un marco legal para el reembolso de los gastos médicos por parte del gobierno australiano.⁷⁶

Medicare Levy Act 1986

La Medicare Levy Act estipula el mecanismo de financiamiento del sistema Medicare mediante un impuesto específico, conocido como “Medicare Levy”. Este impuesto se calcula en función de los ingresos de los ciudadanos, con algunas exenciones para quienes tienen bajos ingresos o enfrentan dificultades económicas. La ley establece el porcentaje del impuesto y las reglas para su recaudación, permitiendo al gobierno federal sostener el financiamiento de Medicare.⁷⁷

National Health Act 1953

Aunque es anterior a Medicare, esta ley complementa su funcionamiento, regulando los beneficios farmacéuticos y ciertos aspectos de los seguros médicos privados en Australia. Establece el esquema de beneficios farmacéuticos (Pharmaceutical Benefits Scheme, PBS) que permite el acceso a medicamentos esenciales a precios subsidiados, un componente crucial para el acceso a medicamentos necesarios para la población.⁷⁸

Medicare Principles and Commitments

La legislación australiana establece principios de accesibilidad, universalidad, integralidad y equidad, que guían el funcionamiento de Medicare en el país. Estos principios se aplican a través de diversas políticas federales, regulaciones y acuerdos entre los estados y el gobierno central, garantizando que todos los ciudadanos y residentes permanentes tengan acceso a servicios médicos esenciales sin barreras económicas.⁷⁹

Commonwealth-State Health Agreements

Estos acuerdos son marcos jurídicos que formalizan la colaboración entre el gobierno federal y los gobiernos estatales en la financiación y provisión de servicios de salud. A través de estos acuerdos, los estados reciben fondos del gobierno federal para gestionar los hospitales públicos y otros servicios de

⁷⁶ Federal Register of Legislation (FRL), *Health Insurance Act 1973*, octubre de 2024, <<https://www.legislation.gov.au/C2004A00101/latest/text>>, [consulta: 29 de octubre, 2024].

⁷⁷ FRL. *Medicare Levy Act 1986*, <<https://www.legislation.gov.au/C2004A03351/latest/text>>, [consulta: 29 de octubre, 2024].

⁷⁸ FRL, *National Health Act 1953*, octubre de 2024, <<https://www.legislation.gov.au/C1953A00095/latest/text>>, [consulta: 29 de octubre, 2024].

⁷⁹ Duckett, Stephen y Willcox, Sharon, *The Australian Health Care System*, Inglaterra, Oxford University Press, 2015.

— Mauricio Reyna Lara —

salud. Estos acuerdos permiten la descentralización y personalización de la atención médica según las necesidades locales, preservando la accesibilidad y calidad en todo el país.⁸⁰

A pesar de su solidez, Australia enfrenta desafíos como los tiempos de espera en el sistema público y las presiones financieras para garantizar una atención equitativa y de calidad en ambos sectores. La Ley de Seguro de Salud Privado, de 2007, regula los seguros de salud privados, incentivando su uso junto con el sistema público. Las controversias sobre el acceso a la atención se resuelven en el sistema judicial administrativo, pero el derecho a la salud no está constitucionalmente protegido.⁸¹

Originando los principios fundamentales en materia de salud:

- 1) Accesibilidad: Australia tiene un sistema de salud público (Medicare) que garantiza el acceso a la atención médica básica sin costos directos para los residentes, además de opciones privadas para quienes deseen cobertura adicional.
- 2) Integralidad: Medicare cubre una variedad de servicios médicamente necesarios, incluyendo consultas médicas, atención hospitalaria en hospitales públicos y algunos medicamentos. La atención dental y algunos servicios de salud mental pueden estar cubiertos en parte o no estar cubiertos, dependiendo del plan o nivel de atención.
- 3) Universalidad: Medicare ofrece cobertura para todos los ciudadanos australianos y residentes permanentes, garantizando acceso universal a servicios de salud esenciales sin pagos en el punto de uso.
- 4) Portabilidad: Los residentes australianos conservan su cobertura al mudarse temporalmente dentro del país y, en algunos casos, al viajar al extranjero gracias a acuerdos de reciprocidad con varios países, aunque las condiciones y coberturas pueden variar.
- 5) Administración pública: Medicare es administrado por el gobierno australiano y financiado a través de impuestos, principalmente mediante un impuesto específico de salud. Existe una colaboración entre el sistema público y privado, donde la administración pública cubre servicios básicos, y las aseguradoras privadas proporcionan servicios complementarios.

Uno de los objetivos principales del sistema de salud australiano es garantizar que las personas, independientemente de su situación económica o ubicación geográfica; tengan acceso a servicios médicos esenciales; reducir la brecha de las desigualdades sociales, económicas, raciales y/o ideológicas. Para las comunidades rurales y los pueblos indígenas australianos (aborígenes), se han desarrollado programas especializados que buscan reducir las disparidades en el acceso a la atención sanitaria. Un estudio publicado por *The Lancet*, en 2022, destaca que, la discriminación o exclusión social permanente puede ser la causa de presentar diagnósticos sobre enfermedades crónicas.

También se necesitan cambios estructurales y acciones multisectoriales para abordar las disparidades raciales en salud. El progreso debe basarse en cómo se ha desarrollado el campo desde los días en que toda la conversación era sobre la atención médica. Ahora, dice Williams, estamos hablando de los

⁸⁰ Biggs, Amanda y Cook, Lauren, *Health in Australia: a quick guide*, Canberra, Parliamentary Library Research Publications, 2021.

⁸¹ Federal Register of Legislation (FRL), *National Health Amendment (Supporting Patient Access to Cheaper Medicines and Other Measures)*, julio de 2024, <<https://www.legislation.gov.au/C2024A00073/latest/text>>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

factores fuera del sistema de atención médica, dónde vives, aprendes, trabajas y juegas, y las oportunidades de estar sanos en nuestros hogares, nuestros vecindarios o lugares de trabajo, nuestras escuelas. Estos son los impulsores de la salud.⁸²

Uno de los principales desafíos para el sistema de salud australiano es el envejecimiento de su población, lo que trae consigo un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas. Esto genera tanto retos financieros como logísticos, ya que el sistema debe ajustarse para manejar una mayor demanda de servicios de salud a largo plazo, incluyendo atención geriátrica y cuidado paliativos.

En cuanto al gasto en salud, en 2022, el gasto público en sanidad en Australia aumentó 5.125.926.365 millones de euros, lo que representa un incremento del 23,39%, alcanzando un total de 120.169.496.274,8 millones de euros. Esto equivale al 19,32% del gasto público total del país. A nivel de producto interno bruto (PIB), la inversión en sanidad en 2022 fue de 7,12%, reflejando una disminución de 0,65 puntos en comparación con 2021, cuando representaba el 7,77% del PIB.⁸³

El envejecimiento de la población, junto con el aumento en enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y demencias, coloca una creciente presión sobre el sistema. El reto es encontrar un equilibrio entre financiar estos cuidados a largo plazo y seguir asegurando la calidad de atención para el resto de la población, al tiempo que se contienen los costos públicos.

Respecto a la calidad de atención y resultados de salud se ha dado la continuidad de publicar por el Instituto Australiano de Salud y Bienestar, consecutivamente un documento de tipo informe, siendo el numerario decimonoveno del año 2024, en el que se estima, que el gasto en años pasados ha alcanzado: “Se gastaron 241.300 millones de dólares en salud en 2021-22, alrededor de 9.365 dólares por persona.”⁸⁴

El gasto público en salud y la esperanza de vida están intrínsecamente ligados, ya que ambos son indicadores clave para evaluar el acceso a la atención sanitaria preventiva, curativa y de rehabilitación. Aunque estos factores involucran aspectos multifactoriales, es posible observar cómo reflejan el estado de salud de la población.

En Australia, “los australianos viven ahora más tiempo que nunca”, con una esperanza de vida al nacer de 81,3 años para los hombres y 85,1 años para las mujeres nacidas en 2023, de acuerdo a Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Además, los australianos disfrutan de más años en buena salud, una medida conocida como esperanza de vida saludable (HALE). Entre 2003 y 2023, los hombres ganaron 3,2 años en esperanza de vida y 2,2 años en HALE, mientras que las mujeres ganaron 2,1 años en esperanza de vida y 0,8 años en HALE. Sin embargo, a pesar de estas mejoras, el tiempo dedicado a vivir con enfermedades también ha aumentado. Los hombres ahora pasan, en promedio, 1 año más y las mujeres 1,3 años más con alguna afección. Este cambio refleja un pequeño ajuste en la proporción de vida vivida en plena salud en comparación con décadas anteriores⁸⁵.

⁸² Traducido de Prasad, Aarathi, “David Williams: finding solutions for racial inequities in health”, en *The Lancet*, vol. 400, núm. 10365, 2022 [en línea], <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)02309-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)02309-1/abstract)>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].

⁸³ Expansión, “Australia-Gasto público Salud”, en *Expansión* s.f., <<https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/australia#:~:text=Esta%20cifra%20supone%20que%20el,sanidad%2C%20en%20el%20puesto%209>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

⁸⁴ Australian Institute of Health And Welfare (AIHW), “19th biennial health report”, en *Australia’s health 2024: in brief*, julio, 2024 [en línea], <<https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/australias-health-2024-in-brief/summary>>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].

⁸⁵ *Idem*.

— Mauricio Reyna Lara —

Esto subraya los desafíos que enfrenta el sistema sanitario australiano, ya que, si bien la población vive más años y en mejores condiciones de salud, el tiempo que las personas pasan con enfermedades también ha crecido, lo que exige una atención continua a la prevención y al tratamiento de enfermedades crónicas.

Esta combinación de datos resalta la importancia del gasto público en salud, no solo como un factor de longevidad, sino también para garantizar la calidad de vida en esos años adicionales.

Australia se destaca a nivel mundial por los resultados de su sistema de salud, gracias a su enfoque en la atención universal y el desempeño sostenido de sus servicios sanitarios. Un componente clave de este éxito es;

El Marco de Desempeño de Salud de Australia (AHPF, por sus siglas en inglés) es una herramienta para informar sobre la salud de los australianos, el desempeño de la atención de salud en Australia y el sistema de salud australiano. Los indicadores dentro del marco pueden desagregarse y analizarse a través de grupos de población seleccionados, lo que proporciona una rica fuente de información a nivel nacional, estatal, territorial y local (cuando hay datos disponibles).⁸⁶

Se destaca por tener una alta esperanza de vida y bajos índices de mortalidad infantil en comparación con otros países desarrollados, lo que refleja la fortaleza de su sistema de salud. La calidad de la atención hospitalaria y primaria es generalmente elevada, con un enfoque en garantizar que todos los ciudadanos tengan acceso a servicios esenciales.

El sistema australiano se caracteriza por su capacidad para adaptarse rápidamente a las innovaciones tecnológicas y avances en tratamientos médicos. Esto asegura que los pacientes reciban cuidados actualizados y basados en la evidencia más reciente. Además, el país se ha mantenido a la vanguardia en la incorporación de tecnologías digitales en la atención médica, lo que mejora tanto la eficiencia como los resultados de salud a largo plazo.

Este modelo equilibrado entre atención pública y privada, sumando a la inversión en infraestructuras de salud y capacitación del personal sanitario, ha permitido a Australia sostener su calidad de vida a niveles elevados y continuar mejorando en indicadores de salud pública.

El sistema de salud de Australia suele considerarse de un rendimiento relativamente alto en comparación con otros países [...]. Sin embargo, en cualquier sistema de atención sanitaria existen desafíos constantes y áreas de mejora, así como la necesidad de supervisar diferentes aspectos de la prestación y los resultados de la atención. Garantizar la seguridad y la calidad de la atención sanitaria en Australia es una responsabilidad compartida de varios organismos, grupos profesionales y organismos reguladores y es un tema importante de las políticas gubernamentales y del debate comunitario. Algunos de los organismos clave que desempeñan un papel incluyen:

Comisión Australiana de Seguridad y Calidad de la Atención Sanitaria (ASQHC): que proporciona liderazgo para mejorar la seguridad y la calidad de la atención de salud a nivel nacional, incluso mediante el desarrollo de atención clínica y estándares de calidad y la supervisión de esquemas modelo de acreditación nacional para servicios de atención de salud.

⁸⁶ Traducido de AIHW, en *Health system: Accessibility*, 2024 [en línea], <<https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance/australias-health-performance-framework>>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

- Agencia Australiana de Regulación de los Profesionales de la Salud: que administra el sistema nacional de registro de profesionales de la salud.
- Administración de productos terapéuticos: que regula aspectos del suministro, la fabricación y la publicidad de bienes utilizados en la atención sanitaria, como medicamentos de prescripción, vacunas, dispositivos médicos y productos sanguíneos.

Otros organismos que desempeñan un papel incluyen:

- equipos especializados en estados y territorios y en servicios de salud individuales que trabajan para supervisar y mejorar la seguridad y la calidad de la atención que se brinda en todo el sistema o en su organización,
- diversas agencias involucradas en la acreditación de servicios de salud, y
- Autoridad independiente de fijación de precios de la atención sanitaria y de la tercera edad- El sitio externo se abre en una nueva ventana, que tiene como objetivo garantizar la eficiencia de los servicios hospitalarios públicos, asegurando al mismo tiempo la seguridad y la calidad de la atención prestada.⁸⁷

Australia ha sido líder en la adopción de tecnologías de salud digital y el impulso de la telemedicina, herramientas que se expandieron significativamente durante la pandemia de COVID-19. Innovaciones como las recetas electrónicas, los historiales médicos electrónicos, y las teleconsultas han permitido mejorar el acceso a la atención médica, especialmente en zonas rurales, donde las barreras geográficas dificultaban la asistencia presencial. Estas soluciones digitales han ayudado a cerrar la brecha de acceso a servicios de salud, facilitando que más australianos reciban atención de calidad sin importar su ubicación.

El programa My Health Record se destaca como una iniciativa clave dentro del sistema de salud digital. Este registro permite a los pacientes y a sus proveedores de atención médica autorizados acceder de forma segura a la información sanitaria, lo que proporciona una visión más completa y actualizada de su estado de salud. Además, en situaciones de emergencia, este sistema puede ser fundamental para ofrecer un tratamiento rápido y preciso.

- Entre los desarrollos recientes en salud digital en Australia destacan:
- Prescripción electrónica: opción para emitir recetas de manera digital en lugar del tradicional papel.
- Medicare en línea: portal que facilita el acceso a declaraciones de salud, reclamaciones, y actualizaciones de información sanitaria.
- Mensajería segura entre profesionales de la salud para el intercambio de datos clínicos de forma cifrada.
- My Health Record: registro de salud digital que ofrece una visión integral del estado de salud de los pacientes.

⁸⁷ Traducido de AIHW, en *Health care safety and quality*, 2024 [en línea], <<https://www.aihw.gov.au/reports/health-care-quality-performance/health-care-safety-and-quality>>, [consulta:29 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

Estas innovaciones están respaldadas por la Agencia Australiana de Salud Digital, que supervisa los avances tecnológicos en el sector salud. El crecimiento de la infraestructura digital ha sido clave no solo en la atención a nivel nacional, sino también como parte de los compromisos internacionales que Australia podría desarrollar con el Convenio sobre Inteligencia Artificial en 2024, marcando su participación en el ámbito de la salud tecnológica a nivel global.⁸⁸

A pesar de los éxitos del sistema de salud australiano, enfrenta varios desafíos significativos. Uno de ellos es el tiempo de espera para procedimientos no urgentes en el sistema público y la falta de recursos en algunos hospitales, especialmente en áreas rurales. Aunque el acceso a la atención primaria es eficiente, las listas de espera para ciertos procedimientos electivos y consultas con especialistas pueden ser largas, lo que afecta la calidad de la atención.

El envejecimiento de la población es otro reto importante para el sistema de salud australiano, lo que ha incrementado la presión sobre el gasto público.⁸⁹ El sistema de salud australiano ha puesto un enfoque especial en proteger a las personas mayores de 60 años, garantizando su acceso a cuidados de alta calidad.

El caso *Commonwealth vs. ACT* (2013), en Australia, que, aunque no estaba directamente relacionado con temas de salud, tuvo importantes repercusiones en los derechos sanitarios de las parejas del mismo sexo. En este caso, centrado en la legalización del matrimonio igualitario, ayudó a reconocer derechos derivados de la relación y la atención médica, especialmente en lo que respecta a los derechos reproductivos, la adopción y el acceso a la salud. En este contexto,

El Tribunal Superior de Australia ha sostenido que una ley que reconoce el matrimonio entre personas del mismo sexo en el Territorio de la Capital Australiana (ACT) era inconsistente con la legislación del Commonwealth y, por lo tanto, era inválida. El Tribunal Superior también declaró por unanimidad que la Commonwealth tiene el poder de legislar con respecto a la igualdad matrimonial de conformidad con el artículo 51(xxi) de la Constitución (el poder matrimonial).⁹⁰

Este fallo resaltó la importancia de una legislación unificada sobre el matrimonio y su impacto en otros aspectos de la vida, incluidos los derechos de salud.

Es importante señalar que el Tribunal Superior no descartó expresamente la posibilidad de que los estados o territorios legislaran sobre el matrimonio entre personas del mismo sexo. Lo que determinó fue la cobertura a nivel nacional no era competencia del ACT, dejando la opción de reconocer dichos derechos a nivel local, dentro de la jurisdicción legislativa de cada entidad. El Tribunal se enfocó en los defectos específicos de la Ley ACT, particularmente en que dicha ley no distinguía adecuadamente el estatus conferido a las relaciones entre personas del mismo sexo en comparación con el tratado en la Ley de Matrimonio a nivel federal. Esto deja abierta la posibilidad de que otros estados y territorios promuevan con éxito su propia legislación sobre igualdad matrimonial para el reconocimiento de derechos.

⁸⁸ AIHW, en *Digital Health*, julio, 2024 [en línea], <<https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/digital-health>>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].

⁸⁹ Australian Government Productivity Commission, *Health and Ageing*, 2024 [en línea], <<https://www.pc.gov.au/about/our-work-streams/health-ageing>>, [consultado: 29 de septiembre, 2024].

⁹⁰ Human Rights Law Centre, *High Court of Australia recognises constitutional power to legislate with respect to same-sex marriage*, 2013 [en línea], <<https://www.hrlc.org.au/human-rights-case-summaries/high-court-of-australia-recognises-constitutional-power-to-legislate-with-respect-to-same-sex-marriage>>, [consulta: 30 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

Por otro lado, en cuando a la regulación de la eutanasia en Australia, un caso clave fue el de Airedale NHS Trust vs. Bland (1993), originado en el Reino Unido, pero con implicaciones en Australia. Este caso se refería a un paciente en estado vegetativo persistente, y la Corte permitió la retirada del soporte vital con el consentimiento de la familia, influyendo así en el debate sobre la eutanasia y los derechos al final de la vida. En palabras del tribunal,

Anthony Bland cumplió 21 años el 21 de septiembre de 1992, pero durante los últimos tres años y medio ha ignorado por completo el mundo que le rodea. Como entusiasta seguidor del Liverpool Football Club, estuvo en el campo de fútbol de Hillsborough el 15 de abril de 1989. Tenía entonces 17 años y medio. Fue una de las víctimas del desastre. Sufrió una grave lesión por aplastamiento en el pecho que provocó un daño cerebral hipóxico. Su estado se deterioró rápidamente y, a pesar de los intensos y heroicos esfuerzos de los médicos y enfermeras, desde entonces permanece en un estado de total inconsciencia. Esto es conocido por la profesión médica como un estado vegetativo persistente. Aunque su tronco encefálico está intacto, sufrió daños irreparables en la corteza. Todas las funciones superiores del cerebro de Anthony Bland han sido destruidas. No hay esperanza alguna de recuperación o mejora de ningún tipo. Ésta es la opinión unánime de todos los distinguidos médicos que han examinado a Anthony Bland.⁹¹

Este caso fue crucial al plantear la cuestión de los derechos de los pacientes en situaciones críticas y sentó precedentes sobre la eutanasia y la intervención médica al final de la vida, no solo en el Reino Unido, sino también en Australia.

Este análisis destaca la efectividad del sistema de salud australiano, que equilibra la cobertura universal Medicare con opciones de seguros privados. Las fortalezas de este sistema se reflejan en la alta calidad de atención hospitalaria y primaria, así como en la implementación avanzada de tecnologías de salud digital, como la prescripción electrónica y los historiales médicos digitales. Estos avances tecnológicos han sido esenciales para mejorar el acceso, especialmente en zonas rurales y durante emergencias como la pandemia de COVID-19.

Sin embargo, también existen desafíos importantes. Entre ellos, los tiempos de espera para procedimientos no urgentes en el sistema público y la falta de equidad en el acceso a medicamentos más asequibles para los pacientes son preocupaciones clave. La reciente aprobación de la Ley de enmienda nacional de salud (apoyo al acceso de los pacientes a medicamentos más baratos y otras medidas) de 2024 representa un esfuerzo legislativo para abordar este último desafío, facilitando que los pacientes accedan a medicamentos económicos.⁹²

Cada uno de estos precedentes, tanto legislativos como tecnológicos, ha tenido un impacto significativo en los sistemas anglosajones, estableciendo principios clave sobre el acceso a la salud, los pacientes y la ética médica en la práctica diaria.

⁹¹ Traducido de Family Division, *Airedale NHS Trust v Bland*, [1993] 1 All ER 821, diciembre de 1992, <<https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/01/HL-1993-Airedale-NHS-Trust-v-Bland.pdf>>, [consulta: 30 de septiembre, 2024].

⁹² FRL, *National Health Amendment (Supporting Patient Access to Cheaper Medicines and Other Measures)*, julio de 2024 [en línea], <<https://www.legislation.gov.au/C2024A00073/latest/text>>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].

V. CONCLUSIÓN

El análisis de los sistemas de salud anglosajones revela una coexistencia de modelos públicos y privados que enfrentan desafíos específicos según el país. En Reino Unido y Canadá, la sostenibilidad del sistema público está comprometida debido al envejecimiento poblacional y al aumento de los costos en atención médica. Ambos países han centrado esfuerzos en garantizar un acceso equitativo a la salud, aunque enfrentan tensiones por la presión discal y la eficiencia de los servicios. El Reino Unido, a través del NHS, ha demostrado ser un pilar del sistema universal, pero los tiempos de espera y la falta de recursos han generado debate sobre la necesidad de reformas. Canadá, por su parte, enfrenta retos similares, especialmente en la cobertura de ciertos servicios y la necesidad de integrar tecnologías y atención digital en áreas alejadas.

En Estados Unidos, el sistema de salud más privatizado sigue siendo objeto de controversia, particularmente en cuanto a la desigualdad en el acceso a servicios básicos. A pesar de las reformas introducidas por la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Obamacare), persisten las barreras económicas para muchos sectores de la población, lo que pone en cuestión la efectividad del modelo frente a los derechos a la salud.

En países como Australia y nuevamente el Reino Unido, la interacción entre los sistemas públicos y privados genera discusiones sobre cómo garantizar que ambos trabajen de manera complementaria sin generar desigualdades. Australia se destaca por su equilibrio entre ambos sistemas y su liderazgo en la adopción de tecnologías de salud digital, como la telemedicina, que ha permitido un acceso más equitativo en áreas rurales.

A nivel legislativo, los países de tradición anglosajona dependen en gran medida de la *common law*, donde los precedentes judiciales y la legislación específica, como la Ley de Salud de Canadá o la Ley de Cuidado de Salud Asequible en Estados Unidos, juegan un papel crucial en la protección del derecho a la salud. A diferencia de algunas constituciones europeas o latinoamericanas que otorgan garantías explícitas, estos países tienden a confiar más en la legislación flexible para regular el acceso y la calidad de los servicios de salud.

En países como Estados Unidos, el acceso a la salud es fragmentado y depende de seguros privados o programas públicos limitados. En contraste, en Canadá, Reino Unido y Australia, el acceso es más universal, aunque se estructura mediante programas legislativos específicos que garantizan la atención a través de distintas normativas.

En los sistemas anglosajones, la atención médica se proporciona a menudo a través de una combinación de actores públicos y privados, lo que plantea desafíos en cuanto a la equidad y la eficiencia. Esto requiere una coordinación plena entre las competencias institucionales de los distintos niveles de servicio (atención primaria y hospitalaria), que están regulados funcionalmente por el gobierno.

Actualmente, la tradición anglosajona enfrenta desafíos, entre ellos, el aumento de la desigualdad en el acceso a la atención médica. En el Reino Unido, a pesar de que el Servicio Nacional de Salud (NHS) sigue defendiendo un acceso universal, los problemas de financiamiento y los recortes en el gasto público han afectado su capacidad para brindar servicios sin demoras ni interrupciones. Mientras tanto, en Estados Unidos, el creciente debate sobre un sistema de *Medicare para todos*, que sugiere un enfoque más inclusivo y menos mercantilista, enfrenta una fuerte oposición política como de la industria, lo que complica su implementación.

— Mauricio Reyna Lara —

En resumen, aunque la tradición anglosajona presenta modelos contrastantes, en general tiende a incorporar más componentes de mercado en el acceso a la salud en comparación con los sistemas universales europeos. La equidad de acceso en estos sistemas universales depende del contexto económico y político de cada país. En cuanto al carácter financiero, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han coincidido en que para mejorar el acceso equitativo a los servicios de salud y avanzar hacia la cobertura universal, es esencial fortalecer el financiamiento público con eficiencia y sostenibilidad. Esto incluye aumentar el gasto público en salud al 6% del PIB, priorizando la inversión en el primer nivel de atención para reducir inequidades y mejorar la coordinación de redes de servicios.

También es necesario eliminar los pagos directos en el punto de atención, que representan una barrera económica para muchos. En lugar, se propone un fondo prepago basado en solidaridad, permitiendo subvenciones cruzadas entre distintos grupos sociales, lo que aumentaría la equidad y la protección financiera.

Para maximizar la eficiencia, es fundamental optimizar la organización del sistema de salud, alineando incentivos con los objetivos de cobertura universal, gestionando mejor los recursos, reduciendo costos a través de economías de escala y combatiendo la corrupción en los procesos de adquisición.⁹³

Estar cerca de los objetivos sostenibles de la Agenda 2030 en cuanto a inclusión social y la universalización de los servicios de salud como un derecho humano fundamental, requiere redoblar esfuerzos tanto a nivel global como parte de cada país. El análisis y la evaluación de los sistemas de salud anglosajones permiten identificar áreas de oportunidad para que los gobiernos promuevan cambios y actualizaciones legislativas, con el fin de ampliar el acceso equitativo e igualitario a la atención médica.

Se han narrado algunos precedentes judiciales notables en materia de derecho sanitario en países del ámbito anglosajón, como el Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y Australia. Estos casos reflejan enfoques diversos en la legislación sanitaria, vinculados a los sistemas de salud de cada país y sus intentos por garantizar el acceso equitativo al derecho a la salud.

En el Reino Unido, las decisiones judiciales tienden a resaltar la discreción profesional de los médicos y otros actores sanitarios, reconociendo su papel clave en la toma de decisiones en beneficio de los pacientes. En contraste, jurisdicciones como Canadá y Australia han priorizado la autonomía del paciente, promoviendo la divulgación integral de la información médica para que los individuos puedan tomar decisiones informadas sobre su salud.

Este enfoque dual muestra cómo, dentro del sistema de salud anglosajón, algunos países se inclinan más hacia la confianza en el juicio clínico de los profesionales, mientras que otros otorgan mayor relevancia a los derechos del paciente en cuanto a información y autodeterminación en su atención médica. Estos matices reflejan diferencias culturales y legales en la manera en que cada nación aborda el equilibrio entre la autoridad médica y los derechos individuales, siempre con el objetivo común de avanzar hacia una mayor protección y acceso al derecho a la salud.

Este estudio permite analizar el acceso al derecho a la salud en los países de Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y Australia, seleccionados por su similitud en cuanto a funcionalidad y operatividad dentro de la familia jurídica del *Common Law*. Gracias a esta comparación, se identifican ventajas y desventajas en sus marcos normativos y en el ejercicio del derecho a la salud, proporcionando una visión integral de sus fortalezas y áreas de oportunidad.

⁹³ Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Financiación de la atención de la salud*, 2024 [en línea], <<https://www.paho.org/es/temas/financiacion-atencion-salud>>, [consulta: 30 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

La aplicación del método comparado facilita una evaluación profunda de las instituciones de salud en estos países y permite analizar la implementación de políticas sanitarias orientadas a mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud. Este enfoque también abre la posibilidad de identificar y proponer mejoras cualitativas y cuantitativas en los sistemas de salud que pueden servir de referencia para otros contextos.

Comprender los sistemas jurídicos en salud del Reino Unido, Estados Unidos, Canadá y Australia permite, además, valorar la factibilidad de los cambios legislativos o la continuidad de las normas que armonicen la garantía del derecho a la salud en estos países. Establecer cuál sistema es más accesible a estos derechos contribuye a una evaluación analítica que orienta las expectativas sobre la aplicación práctica de los marcos legales de cada país.

El análisis comparativo de similitudes y diferencias es clave para reconstruir o fortalecer la viabilidad y funcionalidad de las instituciones de salud, tal como se aborda en el presente estudio. La interpretación de las normativas sanitarias en cada país ha seguido los estándares de la OMS, como se refleja a lo largo de este trabajo.

— Mauricio Reyna Lara —

FUENTES DE CONSULTA

Bibliografía

- Biggs, Amanda y Cook, Lauren, *Health in Australia: a quick guide*, Canberra, Parliamentary Library Research Publications, 2021.
- Duckett, Stephen y Willcox, Sharon, *The Australian Health Care System*, Inglaterra, Oxford University Press, 2015.
- Nohlen, Dieter, “El Método Comparativo”, en *Ciencia política comparada. El enfoque histórico-empírico*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, <doi: <https://tinyurl.com/y2lh7foq>>, [consulta: 20 de octubre, 2024].
- Sánchez Castañeda, Alfredo, *La seguridad y la protección social en México. Su necesaria reorganización* [en línea], México, UNAM, 2012, p. 14. <<http://ru.juridicas.unam.mx/xmlui/handle/123456789/12026>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Reyna Lara, Mauricio, *La formación Ciudadana en los Procesos Educativos*, México, UNAM, 2022.
- Reyna Lara, Mauricio y Germán Álvarez Días de León, *La Formación Ciudadana en la Salud de los Jóvenes*, México, UNAM, 2023.
- Reyna Lara, Mauricio, Guerrero Galván, Luis R., *Retos del Derecho a la Salud de la Ciudad de México a partir de su nueva Constitución*, México, UNAM, 2020 (Instituto de Investigaciones Jurídicas. Opiniones Técnicas sobre Temas de Relevancia Nacional, 33).

Hemerografía

- Arrieta, Alejandro, “Seguro de salud y principio contributivo de la seguridad social en los Estados Unidos de América” [en línea], en *Revista latinoamericana de derecho social*, núm. 23, 2016, <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-46702016000200003&lng=es&tlng=es>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Australian Government Productivity Commission, en *Health and Ageing*, 2024 [en línea], <<https://www.pc.gov.au/about/our-work-streams/health-ageing>>, [consultado: 29 de septiembre, 2024].
- Australian Institute of Health And Welfare (AIHW), “19th biennial health report”, en *Australia's health 2024: in brief*, julio, 2024 [en línea], <<https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/australias-health-2024-in-brief/summary>>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].
- AIHW, “19th biennial health report”, en *Australia's health 2024: data insights*, julio, 2024 [en línea], <<https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/australias-health-2024-data-insights/contents/about>>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].
- AIHW, en *Digital Health*, julio, 2024 [en línea], <<https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/digital-health>>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].
- Traducido de AIHW, en *Health care safety and quality*, 2024 [en línea], <<https://www.aihw.gov.au/reports/health-care-quality-performance/health-care-safety-and-quality>>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

- Traducido de* AIHW, en *Health system: Accessibility*, 2024 [en línea], <<https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance/australias-health-performance-framework>>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].
- Boyle, Seán, “Health system review. Health Systems in Transition”, en *European Observatory on health systems and Policies*, vol. 13, núm. 1, United Kingdom (England), 2011 [en línea], <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330328/HiT-13-1-2011-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=>>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Cañete Roberto, Guilhem Dirce, Brito Katia, “Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales”, en *Acta bioeth 2012*, vol. 18, núm. 1, 2012 [en línea], <<http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2012000100011>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Expansión, “Australia-Gasto público Salud”, en *Expansión* s.f., <<https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/australia#:~:text=Esta%20cifra%20supone%20que%20el,sanidad%2C%20en%20el%20puesto%209>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Expansión, “La esperanza de vida se eleva en Reino Unido”, en *Expansión*, 2020, <<https://datosmacro.expansion.com/demografia/esperanza-vida/uk>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Hanna, Jhon, “EEUU: 15 estados demandan por plan para ayudar a inmigrantes irregulares a comprar seguro médico”, en *Los Angeles Times*, Kansas, 2024 [en línea], <<https://www.latimes.com/espanol/politica/articulo/2024-08-08/quince-estados-demandan-para-bloquear-intento-de-biden-de-ayudar-a-migrantes-a-tener-atencion-medica>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Macías González, Fernando, Sánchez Morales, Jorge Eduardo, Gaona Pineda, Elsa Berenice, Muñoz Espinosa, Alicia, Romero Martínez, Martín, Shamah Levy, Teresa, y Bautista Arredondo, Sergio, “Gratuidad en los Institutos Nacionales de Salud de México: análisis del gasto de bolsillo directo e indirecto”, en *Salud Pública De México*, vol. 66, septiembre de 2024 [en línea], <<https://doi.org/10.21149/15752>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Moberly, Tom, “The inconvenient truths of health and climate crises that can’t just be ignored”, en *BMJ*, vol. 378, núm. o1811, United Kingdom (England), 2022 [en línea], <<https://doi.org/10.1136/bmj.o1811>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Traducido de* Palmer, Billy, “¿What should a health and social care workforce strategy look like?”, en *BMJ*, vol. 378, núm. o1906, United Kingdom (England), 2022 [en línea], <<https://doi.org/10.1136/bmj.o1906>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Traducido de* Prasad, Aarathi, “David Williams: finding solutions for racial inequities in health”, en *The Lancet*, vol. 400, núm. 10365, 2022 [en línea], <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)02309-1/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)02309-1/abstract)>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].
- Reuters, “Neuralink, de Elon Musk, inicia ensayo de implante cerebral en personas con parálisis”, en *El economista*, México, 2023 [en línea], <<https://www.economista.com.mx/arteseideas/Neuralink-de-Elon-Musk-inicia-ensayo-de-implante-cerebral-en-personas-con-paralisis-20230919-0083.html>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].
- Traducido de* Shuren, Allison *et al.*, “Virtual and Digital Health Digest”, en *Arnold & Porter*, 2024, [en línea], <<https://www.arnoldporter.com/en/perspectives/publications/2024/01/virtual-and-digital-health-digest#Regulatory%20Updates%20EU>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

Solórzano, Francisco Xavier, El sistema de salud del Canadá y su financiamiento, *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, vol. 1, núm. 3, 1997 [en línea], <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891997000300003&lng=pt&nrm=iso>, [consulta: 20 de octubre, 2024].

Vjosa, Isai, “La muerte asistida podría ser una realidad para personas con trastornos mentales en Canadá”, en *The New York Times*, Toronto, 2024 [en línea], <<https://www.nytimes.com/es/2024/01/02/espanol/muerte-asistida-canada.html>>, [consulta:29 de septiembre, 2024].

Recursos Electrónicos

Blumenthal, David, “A Portrait of the Failing U.S. Health System. Comparing Performance in 10 Nations”, en *MIRROR*, *MIRROR* 2024, 2024 [en línea], <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2024-09/Blumenthal_mirror_mirror_2024_final_v2.pdf>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

Compilation of Patient Protection and Affordable Care Act, en *Office of the Legislative Counsel*, 2010 [en línea], <<https://housedocs.house.gov/energycommerce/ppacacon.pdf>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

Government Of Canda, en *Health Canada 2022-2023 Departmental Results Report*, 2024 [en línea], <<https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/corporate-management-reporting/departmental-performance-reports/2022-2023-departmental-results-report.html>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

Gouvernement Of Canada, en *Health System and Services*, 2024 [en línea], <<https://www.canada.ca/en/services/health/health-system-services.html>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

European Medicines Agency, “Artificial intelligence workplan to guide use of AI in medicines regulation”, 2023 [en línea], <<https://www.ema.europa.eu/en/news/artificial-intelligence-workplan-guide-use-ai-medicines-regulation>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

Fundación Carlos Slim, “Reino Unido lidera la digitalización de la salud en Europa”, <<https://saluddigital.com/es/noticias/reino-unido-lidera-la-digitalizacion-de-la-salud-en-europa/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

Health Canada, *El Sistema de Salud de Canadá*, Canadá, 2005 [en línea], <https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/sc-hc/H21-261-2005-spa.pdf>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].

Health Center Program (HRSA), “Who We Are”, <<https://bphc.hrsa.gov/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

HealthCare.gov, “Federal poverty level (FPL)”, <<https://www.healthcare.gov/glossary/federal-poverty-level-fpl/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

HealthCare.gov, “Medicaid expansion & what it means for you”, <<https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/medicaid-expansion-and-you/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

HealthCare.gov, “What Marketplace health insurance plans cover”, <<https://www.healthcare.gov/coverage/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

Human Rights Law Centre, *High Court of Australia recognises constitutional power to legislate with respect to same-sex marriage*, 2013 [en línea], <<https://www.hrlc.org.au/human-rights-case-summaries/high-court-of-australia-recognises-constitutional-power-to-legislate-with-respect-to-same-sex-marriage>>, [consulta: 30 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

- Internal Revenue Service (IRIS), “Obtenga sus registros tributarios y transcripciones”, <<https://www.irs.gov/es/individuals/get-transcript>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Traducido de* Jaffe Bloom, Suzane, *et. al.*, *Health Care Operations & Compliance, Professional Perspective - 2023 DOJ FCA Enforcement: Expectations for Future*, 2024 [en línea], <<https://www.bloomberglaw.com/external/document/X7IHQ58000000/health-care-operations-compliance-professional-perspective-2023->>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Traducido de* Judgment: McCulloch and others (Appellants) v Forth Valley Health Board (Respondent) (Scotland), en *The Supreme Court*, UKSC 26, 2023 [en línea], <<https://www.supremecourt.uk/cases/uksc-2021-0149.html>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Traducido de* Judgment: Montgomery (Appellant) v Lanarkshire Health Board (Respondent) (Scotland), *The Supreme Court*, UKSC 11, 2015 [en línea], <<https://www.supremecourt.uk/cases/docs/uksc-2013-0136-judgment.pdf>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Lord Darzi, “Resources and productivity of services by setting” [en línea], en *Independent investigation of the National Health Service in England*, 2024, <<https://assets.publishing.service.gov.uk/media/66f42ae630536cb92748271f/Lord-Darzi-Independent-Investigation-of-the-National-Health-Service-in-England-Updated-25-September.pdf>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Macrotrends, *Canada Life Expectancy 1950-2024*, 2024 [en línea], <<https://www.macrotrends.net/global-metrics/countries/CAN/canada/life-expectancy>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].
- McLellan, Cath, “¿Qué es el NHS y cómo funciona la sanidad en el Reino Unido?”, 2021 [en línea], <<https://www.britishcouncil.es/blog/nhs-sanidad-reino-unido#:~:text=La%20ley%20implic%C3%B3%20que%20para,los%20tiempos%20por%20su%20labor>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Medicare.gov, “Comenzar con Medicare”, <<https://es.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- National Archives, “Medicare and Medicaid Act (1965)”, <<https://www.archives.gov/milestone-documents/medicare-and-medicare-act#:~:text=On%20July%2030%2C%201965%2C%20President,for%20people%20with%20limited%20income>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- NHS, “We will work with the wider NHS, the voluntary sector, developers, and individuals in creating a range of apps to support particular conditions”, <<https://www.longtermplan.nhs.uk/publication/nhs-long-term-plan/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- OECD Better Life Index, “Reino Unido. ¿Cómo es la vida?”, <<https://www.oecdbetterlifeindex.org/es/countries/united-kingdom-es/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- OECD, “OECD Data Explorer”, <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>, 2023, [consulta: 20 de octubre, 2024].
- OMS, *Medición del gasto en atención primaria de salud según SHA 2011. Nota técnica*, diciembre de 2021, 2022, Ginebra, <<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361850/9789240049253-spa.pdf>>, [consulta: 20 de octubre, 2024].
- OECD, “Health spending”, en *OECD Data Explorer*, 2023, <<https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html?oeecdcontrol-38c744bfa4-var1=AUS%7CCAN%7CGBR%7CUSA&oeecdcontrol-00b22b2429-var3=2022>>, [consulta: 20 de octubre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

- OECD, Life expectancy at birth, Indicator, 2024, <<https://www.oecd.org/en/data/indicators.html?orderBy=mostRelevant&page=0&facetTags=oeed-policy-areas%3Apa11>>, [consulta: 20 de octubre, 2024].
- OECD, “Health coverage”, Indicator, en *OECD Data Explorer*, 2024, <<https://data-explorer.oecd.org/>>, [consulta: 20 de octubre, 2024].
- OECD, “Maternal and infant mortality”, en *OECD Data Explorer*, January 15, 2024, <<https://data-explorer.oecd.org/>>, [consulta: 20 de octubre, 2024].
- Office of Inspector General (OIG), “The Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA)”, en *Featured Topics*, 2024, <<https://oig.hhs.gov/reports-and-publications/featured-topics/emtala/#:~:text=EMTALA%20requires%20that%20anyone%20coming,status%20or%20ability%20to%20pay>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Schneider, Eric, C. *et al.*, “The Commonwealth Fund”, en *Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries*, 2021 [en línea] <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2021-08/Schneider_Mirror_Mirror_2021.pdf>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- The King’s Fund, “Public satisfaction with the NHS and social care in 2023” [en línea], <<https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/public-satisfaction-nhs-social-care-2023>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- The King’s Fund, “The Prime Minister, Sir Keir Starmer, delivered his first health and care speech since taking office at The King’s Fund annual conference this morning” [en línea], <<https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/press-releases/prime-minister-first-health-care-speech-since-taking-office>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- The King’s Fund, “What’s going on with A&E waiting times?” [en línea], <<https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/whats-going-on-with-ae-waiting-times>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- The King’s Fund, “What’s going on with A&E waiting times?” [en línea], <<https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/whats-going-on-with-ae-waiting-times>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Wise, Jacqui, “Persistent understaffing of the NHS is putting patients at risk, say MPs”, en *BMJ*, vol. 378, núm. o1866, 2022 [en línea], <doi:10.1136/bmj.o1866>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- World Health Organization, “World health statistics 2024. Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals”, 2024 [en línea], <<https://iris.who.int/handle/10665/376869>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Organización de las Naciones Unidas, “Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” [en línea], <<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Financiación de la atención de la salud*, 2024 [en línea], <<https://www.paho.org/es/temas/financiacion-atencion-salud>>, [consulta: 30 de septiembre, 2024].
- Traducido de* World Health Organization (WHO), “World Health Statistics 2023: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals”, Ginebra, 2023 [en línea], <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>>, [consulta: 1 de octubre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

Normatividad

Council of Europe Framework Convention on Artificial Intelligence and Human Rights, Democracy and the Rule of Law, en *Council of Europe Treaty Series*, núm. 225, Vilnius, 5.IX., 2024, Pág. 2. <<https://rm.coe.int/1680afae3c>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

Traducido de Family Division, *Airedale NHS Trust v Bland*, [1993] 1 All ER 821, diciembre de 1992, <<https://www.globalhealthrights.org/wp-content/uploads/2013/01/HL-1993-Airedale-NHS-Trust-v.-Bland.pdf>>, [consulta: 30 de septiembre, 2024].

Federal Register of Legislation (FRL), *Health Insurance Act 1973*, octubre de 2024, <<https://www.legislation.gov.au/C2004A00101/latest/text>>, [consulta: 29 de octubre, 2024].

FRL, *National Health Amendment (Supporting Patient Access to Cheaper Medicines and Other Measures)*, julio de 2024, <<https://www.legislation.gov.au/C2024A00073/latest/text>>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].

FRL, *Private Health Insurance Act 2007*, N° 31 2007, julio de 2023, <<https://www.legislation.gov.au/C2007A00031/latest/text>>, [consulta: 29 de septiembre, 2024].

International Labour Organization, *C111- Convenio sobre la discriminación (empleo y ocupación), 1958 (núm. 111)*, 2024 [en línea], <https://normlex.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312256>, [consulta: 28 de septiembre de 2024].

Traducido de Justice Laws Website, *Canada Health Act R.C.S., 1985, c. C-6*, diciembre de 2012, <<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/page-1.html>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].

Traducido de Justice Laws Website, *Canada Health (R.C.S. Act c. C-6)*, diciembre de 2017, <<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/page-1.html>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].

Ley de salud y asistencia social 2012, capítulo 7, Reino Unido, noviembre de 2013, <<https://www.wipo.int/wipolex/es/legislation/details/13570>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

Reglamento (UE) 2024/1689, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial [en línea], núm. 1689, Parlamento Europeo y del Consejo, *DOUE*, julio de 2024, Pág. 1. <<https://www.boe.es/doue/2024/1689/L00001-00144.pdf>>. [consulta: 27 de septiembre, 2024].

Traducido de Supreme Court Judgments, *Chaoulli v. Quebec (Attorney General)*, [2005] 1 SCR 791, junio de 2005 [en línea], <<https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/2237/index.do>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].

Traducido de Supreme Court Of Canada, *Carter v. Canada (Attorney General)*, [2015] 1 SCR 331, febrero de 2015 [en línea], <<https://decisions.scc-csc.ca/scc-csc/scc-csc/en/item/14637/index.do?r=AAAAAQAPY2FydGVyIHVgY2FuYWwRQAQ>>, [consulta: 28 de septiembre, 2024].

Supreme Court of The United States, *Cruzan v. Director, Missouri Dep't of Health*, 497 U.S. 261 (1990), núm. 88-1503, diciembre de 1990 [en línea], <<https://supreme.justia.com/cases/federal/us/497/261/>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

Supreme Court of The United States, *Dobbs, State Health Officer Of The Mississippi Department Of Health, ET AL. v. Jackson Women's Health Organization ET AL.* núm. 19-1392, junio de 2022 [en línea], <https://www.supremecourt.gov/opinions/21pdf/19-1392_6j37.pdf>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

— Mauricio Reyna Lara —

Traducido de U.S. Department of Justice, *Highest Number of Settlement and Judgements in History*, febrero de 2024 [en línea], <<https://www.justice.gov/opa/pr/false-claims-act-settlements-and-judgments-exceed-268-billion-fiscal-year-2023>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].

Anáhuac Mayab. “Derecho anglosajón o Common Law: qué es y características esenciales”. en *Blog de posgrado*. México, Anáhuac, s.f., [en línea] <<https://merida.anahuac.mx/posgrado/blog/derecho-anglosajon-o-common-law>>, [consulta: 27 de septiembre, 2024].



SERIE CUADERNILLOS DIDÁCTICOS SOBRE LOS RETOS
AL DERECHO A LA SALUD - AGENDA 2030

NÚM 1

