

DEL RECONOCIMIENTO CONSTITUCIONAL DEL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD A SU GARANTÍA EFECTIVA A LOS CIUDADANOS EN ALGUNOS PAÍSES IBEROAMERICANOS¹

FROM CONSTITUTIONAL RECOGNITION OF THE RIGHT TO PROTECTION OF HEALTH TO ITS EFFECTIVE GUARANTEE TO CITIZENS IN SOME LATIN AMERICAN COUNTRIES

Tomás Gómez Franco²

RESUMEN

El reconocimiento del derecho a la protección de la salud en el Derecho Internacional, a partir de Convenios y Declaraciones, ha propiciado la incorporación de este derecho en los ordenamientos constitucionales de muchos Estados. Esta incorporación se ha producido de manera diversa, teniendo en cuenta los niveles de ingresos, de desarrollos legislativos y la dificultad de proceder a una definición conceptual del derecho a la protección de la salud. Sin embargo, los países iberoamericanos seleccionados en este trabajo presentan dos rasgos comunes: Por un lado, con independencia del desarrollo legislativo, existe un gap entre la garantía constitucional y la satisfacción del derecho por parte de los poderes públicos. Los niveles de gasto sanitario distan de países como la zona euro o EEUU. Por otro, el crecimiento económico que están experimentando los países objeto de estudio y la experiencia contrastada respecto a otros países, puede servir para el desarrollo de sistemas sanitarios que garanticen el derecho fundamental de la protección de la salud mediante la concreción de un contenido mínimo esencial sostenible que satisfaga la deseabilidad social y de respuesta a la necesidad sanitaria.

PALABRAS CLAVE: Derecho a la protección de la salud, garantía constitucional, cobertura sanitaria, fallos del mercado, prestación pública.

ABSTRACT

The recognition of the right to the protection of health in international law, coming out from Conventions and International Declarations, has given momentum to its incorporation into the Constitutional Systems of many States. This process has been uneven, given the different levels of welfare, legislations' development and the difficulty of find out a conceptual definition of the right to protection of health. However, Latin American countries chosen in this paper

¹ Artículo recibido el 15 de enero de 2016 y aprobado el 10 de marzo de 2016.

² Doctor en Economía, profesor Universidad Carlos III de Madrid. tgfranco@eco.uc3m.es

have in common two elements: a) Regardless their legislative development, there is a gap between the Constitutional guarantees and the effective accomplishment by the governments of those rights that the law entitle to the citizens. Levels of health spending are far from countries as the Euro-zone or the USA. b) However, there is a historic opportunity in those countries which are experiencing an economic growth, to take advantage of successes and mistakes of other countries' experience, and use this knowledge to develop health systems that guarantee the fundamental right to protection of health, and perform this within a framework of a sustainable and essential healthcare benefits, that satisfies both social desirability and health needs.

KEYWORDS: Right to protection of health, Constitutional Guarantee, Health Coverage, Public Provision, Market Failures.

Sumario: Introducción. I. El derecho a la salud en algunos ordenamientos constitucionales. Marco general. II. Crecimiento económico, gasto sanitario y prestación. Conclusiones. Bibliografía

* * *

Introducción

Durante las últimas décadas del siglo pasado y la primera de este se ha venido reconociendo el derecho a la salud en numerosos ordenamientos constitucionales. Satisfacer la necesidad que está en el origen del derecho no ha acompañado a este proceso dándose en la práctica una dicotomía entre el mandato constitucional y el cumplimiento efectivo de la obligación de los poderes públicos.

El desarrollo constitucional de algunos países indica un interés especial del legislador por el derecho a la salud; no obstante, tanto los recursos asignados como la organización de los mismos no garantizan una satisfacción efectiva del derecho.

De una parte, la cobertura universal ha encontrado un nuevo obstáculo en la ralentización del ritmo de crecimiento económico cuya consecuencia ha sido la insuficiencia de recursos. Por otra, el aumento del consumo de servicios sanitarios privados ha contribuido a la dualización del sistema y, por tanto, ha puesto en peligro la garantía del derecho.

Este trabajo va a mostrar el gap existente entre la adecuación normativa del derecho a la salud en algunos países iberoamericanos y el cumplimiento efectivo del derecho.

Uno de los estudios más reciente y completo sobre el estatus jurídico del derecho a la salud en los ordenamientos constitucionales es el de Heymann et al. (2013) referido a 191 países. En él se analiza la manera en que se incorpora el derecho a la salud en los diferentes ordenamientos constitucionales.

El estudio corrobora la tendencia a incorporar la protección de la salud a la Legislación nacional. Y más concretamente, la creciente incorporación del derecho a la salud y de la salud pública en el último tercio del siglo XX y los primeros años del siglo XXI y la protección de los servicios sanitarios médicos a partir del 2007.

Pérez López abunda en la misma idea, llegando a la conclusión de que “El derecho a la protección de la salud no sólo ha sido objeto de regulación constitucional y legal en el derecho interno de un buen número de Estados, sino que aparece de forma constante en el derecho internacional, tanto en declaraciones de derechos humanos como en tratados de derechos económicos, sociales y culturales”. (Pérez López 1999:204).

Esta tendencia cobra fortaleza a partir de que el derecho a la salud fue reconocido como derecho fundamental por el Derecho internacional. El tiempo de los derechos es distinto en los derechos internos y en el Derecho internacional. En los primeros, como señala Fernández Liesa (2013: 22), tiene relación con el nacimiento del Estado liberal y del Estado social, respectivamente. Sin embargo, en la comunidad internacional se ha producido una humanización, que es consecuencia de los procesos de reconocimiento universal de los derechos humanos, de especificación de los derechos de personas y grupos vulnerables y del proceso de reconocimiento y protección regional de los mismos.

El proceso no ha sido sencillo, como apunta Seuba el “Derecho Internacional de la salud se caracteriza por ser fragmentario –normas dispersas-, dinámico, funcional, multidimensional y en ocasiones con carácter de Derecho administrativo global. Y ello por la abundancia de regulaciones técnicas, la consolidación de redes tejidas en el ámbito sanitario internacional entre autoridades regulatorias nacionales y entre éstas y los actores privados, y la emergencia de iniciativas sanitarias armonizadoras internacionales” (Seuba 2010: 40 ss).

Desde el punto de vista metajurídico, las resistencias a considerar el derecho a la protección de la salud como un derecho fundamental van siendo vencidas mediante la impugnación de los argumentos de los autores negacionistas, entre los que se encuentran fundamentalmente los libertarios en sus distintas expresiones e interpretaciones³. La propia incorporación al derecho positivo supone una toma de posición en sí misma.

La impugnación ha ido enfrentando argumentos jurídicos y filosófico-jurídicos que configuran una sólida cimentación intelectual en favor del reclutamiento del derecho a la protección de la salud como derecho fundamental, acreedor de las mismas garantías en su satisfacción que los derechos civiles y políticos.

Se trata, por tanto, de un concepto holístico, transversal e internacionalizado (Rafols 2010:23), que ha recorrido un largo camino hasta prevalecer la tesis de que el derecho a la salud permite, como indica León Alonso (2010:153 ss), relativizar la dicotomía entre los derechos sociales y los derechos políticos.

³ En opinión de Carlos Lema, destacan como propuestas más elaboradas la de T. Engelhardt y de A. Buchanan (Lema 2009)

Las características que consagra la salud como derecho fundamental han sido sintetizadas por Bondía (2013:265 ss) en:

-Universalidad y accesibilidad en la asistencia sanitaria para todos, sustentadas únicamente en la condición de ser humano.

-Indivisibilidad e interdependencia, que supone el reconocimiento de la salud como componente del bienestar-integralidad de las políticas sociales.

-Dimensión individual y colectiva, en tanto puede desarrollarse desde una perspectiva individual o comunitaria.

-Progresividad e irreversibilidad, en el sentido de que el Derecho Internacional pauta el desarrollo del derecho sin retrocesos en los avances conseguidos⁴.

-Irrenunciabilidad, se podrá ejercitar o no, pero es un derecho indisponible.

-Gratuidad, un contenido mínimo esencial y la provisión de recursos jurídicos, rápidos, eficaces y sencillos al alcance de la población para reclamar ante el Estado el incumplimiento de este derecho.

Estas características se transforman en exigencias a la hora de evaluar la satisfacción del derecho, pero la inexistencia de alguna de estas características, como por ejemplo la universalidad, no impide que un derecho sea fundamental, sino que pone de manifiesto un déficit de garantías. Un derecho no es fundamental porque esté garantizado, sino que debe garantizarse cuando es.

Es objeto de estudio en gran parte de la literatura de la economía de la salud el crecimiento constante del gasto sanitario y cómo controlar su aumento sin dañar la equidad. El objetivo que debe plantearse la sociedad consiste en lograr, de la manera más eficiente, la sostenibilidad de las acciones que garanticen la protección de la salud.

En este trabajo se analiza la incorporación del derecho a la protección de la salud en las constituciones de Argentina, Brasil, Chile y México, la evolución del gasto sanitario que acompaña al desarrollo jurídico y los retos que afrontar en el futuro.

I. El derecho a la salud en algunos ordenamientos constitucionales. Marco general.

Heymann et al. (2013) encuentran determinados patrones en la incorporación del derecho a la salud en los ordenamientos constitucionales. En primer lugar, la incorporación creciente desde la década de los setenta del derecho a la salud y de la salud pública en las constituciones nacionales y de los servicios sanitarios médicos entre 2007 y 2011 en varios países.

En segundo lugar, la pluralidad de formas de incorporación en lo que se refiere a su definición, contenido, cobertura y grado de protección.

⁴ Sobre la progresividad se pronuncia la Corte Interamericana sobre Derechos Humanos ver el caso “Cinco pensionistas” vs. Perú. Sentencia de 28 de febrero de 2003. Serie C nº 98, párrafo 147. También en los principios de Limburgo sobre la implementación del PIDESC. Naciones Unidas, doc. E/C 4/1987/17 principio 25 y observación general nº 3 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas

En cuanto a la definición de la obligación de los poderes públicos, los autores añaden varias categorías: las fundamentales son el derecho a la salud pública y el derecho a la asistencia médica. Los resultados obtenidos indican que el 38% de los países cuyas constituciones fueron analizadas, garantizan el derecho al acceso a los servicios médicos; el 14% recoge aspiraciones para proteger el derecho, limitándolo, por lo general, a la disponibilidad financiera del Estado; y el 9% incorpora la obligación de los poderes públicos de prestar servicio médico gratuito.

El derecho a la salud pública solo está garantizado por el 14% de los ordenamientos constitucionales estudiados y el 11% incorpora la aspiración. En lo que se refiere a la cobertura, también varía, incorporando algunas la protección específica de grupos vulnerables⁵.

Uno de los aspectos relevantes del estudio, en sentido práctico, es la discrepancia entre el grado de protección constitucional y la aplicación de los derechos de protección de la salud. Es decir, que países con un alto mandato constitucional de protección de la salud de los ciudadanos cuentan con pobres registros en la aplicación de políticas y sus resultados, en tanto que otros países con menor compromiso constitucional registran mayores cotas de protección efectiva de la salud.

Tabla 1. Protección de la salud pública, asistencia sanitaria y salud general por regiones

	Salud Pública (%)	Asistencia sanitaria (%)	Derecho a la Salud General (%)
América	37	40	51
Este de Asia y Pacífico	0	31	17
Europa y Asia Central	5	55	51
Medio Este y Norte África	26	58	16
Sur de Asia	12	25	0
África subsahariana	6	17	34

Fuente: Heymann et al. (2013)

En tercer lugar, si atendemos al nivel de ingresos de cada sociedad, también fluctúa la protección constitucional del derecho a la salud.

De los datos extraídos por Heyman et al. se colige que en el reconocimiento, garantía y desarrollo del derecho a la salud, además de la diversa incorporación en contenido y extensión en el ordenamiento constitucional, incide el nivel de ingresos medios del país.

El derecho constitucional americano incorpora con mayor frecuencia el Derecho a la salud en general, poniéndose de manifiesto la existencia en la región de una especial preocupación por la salud pública.

Los ordenamientos constitucionales iberoamericanos se caracterizan por resaltar el enfoque social del derecho a la protección de la salud. No son enfoques

⁵ De esta manera, el 13% incorpora la garantía a niños, el 6% a personas con discapacidades y el 5% a personas mayores y con situación de necesidad económica.

desde el mercado privado, ni tampoco desde el punto de vista caritativo, sino que abordan el ámbito de desarrollo social inherente al derecho.

Algunos autores elaboran una clasificación de los ordenamientos constitucionales latinoamericanos en función de la amplitud y definición que hacen del derecho (Pérez López, 1999). De esta manera establecen tres bloques:

El primero, con aquellos ordenamientos que desarrollan detalladamente el derecho a la protección de la salud (Venezuela, Colombia, Cuba, El Salvador y Guatemala).

Un segundo bloque, con aquellos que lo incorporan en términos mínimos y genéricos (República Dominicana, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Bolivia y Brasil).

Finalmente, un tercer bloque se caracteriza por no destacar la presencia del Estado como garante del derecho. Serán los casos peruano, uruguayo y chileno.

En general, podemos hablar de una tendencia al recogimiento expreso del derecho a la protección de la salud, y la encomienda al Estado de asegurar condiciones mínimas de salud a la sociedad, además de las tareas de vigilancia y control en diversas áreas como salud pública o medioambiental.

El comportamiento en función del gasto y la evolución de los indicadores básicos de salud muestra una tendencia convergente en los distintos países con independencia del literal del contenido mínimo constitucional del derecho a la salud.

Desarrollo constitucional en Argentina, Brasil, Chile y México

Nos detendremos en cuatro países iberoamericanos -Chile, Argentina, México y Brasil- y revisaremos cómo el derecho a la salud se incluye en cada una de sus constituciones. Los cuatro países seleccionados representan, con una población de más de 390.000.000 de personas, más de la mitad de la población de iberoamérica, siendo Brasil y México los dos países más poblados.

Resulta interesante, además, comparar estos países por la diversidad en el modo de incorporar el derecho a la salud a sus respectivos órdenes constitucionales.

Argentina. La reforma constitucional de 1994 incorpora el derecho a la salud de manera expresa en los artículos 41, 42, 43 y 75.

El art. 41 establece el derecho a un medio ambiente sano; el art. 42, el derecho a la protección de la salud de consumidores y usuarios, y el art. 43, el amparo para garantizar los anteriores.

El art. 75 da rango constitucional a determinados tratados internacionales de derechos humanos “(...) *La Declaración americana de los Derechos del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención Americana sobre Derechos humanos; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, Convención sobre prevención y sanción del Genocidio, Convención contra la discriminación racial; Convención contra la discriminación de la mujer; Convención contra la tortura y La Convención sobre los Derechos del Niño (...)*”. Por tanto, se reviste de constitucionalidad el derecho

a la protección de la salud⁶. Además, dispone imperativamente la obligación de las autoridades de proveer este derecho.

La Corte Suprema de Justicia ha elaborado una fructífera jurisprudencia en la materia fallando contra el incumplimiento de las obligaciones constitucionales de los poderes públicos.⁷

Brasil. Tiene una de las constituciones más largas y completas en cuanto a deberes del Estado con la salud de sus ciudadanos. El artículo 196 establece que la salud es un derecho para todos y es deber del Estado garantizar el acceso universal e igualitario de toda la población.

Los artículos 197, 198 esbozan una red regulada y fiscalizada por los poderes públicos que, por otra parte, están descentralizados políticamente, mientras que el art. 23.II dispone que la capacidad de legislar sobre el cuidado de la salud y la asistencia sanitaria reside en los Estados.

La financiación será pública, pero soportada por los diferentes multiniveles: la Unión, los Estados, el Distrito Federal, los municipios, el presupuesto de la Seguridad Social y otros entes.

El sistema sanitario privado está recogido constitucionalmente como complementario del sistema único de salud. El concepto de protección de la salud que incorpora la Constitución brasileña se extiende a la salud pública (planes de saneamiento, inspección de alimentos, productos peligrosos y protección medio ambiental).

Chile. La Constitución chilena en el art. 19.8 incorpora el derecho a un medio ambiente sano, en su vertiente positiva, promovido por el Estado que debe “*tutelar la preservación de la naturaleza*” y como derecho negativo, restringiendo otros derechos o libertades en aras de proteger el medio ambiente.

En el art. 19.9, protege el derecho a la salud, además, encomienda al Estado la responsabilidad de “*garantizar y ejecutar las acciones en salud*” y como derecho negativo, restringiendo otros derechos o libertades en aras de proteger el medio ambiente.

Para Zúñiga (2011), podría parecer que se contempla la atención sanitaria sólo como un derecho negativo y que el derecho se circunscribe a la libertad para adquirir asistencia sanitaria en el mercado libre, puesto que está garantizado judicialmente el derecho a “*elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado*”. Distingue dos momentos en la cobertura y garantía marcados por el antes y el después que supuso el desarrollo legislativo previo a

⁶ En España, esta fórmula de incorporación constitucional fue defendida por la UCD que defendió una enmienda al art. 13 del Anteproyecto de Constitución (art. 10 del texto final), en la que se declaraba que la CE aceptaba los derechos reconocidos en:

- a) la Declaración de Derechos Humanos, de 10 de diciembre de 1948
- b) la Convención europea para la protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950
- c) la Carta Social Europea de 18 de octubre de 1961 y
- d) el Pacto Internacional de Derechos Civiles y políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales de diciembre de 1966.

PSOE y la derecha política (AP), defendieron un amplio catálogo de derechos y libertades.

⁷ Fallo 321:1684 de 11 junio de 1998, fallo de 1 de junio de 2000.

ley AUGE, nº 19.966 (promulgada el 25 de agosto de 2004), que estableció un Régimen de Garantías en Salud.

Con anterioridad, las normas que reglamentaban el derecho a la protección de la salud garantizaban la asistencia exclusivamente para salvaguardar la vida. Diversas sentencias de la Corte Suprema⁸ y la relación tangencial con el derecho a la vida, dieron lugar a una cascada de demandas. La ley paradigmática en este sentido fue la Ley nº 18.469, reguladora del derecho constitucional a la protección de la salud que creó un régimen de prestaciones de salud.

Posteriormente, en el año 2004, la Ley AUGE vino a resolver en gran medida los problemas por la norma anterior, garantizando la cobertura de un cierto número de patologías consideradas prioridades sanitarias por ser la causa principal de mortalidad y morbilidad en Chile.

La norma constitucional pasó de ser un principio rector programático a representar un mecanismo de protección, merced al establecimiento de un contenido mínimo esencial garantizable alejado del albur de la coyuntura económica. Basta recordar que la Ley establecía que toda necesidad sanitaria se atendería con los recursos físicos y humanos de que se dispusiesen.

México. En el caso mexicano, es el artículo 4.3 de la Constitución el que reconoce el derecho a la salud. Se incorporó a la Constitución a través de la modificación que se produjo el 3 de febrero de 1983. Goza de autonomía respecto a otros derechos derivados de la asistencia social o de la seguridad social.

El derecho a la protección de la salud no está definido con la claridad ni otorgado con la calidad de universal y obligatorio de que goza el derecho a la educación. Obliga al Estado, en tanto organización política señalada por la Constitución, a satisfacer este derecho. Es en la Ley General de Salud de 1984⁹

⁸ En 1999, José Gabriel Sierra Banda, joven de 25 años de edad con VIH-Sida, presentó un Recurso de Protección con el objeto de obligar al Hospital San José a adquirir los medicamentos. Luis Vivanco González y Anthony García López, se encontraban en una situación médica similar a la de Sierra, demandaron ante la Corte de Apelaciones de Santiago con fundamento en la violación del artículo 19 N° 1 de la Constitución, así como también de diversos tratados internacionales de derechos humanos. En julio de 1993, recurso contra la instalación de un servicerio para el expendio de combustible que se ubicaría en Cerro Alegre de Valparaíso y que ocasionaría contaminación. La Corte Suprema consideró que, *“efectivamente aparece amenazado el derecho a la vida y la integridad física de los recurrentes, sus familiares y habitantes del barrio, lo cual ordena proteger la Constitución Política de la República en el artículo 19 No 1, en armonía con su artículo 20 y conduce a los sentenciadores a acoger el presente recurso”*. En 1992, el director del hospital de Copiacó recurrió contra Luis Muñoz Bravo, perteneciente a la religión de la Congregación Testigos de Jehová, con objeto de poder practicar las transfusiones de sangre necesarias para salvarle la vida. Tanto la Corte de Apelaciones de Copiacó como la Corte Suprema, resolvieron que: *“En consideración a la entidad del bien jurídico cuya protección se solicita y la necesidad urgente que existiría de cautelarla, se ordena al señor Director del Hospital que éste o quien lo subroge disponga se aplique aun en contra de la voluntad de don Luis Bravo o de sus familiares, la terapia que sea necesaria para el tratamiento de la enfermedad que éste padece,”*

⁹ El art. 2 de la Ley General de Salud define las finalidades del derecho al protección de la salud: 1) el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades, 2) la prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana; 3) la protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social(...) 7) el desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

donde se explican con cuidado las modalidades del acceso a la protección que tienen los individuos, aunque al igual que todos los derechos sociales en México, no se excluye la capacidad, de quien lo puede pagar, de obtener un mejor servicio en el mercado. No se especifica la gratuidad de los servicios. La Suprema Corte de Justicia de la Nación, en su tesis número P. XIX/2000, de noviembre de 1999, consagra el derecho a la protección de la salud como un derecho con naturaleza de garantía individual, lo que posibilita el juicio de amparo.

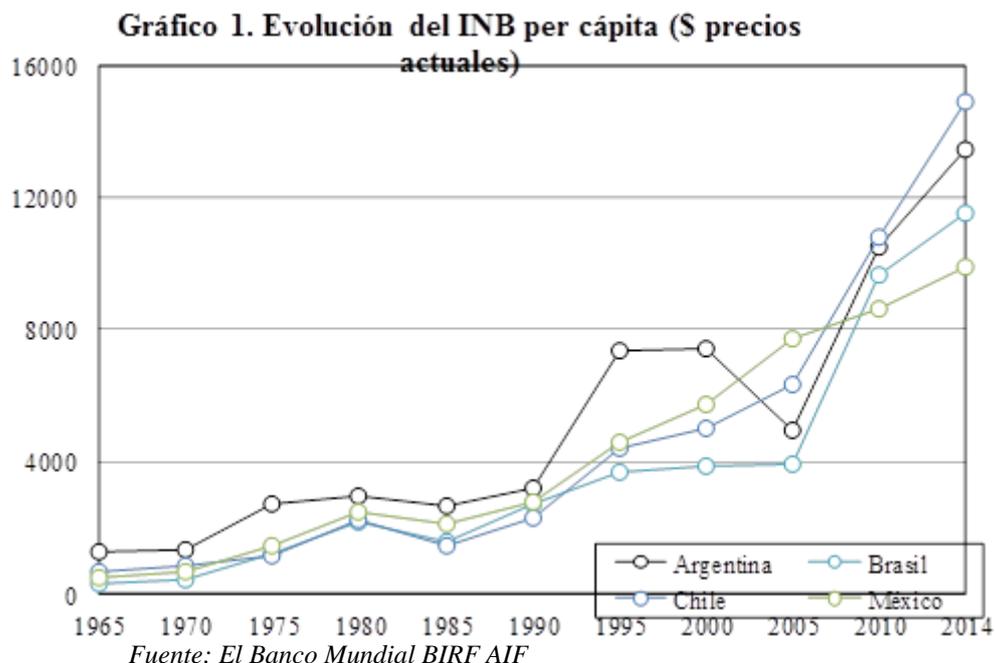
Las reformas de mayo de 2003 definen mejor cómo proveer una protección social en salud más claramente abierta a todos con el llamado Seguro Popular. (Elizondo Mayer-Serra 2007).

II. Crecimiento económico, gasto sanitario y prestación

Una vez analizado el modo con el que cada sistema constitucional recoge el derecho a la salud, se realizará una revisión de la evolución de algunos indicadores de salud y su relación con el esfuerzo de gasto.

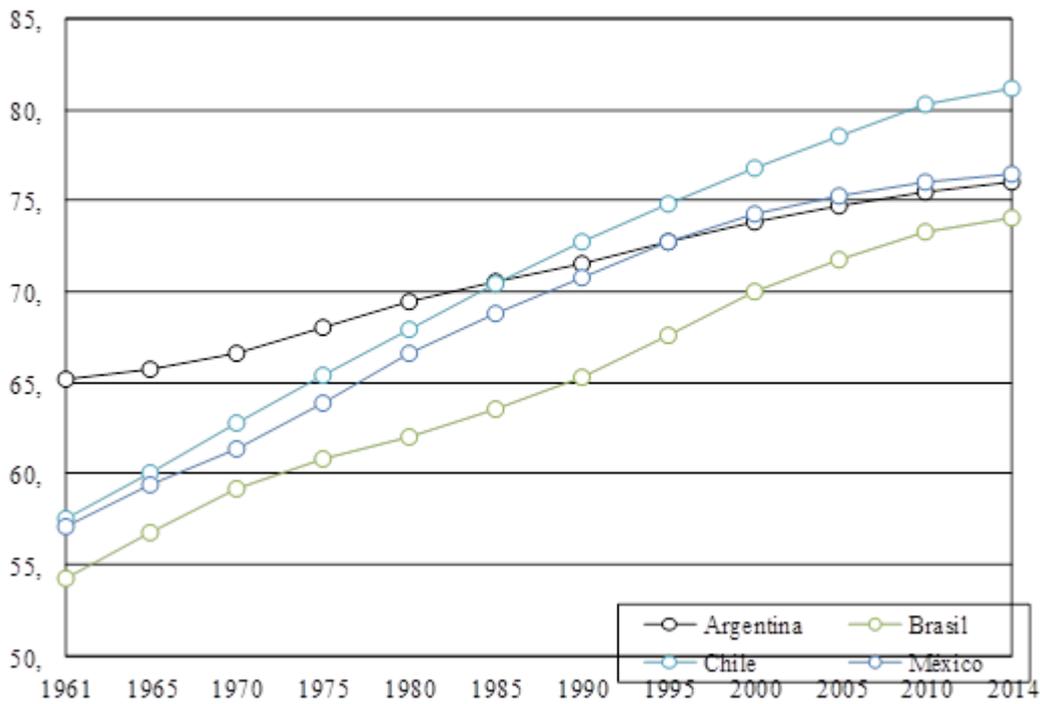
Existe abundante literatura económica que muestra cómo los indicadores de salud de un país están estrechamente relacionados con el crecimiento económico y con el gasto sanitario, y además estos dos factores están correlacionados positivamente.

El gráfico 1 muestra la evolución del PIB según datos del Banco Mundial (método atlas a precios actuales) en los cuatro países estudiados. La tendencia en los últimos 40 años es creciente, salvo el periodo 2000-2005 que es decreciente en Argentina como consecuencia de la incisiva crisis que vivió.



En el gráfico 2 se representa la evolución de la esperanza de vida al nacer. Entre 1961 y 2014 la esperanza de vida en Argentina pasó de ser 65,2 años a 76,0, casi 11 años más; en Brasil aumentó, en el mismo periodo, en casi 20 años, de 54,2 a 74,1. Un incremento similar experimenta México, que ha pasado de 57,1 a 76,5. Pero el mayor crecimiento de la esperanza de vida al nacer es para Chile, en 23,7 años, situándose a la cabeza de los cuatro con una esperanza de vida de 81,2 años.

Gráfico 2. Evolución de la esperanza de vida al nacer



Fuente: El Banco Mundial BIRF AIF

Hay que destacar que el menor crecimiento es para Argentina pero, además, la evolución del indicador hace que pase de ser el país con mayor esperanza de vida en 1961 a ser el de menor en 2014.

Podemos concluir que crecimiento económico y mejora de la salud correlacionan positivamente si atendemos al indicador esperanza de vida.

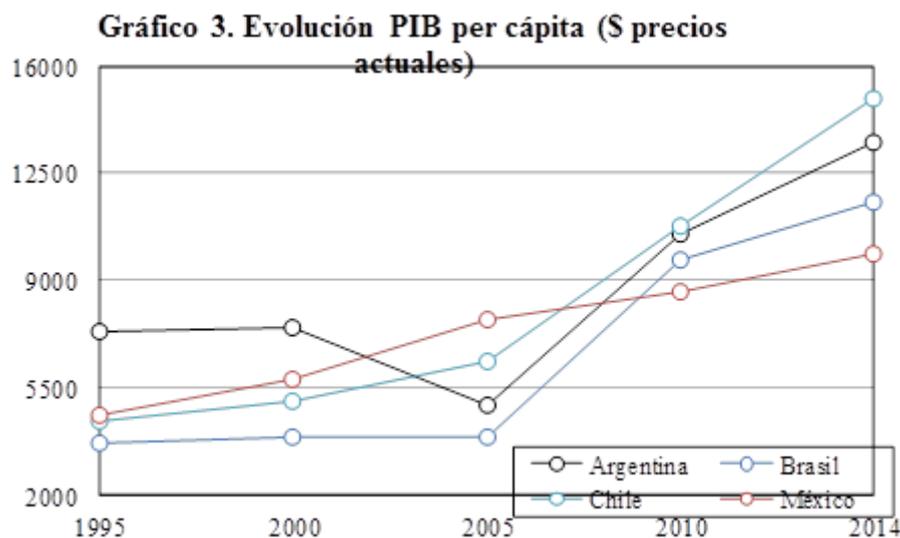
Los incrementos en la renta van acompañados de aumentos en el gasto sanitario. De hecho, el gasto en salud se ha relacionado tradicionalmente con tres factores: crecimiento de la renta, envejecimiento de la población y mejora de la tecnología con su consecuente encarecimiento.

Kleiman (1974) y Newhouse (1977) realizaron estudios empíricos que llegaban a la conclusión de que el gasto sanitario tenía como principal determinante el nivel de renta. Barros (1998) y Roberts (2000) redundan en la misma conclusión. Las explicaciones que ha dado la literatura económica son dos:

En primer lugar, que al crecer la renta, los ingresos públicos aumentan y se incrementan los programas e inversiones destinados a proteger la salud; la segunda explicación consiste en que al aumentar la renta, aumenta el coste de oportunidad de caer enfermo y dejar de trabajar, por lo que los individuos tienen un mayor incentivo para invertir en salud.

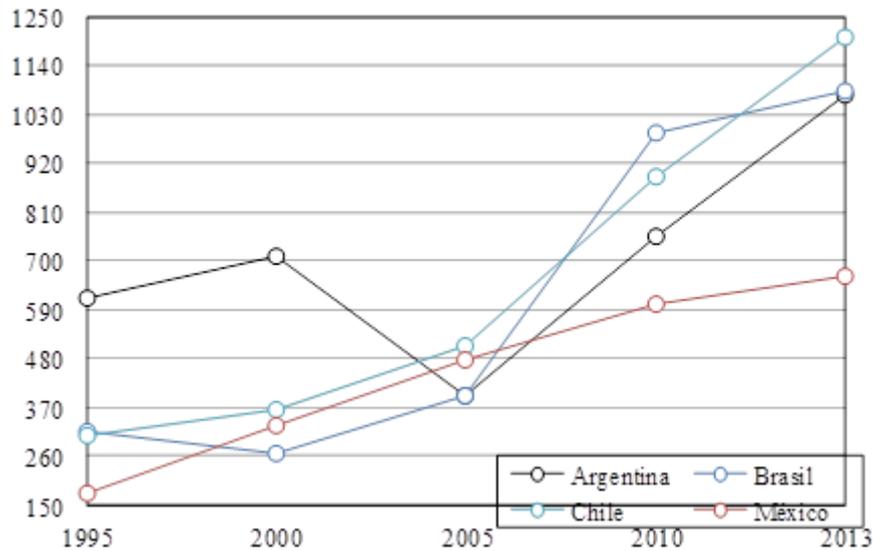
De otra parte, Salud y renta se relacionan bidireccionalmente. Un estudio de Fogel (Scheffler 1994) concluye que 30% del crecimiento de la economía de Inglaterra de los últimos 200 años puede ser atribuido a una mejor nutrición; y Barro observa que cada aumento del 10% en la esperanza de vida, lleva en promedio a medio punto más de crecimiento económico.

Sea cuál sea la razón, la evidencia muestra que incrementos en la renta van acompañados de incrementos en el gasto sanitario. El Banco Mundial proporciona datos sobre el gasto sanitario como porcentaje del PIB desde 1995 para los cuatro países referenciados. Si se observan los gráficos 3 y 4, se comprueba que la evolución del gasto sanitario de los cuatro países es paralela a la evolución de sus PIB respectivos:



Fuente: El Banco Mundial BIRF AIF

Gráfico 4. Evolución Gasto sanitario per cápita



Fuente: El Banco Mundial BIRF AIF

El PIB per cápita crece pronunciadamente para Argentina, Brasil y Chile desde el año 2005, un aumento más suave experimenta México. En el periodo considerado, los últimos 30 años, Argentina y México duplican su renta per cápita y Chile y Brasil la cuaduplican.

El gasto per cápita en salud ha tenido una tendencia creciente en los últimos 20 años en Brasil, Chile y México, Argentina representa una excepción en los albores del nuevo siglo como consecuencia de la profunda crisis económica que sufrió en dicho periodo. En el año 2013, el mayor gasto per cápita lo tenía Chile, con 1204 \$; seguido de Brasil y Argentina, 1085 \$ y 1074 \$, respectivamente y cerraba México, con 664 \$ per cápita. Cifras lejanas aún a países como EEUU, con 7.509,60 \$ o los 4.626 \$ de Canadá; 3461,8 euros de Alemania; 3.151,3 de Francia; o 1917,5 de España.

El aumento de gasto sanitario correlaciona positivamente con mejoras en la esperanza de vida, solamente entre 1995 y 2013, en Brasil y Chile se incrementa en 6 años; en México en 4 años y, finalmente, en Argentina en 3.

Si se atiende a otros indicadores de salud, como la tasa de mortalidad de bebés por cada 1000 niños nacidos, también muestran una evolución positiva. En 1981 Brasil tenía una tasa de 73 recién nacidos muertos por 1000 nacidos, reduciéndose a 15 en 2013. En el mismo periodo de tiempo considerado, Chile desciende de 26 a 7 recién nacidos por cada 1000 nacimientos; México, de 54 a 11 y Argentina, de 35 a 11.

Se puede concluir que existe una mejora significativa del indicador en un periodo de 35 años, si bien, aún son cifras superiores a países europeos como Alemania o España (3 y 4 bebés por cada 1000 nacidos, respectivamente).

La tasa de mortalidad (mortalidad por cada 1000 personas) arroja valores con tendencia a la disminución en los cuatro países considerados, destacando tasas más bajas (entre 5 y 8) que en Alemania o España (11 y 8 en 2013). La razón está relacionada con una pirámide de población más envejecida en la vieja Europa; de hecho, la población mayor de 65 años en 2014 es del 11% en Argentina; 8% en

Brasil; 11% en Chile y 6% en México, escaso porcentaje si se compara, por ejemplo, con Alemania o España (21% y 18% respectivamente). Becerril y Belló (2011) para Argentina, Becerril, Medina y Aquino (2011) para Brasil y Gómez Dantés y Becerril (2011) para México, analizan otros indicadores como mortalidad materna, prevalencia de enfermedades como la diabetes, tuberculosis, hipertensión arterial y partos atendidos por personal especializado en el mismo sentido.

Pero en los países ricos se ha evidenciado que no siempre el aumento de gasto sanitario redundo en mejoras de la salud. Cabe preguntarse qué nivel de gasto sanitario debería alcanzar un país para obtener los mejores resultados en salud.

Victor Fuchs (2004:104y107), a partir de la relación entre renta y mortalidad publicada por Samuel Preston en 1975, propuso el término “medicina de la parte plana de la curva” que es la corroboración empírica de que a partir de un determinado nivel de gasto sanitario, calculado en torno a los 1000 dólares per cápita, los rendimientos marginales en salud y longevidad de un mayor esfuerzo asistencial y económico son claramente decrecientes, hasta que el aumento de gasto se sitúa en un punto en el que los incrementos no suponen prácticamente ningún progreso en salud.

El desarrollo económico es esencial para la mejora de salud de una sociedad. La situación de los países referidos es de un incremento notable de renta en las últimas décadas, unido a un aumento del gasto sanitario que ha supuesto la mejora de los indicadores básicos de salud.

Para obtener los mejores resultados en salud no es suficiente con la disposición de los recursos adecuados, sino también el modo de asignación de los recursos, es decir, la controversia prestaciones públicas-prestaciones privadas.

Algunos apuntes sobre la cobertura de los sistemas sanitarios de Brasil, Argentina, Chile y México

En este punto se hace preciso revisar la literatura acerca de la cobertura de los sistemas sanitarios, especialmente si su desarrollo se efectúa por el sector público o es desplazado al sector privado.

El sistema de salud de Brasil está compuesto por un amplio sector público, el Sistema Único de Salud (SUS), que da cobertura al 75% de la población, y un creciente sector privado, que tiene el carácter de suplementario pero cubre ya el 25% restante mediante el sistema de reembolso directo. (Becerril et al. 2011). El sistema privado se dibuja como un conjunto de esquemas de aseguramiento que abarca desde planes para empresas, cooperativas y familias hasta planes individuales.

Uno de los problemas del sistema de salud brasileño es la infrafinanciación, por ello el Senado aprobó en el año 2008 una nueva reglamentación según la cual, para 2011, la federación destinaría a la salud un mínimo del 10% de sus ingresos, añadiendo a ese importe recursos de los Estados, del Distrito Federal y de los municipios. En el caso de la federación, estas

aportaciones se han ido incrementado en el 1,5% durante el trienio 2008-11 (Becerril et al. 2011).

Lena Lavinas (2015) analiza las consecuencias de la falta de desarrollo suficiente de los servicios públicos brasileños: Las familias se han tenido que endeudar cada vez más en este tipo de servicios, creándose un mercado crediticio-financiero en torno a la salud. Un componente de la lucha contra la pobreza ha sido activar el consumo y facilitar el acceso a créditos de amplias capas de población, pero nunca se había canalizado ese consumo hacia servicios propios del Estado de Bienestar y eso es lo que está ocurriendo en Brasil, el endeudamiento financiero de numerosas familias para atender a gastos sanitarios.

De igual manera, la política de deducciones en la declaración de la renta supone un regalo fiscal neto para las familias con mayor nivel de renta, todo ello implica el fortalecimiento del sistema privado y el trasvase de recursos económicos y humanos hacia él.

El sistema de salud en Argentina está compuesto por sector público y sector privado. El sector privado incluye: sistemas privados de medicina prepagada, establecimientos asistenciales contratados y entidades de seguro voluntario llamadas Empresas de Medicina prepaga (EMP).

En lo que se refiere al grado de protección del sistema, se ha estimado que el 8.37% de los hogares argentinos incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud y un 0.04% en gastos empobrecedores (Belló 2011).

El sistema de salud en Chile se estructura, de igual manera, sobre dos pilares: el público y el privado. El sistema privado de atención de salud se organiza en torno a las instituciones de salud previsional y pagos directos al proveedor privado de atención primaria o especializada en su caso.

El sistema público se organiza, a su vez, en torno al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Los pobres tienen serias dificultades para acceder a la atención de salud cuando la necesitan y, cuando la obtienen, acceden de manera tardía. (Olavarría 2005)

El sistema mexicano de salud también comprende dos sectores, público y privado. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR), entre otros.

Las tres funciones del sistema son: financiación, organización y administración del cuidado sanitario y, en último lugar, provisión de atención primaria y especializada.

Por otra parte, están las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social, siendo un subsistema en sí mismo. El sector privado comprende a las compañías aseguradoras y prestadores de servicios, incluyendo a los prestadores de servicios de medicina alternativa. En México,

según datos publicados por México evalúa¹⁰, el seguro popular daba cobertura a 31 millones de personas en el año 2011.

En el país hay tres grupos distintos de beneficiarios de las instituciones de salud: los trabajadores asalariados, los jubilados y sus familias; los autoempleados, trabajadores del sector informal, desempleados y personas que se encuentran fuera del mercado de trabajo, y sus familias; y la población con capacidad de pago, produciéndose una fragmentación selectiva del sistema sanitario.

En la población rural, casi el 4% de las familias presentan gastos catastróficos por motivos de salud en 2008 frente a sólo 2.05% de las zonas urbanas. Los mayores de 65 años muestran una prevalencia de gastos catastróficos por cobertura de enfermedades de 6.02%, mucho mayor que el porcentaje correspondiente a familias sin niños ni adultos, que es de 1.36%. En México hay más de 30 millones de personas sin cobertura sanitaria. (Gómez Dantés et al. 2011).

El 45% de las familias de ingresos más bajos tiene acceso únicamente a los servicios de salud del IMSS, todo esto se traduce en el acceso no universal y para las familias de menor poder adquisitivo, pocas opciones de atención médica.

Las dos características que marcan el sistema de salud en México son: 1) cambio de perfil epidemiológico que produce aumento en los costes de asistencia sanitaria y 2) el uso ineficiente de la financiación pública. Así por ejemplo, los costes administrativos rondan el 9%, el porcentaje más alto de la OCDE, frente a FONASA chileno con el 4%.

El derecho a la salud y su satisfacción a través del mercado

Una de las cuestiones relevantes en la realidad de la atención sanitaria es el peso del sistema privado. En la tabla 2 se recoge el porcentaje de gasto sanitario privado; es decir, soportado por el bolsillo de los usuarios:

Tabla 2. Porcentaje de gasto en salud privado

	1995	2000	2005	2010	2013
Argentina	69.5	63.0	64.3	60.3	65.3
Brasil	68.0	63.6	62.8	57.8	57.8
Chile	62.3	65.5	66.5	63.1	60.3
México	97.0	95.3	94.0	92.2	91.5

Fuente: El Banco Mundial BIRF AIF

¹⁰ A partir del documento “*En el Marco de la Cobertura Universal*” preparado por la Dra. Nelly Aguilera para México Evalúa, 2010. Disponible en http://www.mexicoevalua.org/wp-content/uploads/2013/02/MEX_EVA-INHOUS-GASTO_SALUD-LOW.pdf

En la tabla anterior se comprueba que las cantidades satisfechas por el bolsillo de los usuarios de servicios médicos se sitúan por encima del 60%, alcanzando en el caso mexicano porcentajes superiores al 90%.

Es decir, el incremento en el gasto sanitario per cápita ha sido soportado en mayor medida por las economías individuales.

Pero el mercado no es un buen medio de asignación de recursos de servicios sanitarios. Las características del mercado sanitario dan lugar a lo que la literatura económica denomina "fallos de mercado" y que exige la intervención de los poderes públicos.

Conceptualmente, en economía de la salud es más correcto hablar de mercados que de mercado¹¹. Sin hacer una revisión exhaustiva de los fallos de mercado, se pueden agrupar como sigue:

1. Relativos al bien o servicio que se oferta y se demanda. Este grupo incluye, entre otros, la existencia de bienes públicos y bienes preferentes, cuestiones de implicación bioética como la donación de órganos, existencia de externalidades. Se estima que la producción de vacunas en el mundo ha evitado anualmente 5 millones de muertes por viruela, 2,7 millones por sarampión, 2 millones por tétanos neonata, 1 millón por tosferina, 600.000 por poliomielitis parálitica y 300.000 por difteria¹² que no hubiesen obtenido cobertura por el mercado.
2. Relativos a la falta de "soberanía del consumidor". Este bloque de fallos contiene los que están relacionados con asimetrías de información y distorsión de la capacidad de obtenerla. Incluso los profesionales desconocen en muchos casos el gasto que conllevan sus decisiones, tampoco están obligados a conocer los recursos que recibe el hospital por la prestación de sus servicios.
3. A la incertidumbre de enfermar y a los costes de la enfermedad. Este grupo incorpora las asimetrías de información entre asegurado y asegurador. Los riesgos altos se aseguran en mayor porcentaje que los riesgos bajos. Para evitarlo, las aseguradoras pueden optar por sistemas de señalización sofisticados que dejen fuera del seguro a pacientes graves y costosos, lo que genera un serio problema de equidad.
4. Relativos a la asimetría de información institucional y relaciones de agencia. En este caso la asimetría de información afecta a la relación del paciente con otro mercado, el mercado de servicios institucionales entre hospitales y otros centros sanitarios. Los precios se resistirán a la baja ante la posibilidad de que un paciente potencial piense que un médico cobra barato porque no tiene

¹¹ Hsiao (1995) distinguió cinco mercados del sector de la salud que interactúan entre sí: mercado de la financiación, mercado de los servicios médicos, de los servicios institucionales, mercado de insumos y mercado de la formación de profesionales. La interpelación y coordinación entre estos mercados no es sencilla, se producen fricciones, retrasos en la evacuación de unos mercados a otros y existen fallos que limitan la eficiencia y la equidad de la asignación por el mecanismo del libre cambio.

¹² Estudio seroepidemiológico. Situación de las enfermedades vacunables en España Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional Carlos III, Centro Nacional de epidemiología 2000. Disponible en: [http://www.isciii.es/ISCIII/es\(contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/SEROEPIDEMIOLOGICO.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es(contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/SEROEPIDEMIOLOGICO.pdf)

muchos clientes y que esto sea consecuencia de su falta de calidad profesional. (Gimeno, Repullo y Rubio 2006).

5. Fallos relativos a la asimetría de información clínica y relaciones de agencia, el paciente delega las decisiones diagnósticas y terapéuticas en el médico.

6. Relativos a la especificidad de activos y las barreras a la entrada y salida. “Una característica de los mercados privados de servicios sanitarios es que los tratamientos hospitalarios tienen características de monopolios naturales porque requieren un coste fijo considerable, por ejemplo el coste de la tecnología médica avanzada” (Albi et al. 2011:322)

7. Relativos al conflicto de objetivos múltiples y no alineados. Se traduce en que: “el que paga no consume ni decide; el que consume no paga ni decide y el que decide no paga ni consume”.

El mercado no sólo adolece de fallos de eficiencia, sino que produce problemas insalvables de equidad cuestión que hace incompatible garantizar un derecho subjetivo con una asignación de recursos en la que el Estado no asume la responsabilidad. En palabras de Mayer-Serra *“No se trata de que quienes no pueden pagar no quitan que aquellos que sí pueden hacerlo estén mejor. La motivación radica en que al tener un doble sistema, uno público abierto a todos y uno privado sólo para quienes tienen dinero, el privado atrae los mejores recursos humanos y materiales del sistema de salud. Además, dado que quienes pueden pagar suelen tener más influencia, al tener la opción del servicio privado, se suelen descuidar los servicios públicos”*. (Elizondo Mayer-Serra 2007:146).

Lavinas (2015), expone la deriva de un sistema de salud que constitucionalmente, desde 1988, tiene vocación de universalidad y de prestación de una cartera de servicios asimilable a la de los países más desarrollados, pero que como consecuencia de la expansión de los planes de salud privados, sustentado en fuertes incentivos y rebajas de carácter fiscal, así como en la popularización del acceso al crédito¹³ está provocando la expulsión de importantes bolsas de población de un sistema sanitario digno.

Este análisis expone un nuevo fallo del mercado: Cuando el derecho a la protección de la salud se desarrolla bajo la óptica de un bien de mercado, en lo que se refiere a la financiación, se produce un fallo, en el que el acceso al mismo, independientemente de la posibilidad de obtención de créditos, en términos de coste de oportunidad daña la equidad, genera debilidad del sistema público, que garantiza la subsanación de los fallos de equidad y provoca la dependencia financiera de las familias para satisfacer lo que, constitucionalmente es, un derecho fundamental.

En Brasil, el 62% de las camas son privadas, 2/3 de los equipos sanitarios y un 64% de las resonancias magnéticas también, y los titulares de primas de seguro de salud privadas, entre 2003 y 2013, ha aumentado en un 41%. El desarrollo económico basado en el crecimiento de la demanda interna por la vía del consumo, quiebra cuando se utiliza para financiar la protección de la salud como consecuencia, por ejemplo, de una subida en los tipos de interés.

¹³ Señala Lavina que sólo en 2013 según datos de ANFIP (2014:84), las exoneraciones fiscales alcanzaron los 8.500 millones de dólares a empresas.

Se puede concluir que, de las características exigidas por Bondía, ni la universalidad, ni la accesibilidad de toda la población, al menos por razones económicas, ni la gratuidad son satisfechas en ninguno de los países escogidos.

La satisfacción de las necesidades fundamentan el derecho a la salud requieren dos condiciones previas: un mínimo de recursos económicos que posibiliten la atención sanitaria y un sistema de asignación de recursos compatible con un derecho fundamental.

El gasto en salud de los países analizados en este trabajo es menor que en los países europeos o en EEUU, lo que significa que el crecimiento en gasto experimentado en las últimas décadas se ha traducido en mejoras en salud como indican la esperanza de vida o la tasa de mortalidad de bebés.

Conclusiones

La garantía de un derecho tiene dos exigencias: su reconocimiento legal y la articulación de los recursos, medios y organización que hagan posible su cobertura real y efectiva.

El reconocimiento legal requiere la incorporación al ordenamiento constitucional como derecho fundamental así como las garantías normativas, jurisdiccionales e institucionales adecuadas. La cobertura aborda tres ángulos diferentes: la cartera de prestaciones y servicios asistenciales correspondientes al contenido del derecho; la cobertura poblacional, es decir la universalización del derecho, en algunos casos está garantizada normativamente, pero en la práctica quedan excluidas importantes bolsas de población y, en tercer lugar, la financiación pública del servicio que garantice la gratuidad de la satisfacción del derecho.

La protección de la salud, como derecho fundamental, exige, por tanto, dos condiciones: reconocimiento constitucional adecuado con una delimitación de su contenido reconocible y la satisfacción efectiva de las necesidades sanitarias en los tres ángulos de cobertura.

Los países han ido recogiendo paulatinamente el derecho a la salud en sus constituciones a partir de las declaraciones y convenios del Derecho Internacional. Esto ha supuesto un éxito sobre las teorías e inercias negacionistas. Su incorporación ha sido variada según el continente, las condiciones económicas de cada sociedad y la sensibilidad del legislador respecto a considerar la salud como derecho, es decir, la economía, el derecho y la política han dado forma a tantos matices como sociedades distintas.

Se ha convertido en habitual la incorporación del derecho a la salud sin que los poderes públicos, especialmente el ejecutivo, satisfagan y garanticen el mismo, esta circunstancia hace que, en la práctica, el texto constitucional se convierta en una mera declaración de intenciones.

Pero la mejora de la salud de la población está íntimamente relacionada con el progreso económico, en cuanto mejora de alimentación, vivienda, educación y condiciones de vida. Los periodos de crecimiento del gasto sanitario se correlacionan positivamente con los ciclos de crecimiento económico, por tanto, parece lógico pensar que, además de las modificaciones legislativas que

exijan y regulen el desarrollo y organización de recursos y medios, actúa como factor determinante para la cobertura efectiva del derecho es la renta. No obstante, la organización, cartera de servicios y cobertura de los sistemas sanitarios son un factor determinante de la salud.

Por tanto, la pregunta que se formula es si puede garantizarse el derecho a la protección de la salud sin un desarrollo económico suficiente más allá de su incorporación jurídica al ordenamiento. En niveles muy bajos de renta parece difícil la implantación de mecanismos suficientes de cobertura sanitaria, pero cuando la renta evoluciona de manera progresiva creciente, entra en juego la racionalidad del sistema, en su doble vertiente: tanto de contenido como formal o de medios.

La primera implica no solo la delimitación de un contenido mínimo esencial del derecho a la protección de la salud sino también el desarrollo práctico del mismo. Este trabajo revisa cuatro países iberoamericanos: Argentina, Brasil, Chile y México. Los cuatro han reconocido el derecho a la protección de la salud con distintos niveles de especificidad y amplitud normativa, pero en los cuatro existe un denominador común: una notable discrepancia entre el grado de protección constitucional y la aplicación de los derechos de protección de la salud. Todo ello a pesar de que la Corte Iberoamericana de Derechos Humanos ha señalado la obligación de los órganos del Estado de respetar y garantizar los derechos fundamentales en diversas resoluciones.

La racionalidad de contenido tiene implicación con la segunda dimensión de cobertura. Una vez determinado el mínimo sanitario, su cobertura no podrá restringirse por la Administración a un sector o varios de población puesto que como derecho fundamental debe ser universal. En algunos casos, como España, con el Real Decreto 16/2012¹⁴, la exclusión ha sido consecuencia del desarrollo legislativo y posible por una garantía constitucional insuficiente del derecho a la protección de la salud, mientras que en otros casos, como Brasil, la exclusión se produce por razones económicas.

Los incrementos de gasto sanitario de las últimas dos décadas han venido correlacionados con el crecimiento económico y acompañados de un refuerzo normativo-constitucional, logrando mejoras en los indicadores de salud.

La segunda dimensión de la racionalidad tiene que ver con la organización de los medios. La aplicación del gasto sanitario, en los cuatro casos analizados, se desarrolla en gran medida a través del mercado, tanto de aseguramiento como de servicios sanitarios. Este hecho, unido a unos recursos públicos insuficientes, ocasiona la ruina y el empobrecimiento de muchos hogares que incurren gastos catastróficos. Un nuevo fallo del mercado se está poniendo de manifiesto en Brasil, el endeudamiento familiar para consumo sanitario genera, en palabras del Dr. Repullo, una “universalización anoréxica” o “universalización excluyente” en términos de Lena Lavinas. Esta expansión del capitalismo financiero hacia sectores del Estado de Bienestar pueden generar nuevas burbujas que, una vez desinfladas, generan la desprotección de un derecho fundamental.

¹⁴ Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403

El mercado, pues, falla: puede servir para asignar eficientemente un bien en el mercado, pero no el derecho a la prestación sanitaria.

La salud es un derecho difícilmente compatible con una concepción de bien adquirible en el mercado. Los mercados sanitarios presentan fallos en eficiencia y en equidad que exigen la intervención de los poderes públicos.

En conclusión, Iberoamérica tiene una oportunidad, en un contexto de crecimiento económico y de incremento del gasto sanitario así como de desarrollo de instituciones sanitarias. La elección se sitúa entre la consolidación de un mercado excluyente que genera iniquidades y es incapaz de dar la cobertura exigible con un derecho fundamental, o se puede incorporar la experiencia y errores de los modelos europeos y desarrollar sistemas sanitarios aplicando principio de buen gobierno.

No se trata de la clásica tensión entre mercado y prestación pública, los fallos del mercado se subsanan mediante la intervención pública, pero esta a su vez tiene fallos. Las posibilidades se abren cuando el abanico de opciones contempla una tercera vía; esto es, superando los tres grandes grupos genéricos de obstáculos que se exponen a continuación, en la convergencia entre lo que el ordenamiento jurídico dicta y lo que los recursos disponibles permiten:

1- En primer lugar, lo que podíamos denominar senda histórica. Aunque todos los grupos puedan ganar juntando sus riesgos en un aseguramiento universal, en ocasiones la miopía y, en otros, el oportunismo hace que los sectores de mayores ingresos económicos y menos riesgos prefieran excluirse, su aversión al riesgo es menor como consecuencia de una menor probabilidad de enfermar y un menor impacto de las consecuencias económicas de la enfermedad. Lo solucionan con alternativas insolidarias y escapistas (*opting out*).

En realidad parece que la fragmentación del aseguramiento ha sido más la norma que la excepción. Y en este sentido la universalización europea sería una singularidad exitosa.

Se suele hablar de “*exceptionalism*” para explicar por qué Estados Unidos no siguió la senda de creación de sistemas de salud de amplia cobertura poblacional, como sí ocurrió en la mayoría de países europeos tras la Segunda Guerra Mundial¹⁵. Sin embargo, visto desde una perspectiva mundial, lo excepcional fue que los europeos asumieran crear un gran grupo de riesgo que incluyera a la gran mayoría de los ciudadanos. En los países subdesarrollados, o en los nuevos países en rápido desarrollo, vemos que el aseguramiento sanitario aparece fragmentado y segmentado por grupos con perfiles socioeconómicos, laborales y de riesgo diferentes.

2- En segundo lugar, el denominado buen gobierno de la escasez. La escasez, al bajar de un umbral mínimo de sostenibilidad, obliga a decisiones duras; determinar explícitamente la exclusión de poblaciones, la limitación de prestaciones, o la exigencia de copagos, implica un nivel grande de desgaste político, de erosión moral y de costes de gestión y supervisión. Paradójicamente

¹⁵ Martin McKee, David Stuckler D, “*The assault on universalism: How to destroy the welfare state*”, BMJ (Online), 2011, vol. 343, nº 7837. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7973>

los países pobres lo tienen internalizado: sólo los que puedan pagárselo tendrán acceso a la diálisis renal.

En los países ricos, con amplia experiencia con el Estado de Bienestar, es muy difícil excluir poblaciones, prestaciones o reducir el acceso económico a bienes y servicios que aporten mejoras de salud.

Sin embargo, Estados Unidos singulariza la combinación de un país rico que sin embargo ha inhibido fuertemente la externalidad compasiva (“*no money no bed*”).

Los países que han experimentado un fuerte desarrollo económico recientemente podrían aplicar racionalidad en las decisiones duras que deben tomar determinando una cartera de servicios básica, mientras integran poblaciones en grupos de riesgo coordinados. Este sería el reto de un buen gobierno de la escasez: orientar el crecimiento de coberturas en función de la necesidad social.

3- En tercer y último lugar, la barrera reside en el coste de la diversidad de agentes aseguradores y proveedores. La irracionalidad en el aseguramiento, con muchos grupos de riesgo, multiplica la entropía de la fragmentación de los proveedores: hospitales, consultorios de especialistas, centros de atención primaria o servicios de urgencia de diferentes redes públicas, privadas, con ánimo y sin ánimo de lucro configura una compleja red carga de ineficiencia.

Los costes de transacción de estas abigarradas combinaciones son altísimos, y su conducción virtuosa exige una infraestructura y talento gestor que sólo pueden esperarse en países con gran tradición de gobierno técnico y éticamente modélico. En países con una gran debilidad del Estado, y con vicios en la práctica como las puertas giratorias, es esperable una pérdida neta de eficiencia.

Parece lógico que se actúe por el lado de la oferta, integrando aseguradores y proveedores, cuando menos en un esquema virtual que evite altos costes de transacción y oportunismo post-contractual.

Bibliografía

ALBI IBÁÑEZ, E.; GONZÁLEZ PÁRAMO, J.M. Y ZUBIRI, I., Economía Pública I. Ariel: Barcelona, 2011.

BARROS, P.P. “The Black Box of Health Care. Expenditure Growth Determinants”. Health Economics; vol. 7 (6), pp 533-544, 1998.

BECERRIL MONTEKIO, V., GUADALUPE MEDINA, MC, ROSANA AQUINO, “Sistema de salud de Brasil” Salud Pública de México / vol. 53, suplemento 2, 2011.

BELLÓ, M., BECERRIL-MONTEKIO, V.M. Sistema de salud de argentina Salud Publica México n 53 suplemento 2, pp 96-108, 2011

BONDÍA GARCÍA, D., “La exigibilidad del derecho a la salud en situaciones de crisis sanitarias”. En Bonet Pérez, J., Saura Estapá, J., (Eds). El Derecho internacional de los derechos humanos en periodos de crisis. Estudios desde la perspectiva de su aplicabilidad. Madrid: Marcial Pons, 2013.

GIMENO, J. A.; REPULLO, J.R. Y RUBIO, S., Economía de la Salud: Fundamentos. Gimeno Juan A., Rubio Santiago y Tamayo Pedro (Eds). Madrid: Díaz de Santos, 2006

GÓMEZ DANTÉS, O., SESMA, S., BECERRIL, V.M., KNAUL, F.M., ARREOLA, H., FRENK, J. Sistema de salud de México Salud Publica México n 53 supl 2 pp 220-232, 2011.

GONZÁLEZ GARCIA, G., Las reformas sanitarias y los modelos de gestión Revista Panamericana Salud Publica/Pan Am J Public Health 9(6), pp 406-412, 2001.

FIGURAS, J., MUSGROVE, P., CARRIN, G., Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? Gaceta Sanitaria v.16 n.1 ene.-feb. 2002

FUCHS V., “More variation in use of care, more flat-of-the-curve medicine”. Health Affairs., 2004. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/early/2004/10/07/hlthaff.var.104.short>

ELIZONDO MAYER-SERRA, C. “El derecho a la protección de la salud”; salud pública de México; vol. 49, nº 2, marzo-abril pp 144-155, 2007.

FERNÁNDEZ LIESA, C.R., El Derecho internacional de los derechos humanos en perspectiva histórica. Pamplona: Civitas -Thomson Reuters, 2013.

HALL, R.E., JONES, C.I., THE VALUE OF LIFE AND THE RISE IN HEALTH SPENDING Working Paper 10737 <http://www.nber.org/papers/w10737>

HEYMAN, J., CASSOLA, A., RAUB, A., Y MISHRA, L., “Constitutional Rights to Health, Public Health and medical care: The status of health protections in 191 countries”, Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice, 8-6, 639-653, 2013. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2013.810765>

KLEIMAN, E., “The Determinants of National Outlay on Health”, The Economics of Health and Medical Care; London: MacMillan, 1974.

LEMA, CARLOS, Salud, Justicia, Derechos: El derecho a la salud como derecho social, Ed. Dykinson, Madrid, 2009.

LAVINAS, L., A financeirização da política social: o caso brasileiro Forthcoming at Politika, n. 2, July 2015.

MONTIEL, L. Derecho a la salud en México. Un análisis desde el debate teórico contemporáneo de la justicia sanitaria Revista IIDH vol 40 pp 291-313, 2004.

NEWHOUSE, J.P., “Medical Care Expenditure”: A Cross-national Survey”. Journal of Human Resources; vol.12 pp 115-125, 1977.

OLAVARRÍA GAMBI, M., Acceso a la salud en Chile Acta Bioethica año XI, n XI pp 47-64, 2005.

PÉREZ LÓPEZ, MIGUEL, “El derecho constitucional a la protección de la salud”. Derechos humanos 1999, pp 191-206, 1999.

RAFOLS, X., *Salud pública mundial y Derecho internacional*. Madrid: Marcial Pons, 2010.

ROBERTS, J., “Spurious Regression Problems in the Determinants of Health Care Expenditure: A comment on Hitiris”. *Applied Economics Letters*, vol. 7, pp 279-283, 2000.

SCHEFFLER RM. *Health expenditure and economic growth: An international perspective*. Occasional papers on globalization, University of South Florida

SEUBA HERNÁNDEZ, X., “Los orígenes de la cooperación sanitaria internacional”. *Salud pública mundial y Derecho internacional*. Pons Rafols, X (Ed.). Madrid: Marcial Pons, 2010.

SEUBA HERNÁNDEZ, X., *La protección de la salud ante la regulación internacional de los productos farmacéuticos*. Madrid: Marcial Pons, 2010.

ZÚÑIGA FAJURI, A. *El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud en la constitución: una relación necesaria* *Estudios constitucionales* vol.9 no.1 pp 37-64, 2011.