

Marco normativo de la medicina privada en México

FERNANDO CANO VALLE

Coordinador



MARCO NORMATIVO DE LA MEDICINA PRIVADA EN MÉXICO

DIRECTORIO

Dra. Mónica González Contró

Directora

Dr. Mauricio Padrón Innamorato

Secretario Académico

Mtra. Wendy Vanesa Rocha Cacho

Jefa del Departamento de Publicaciones

CRÉDITOS EDITORIALES

Wendy Vanesa Rocha Cacho

Coordinación editorial

Cristopher Raúl Martínez Santana

Cuidado de la edición

y formación en computadora

Edith Aguilar Gálvez

Diseño y elaboración de portada

MARCO NORMATIVO DE LA MEDICINA PRIVADA EN MÉXICO

FERNANDO CANO VALLE

Coordinador



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS
MÉXICO, 2024

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Cano Valle, Fernando, editor.

Título: Marco normativo de la medicina privada en México / Fernando Cano Valle, coordinador.

Descripción: Primera edición. | México : Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2024. | Serie: Serie Estudios jurídicos ; núm. 409.

Identificadores: LIBRUNAM 2243686 (libro electrónico) | ISBN 9786073093743 (libro electrónico).

Temas: Atención médica -- Leyes y legislación -- México. | Atención médica -- Finanzas -- México. | Seguros de salud -- Leyes y legislación -- México. | Reforma sanitaria -- México. | Pobres -- Atención médica -- México.

Clasificación: LCC KGF1241 (libro electrónico) | DDC 346.72082—dc23

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

La presente obra ha sido sometida a un proceso de dictaminación basado en el sistema de revisión por pares doble ciego, llevado a cabo por personas académicas independientes a la institución de afiliación de la persona autora, conforme a las Disposiciones Generales para la Actividad Editorial y de Distribución de la UNAM y los Criterios Específicos de Evaluación del Conahcyt.

Primera edición: 2 de septiembre de 2024

DR © 2024. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS
Circuito Mario de la Cueva s/n
Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510 Ciudad de México
ISBN (libro electrónico): 978-607-30-9374-3

Hecho en México

CONTENIDO

Introducción	VII
Fernando CANO VALLE	
CAPÍTULO PRIMERO	
Marco jurídico regulatorio	1
Daniel MÁRQUEZ	
CAPÍTULO SEGUNDO	
El derecho de la salud como un derecho humano.	27
Jorge WITKER	
CAPÍTULO TERCERO	
El ámbito fiscal y la medicina privada.	63
Pastora MELGAR	
CAPÍTULO CUARTO	
El sector privado. Infraestructura hospitalaria	81
Francisco P. NAVARRO-REYNOSO	
CAPÍTULO QUINTO	
La formación de médicos en el ámbito de la medicina privada.	97
José J. VILLALPANDO CASAS	
Bibliografía	115

INTRODUCCIÓN

Es reconocido que, en la mayor parte de los países del mundo y, particularmente, en este continente, los sistemas de salud público y privado se encuentran en franca interacción al margen de la organización y la prestación del servicio de cada sector.

En el caso del sector privado, las empresas que generan y ofrecen los insumos mantienen una adecuada relación con el grupo médico y las compañías aseguradoras. En algunos países es frecuente que los derechohabientes del sistema público utilicen los servicios del sector privado, elevando los niveles de gasto de bolsillo y el riesgo de caer en gastos catastróficos por motivo de salud. Este fenómeno no es privativo de un país en particular, como veremos en los siguientes ejemplos:

El 25 de noviembre de 1988, la Cámara Baja del Parlamento Alemán aprobó la Ley de Reforma Sanitaria. El aumento de los costos de la “atención médica” fue el factor detonante.

En octubre de 1990, la República Democrática Alemana disuelve el “sistema sanitario” —disolución en vez de reorganización—. La directiva del Partido Socialista Unificado de Alemania ejerció una influencia predominante en la selección de los médicos según directivas ideológicas. En el periodo de 1992-1999, los costos siguieron aumentando, los tratamientos de ortodoncia y prótesis dentales fueron excluidos, y el trabajo de los médicos se abonó con relación a los tratamientos, con el propósito de bajar los costos.

En la actualidad, la sociedad alemana está satisfecha con los servicios, según la consultora Pricewaterhouse Coopers, donde el 55% considera que el sistema de salud alemán se encuentra entre los tres mejores del mundo. Sin embargo, la misma consultora

detectó que la confianza se redujo entre 2016 y 2018, principalmente, por dos factores:

- 1) El hecho de que las consultas tienen una duración más breve, lo cual impacta la calidad y ha sido el principal motivo de queja de los pacientes encuestados; ello se deriva del esquema de financiamiento, en el que los médicos reciben una remuneración por parte de las instituciones público-privadas por cada paciente y tipo de consulta, lo cual se traduce en un fuerte incentivo por atender a la mayor cantidad de pacientes posibles.
- 2) La complejidad del aparato burocrático, donde el tema de la transición —que incluye la armonización del expediente clínico electrónico— ha sido lento e ineficiente.

En 1993, el presidente Clinton de Estados Unidos de América presentó el Plan de Reforma Sanitaria (control de precios de los medicamentos), bajo la idea de clasificar los medicamentos en dos apartados: en el grupo A estarían los monofármacos, con probada eficacia y seguridad bien documentada; en el grupo B, todos los demás. La seguridad social sólo paga los del grupo A.

En la gestión del presidente Obama se propuso “Obamacare”, que aún encuentra en la indefinición su futuro, sin duda impactado por los altos costos de la medicina, y lo que se ha denominado una dicotomía. En el 37% de la población asegurada por “Medicare” o “Mediciad”, los precios son conocidos públicamente y, en general, son incrementados de forma lenta. En contraste, los precios comerciales de la población asegurada en el ámbito privado son negociados en lo confidencial entre las clínicas y las organizaciones de salud con una franca diferenciación competitiva. El tamaño de los precios y la variación en particular con los hospitales representan un alto costo de aproximadamente el 40%; esa discrepancia es la que en Estados Unidos de América representa la caja negra en los precios comerciales y la salud.

En esta publicación hemos de abordar la importancia de la medicina privada en México. En una publicación reciente, Jorge

Witker menciona que la reforma constitucional de 2011 implicó en lo fundamental darle carta de naturalización a los derechos humanos en el ordenamiento jurídico mexicano, estableciendo un patrón distinto de interpretación de los mismos.

El principio pro persona —*ex pro homine*— establece: “Las normas relativas a los derechos humanos se interpretarán... favoreciendo en todo tiempo a las personas la protección más amplia”.¹

Por su parte, el principio pro persona, con relación a la protección de los seres humanos, encamina a la maximización del derecho consagrado; esto es, impone la naturaleza misma de los derechos humanos, la cual obliga a interpretar extensivamente las normas que los consagran o amplían, y restrictivamente las que los limitan o restringen.²

Hablando del panorama de la medicina privada en México, se observaron en 2013 un total de 2,301 hospitales: 1,453 generales; 19 psiquiátricos y de tratamiento de adicciones, y 829 de otras especialidades médicas. El Estado de México, la Ciudad de México y Jalisco concentraron el 30.8% de los hospitales.

En 2015, el número total de camas de los sectores público y privado fue de 184,112. Entre 2005 y 2015, las camas en el sector público mostraron un comportamiento variable, al registrarse una diferencia de 2,542 camas más en 2015 que en 2005, lo cual representa un crecimiento de 1.8%, mientras que al sector privado se le sumaron 2,473 de éstas, lo que significó un crecimiento de 5.9% con respecto a 2005.

Por otra parte, se generaron 120,441 empleos y se tuvieron ingresos por 47,023 millones de pesos. La Ciudad de México tuvo el primer lugar en empleos con 29,769, lo cual fue equivalente a un 24.7% de los trabajadores en el país.³

¹ Artículo 1o., párrafo 2, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

² Witker Velásquez, Jorge, *Hacia una investigación jurídica*, México, Porrúa-UNAM, 2019.

³ INEGI, “Hospitales privados en México”, *Censos económicos 2014*, disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/ce/2014/doc/infografias/inf_hpm_2014.pdf.

La infraestructura hospitalaria entre sectores muestra que el sector privado contaba en 2014 con más del 69% de las unidades hospitalarias para una población afiliada a seguros privados de 3.2 millones; en contraparte, el Seguro Popular y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contaban con el 18.3% y el 6.3% de unidades hospitalarias, respectivamente, para otorgar atención médica a una población afiliada de 55.6 y 43.4 millones, en ese orden.

En el contexto del gasto total en salud registrado en 2016, el 41.4% correspondió a erogaciones directas de las familias mediante gasto de bolsillo, y el 6.5% fue a través de aseguramiento privado. Es decir, la mayor carga financiera sigue siendo soportada por los hogares mediante el gasto privado, que para ese mismo año fue el segundo más alto entre los países de la OCDE.⁴

El contexto no es sencillo. Los sistemas fragmentados de salud han creado una segmentación desigual de la población en lo concerniente a su cobertura por los servicios de salud. Además, la magnitud de los gastos directos de bolsillo en salud, así como las pronunciadas inequidades en la distribución de la carga financiera entre los distintos quintiles de la población, producen brechas aún mayores en el acceso a la provisión de servicios de atención a la salud.

Se debe realizar un análisis de las reformas existentes o, en su caso, la discusión de implementar nuevas reformas, para que las desigualdades que se presentan entre la medicina pública y la medicina privada se vean disminuidas, y esto tenga un impacto en la población y en el gasto de bolsillo, que —como se ha visto— es de gran magnitud.

Al cabo del tiempo, quizá el impacto negativo más significativo va en relación con la inequidad; si se acepta el criterio de que la pobreza es una privación de ciertas capacidades, siendo una de ellas la salud, entonces —por definición— todo lo que se haga

⁴ Coneval, *Estudio diagnóstico del derecho a la salud 2018*, México, 2018, disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf.

por mejorar la salud reduce la pobreza, según George Allyn. En México, el progreso se ha visto obstaculizado por una serie de factores, entre los que destacan:

- La falta de equidad en el acceso a todos los elementos de atención primaria de salud.
- El desarrollo económico lento.
- La distribución desequilibrada de los recursos humanos y el escaso apoyo a los mismos.

En esta publicación se han de mencionar conceptos que fortalezcan la atención médica de la sociedad mexicana.

Fernando CANO VALLE*

* Investigador en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

CAPÍTULO PRIMERO

MARCO JURÍDICO REGULATORIO

Daniel MÁRQUEZ

SUMARIO: I. *La medicina privada: el paradigma de la autonomía de la voluntad.* II. *La regulación pública de la medicina privada.* III. *La medicina privada como coadyuvante en la vigencia del derecho humano a la salud.* IV. *La regulación de la medicina privada.*

I. LA MEDICINA PRIVADA: EL PARADIGMA DE LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD

El artículo 5o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos prescribe que a ninguna persona podrá impedírsele que se dedique a la profesión que le acomode, siendo lícita. Destaca que el ejercicio de esa libertad sólo puede vedarse por determinación judicial, cuando se ataquen los derechos de tercero, o por resolución gubernativa, dictada en los términos legales, cuando se ofendan los derechos de la sociedad.

La medicina privada es en donde participan los profesionales de la salud y las empresas dedicadas a la medicina.¹ Para delimitar la medicina privada, diremos que es aquel sector de la praxis médica financiada directamente por ciudadanos que pagan la

¹ Aren, Julio A., “Opinión sobre la aplicación de la Ley 26682 al orden provincial y previsional”, en Bianchi B., Alberto, *Medicina prepaga. Facultades reservadas a las provincias*, La Plata, Universidad de La Plata, 2013, p. 87.

prestación de un servicio o de un seguro mediante una póliza.² El paradigma de la medicina privada, también llamado liberal, consiste en dar servicios a la población a la cual sirve; la atención es individual y privada y mediante paga por servicios o con seguros médicos, o sea, no es solidaria.³ Así, este campo de la medicina está protegido por los derechos humanos que incluye nuestro régimen legal.

En este contexto, el artículo 38 de la Ley General de Salud prescribe que “Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles”. En materia de tarifas se aplica el artículo 43 de esa Ley, que excluye el servicio personal independiente.⁴ Los servicios pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, ya sea individuales o colectivos. La idea de convención o convenio entre partes presente en la caracterización de la Ley General de Salud se refiere al concepto de “autonomía de la voluntad”, que plasma el derecho mexicano en la legislación civil.

En este sentido, nuestro Código Civil Federal destaca que el convenio es el acuerdo de dos o más personas para crear, transferir, modificar o extinguir obligaciones;⁵ así, los convenios que producen o transfieren obligaciones y derechos toman el nombre de contratos. Además, para la existencia del contrato se requiere del consentimiento y que el objeto pueda ser materia del contrato.⁶ La aplicación a esta rama de la medicina de las disposiciones

² Soler i Fàbregas, M., “Sanidad: entre salud, economía y profesionales”, en Bras i Marquillas, Josep y De la Flor i Brú, Josep E. (dirs.), *Pediatría en atención primaria*, 2a. ed., Barcelona, Masson, 2005, p. 71.

³ Jaramillo Antillón, Juan, *Historia y filosofía de la medicina*, San José, Universidad de Costa Rica, 2005, p. 183.

⁴ Artículo 43 de la Ley General de Salud: “Los servicios de salud de carácter social y privado, con excepción del servicio personal independiente, estarán sujetos a las tarifas que establezca la Secretaría de Economía, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud”.

⁵ Artículo 1792 del Código Civil Federal.

⁶ Artículo 1793 del Código Civil Federal.

civiles se advierte de la norma civil que prescribe: “Las disposiciones legales sobre contratos serán aplicables a todos los convenios y a otros actos jurídicos, en lo que no se opongan a la naturaleza de éstos o a disposiciones especiales de la ley sobre los mismos”.⁷

Además, la legislación civil regula el contrato de prestación de servicios profesionales en sus artículos 2606-2616, en donde se destaca:

- El que presta y el que recibe los servicios profesionales pueden fijar, de común acuerdo, retribución debida por ellos.
- En el caso de profesionistas sindicalizados se observarán las disposiciones relativas establecidas en el respectivo contrato colectivo de trabajo.
- Si no hay convenio, los honorarios se regularán atendiendo conjuntamente a las costumbres del lugar, a la importancia de los trabajos prestados, a la del asunto o caso en que se prestaren, a las facultades pecuniarias del que recibe el servicio y a la reputación profesional que tenga adquirida el que lo ha prestado.
- Si los servicios prestados están regulados por arancel, éste servirá de norma para fijar el importe de los honorarios reclamados.
- Cuando se carezca de título para ejercer una profesión que legalmente lo exija, además de incurrir en las penas legales, no se tendrá derecho de cobrar retribución por los servicios profesionales.
- En la prestación de servicios profesionales pueden incluirse las expensas que hayan de hacerse en el negocio en que aquéllos se presten.
- A falta de convenio sobre su reembolso, los anticipos serán pagados en los términos del artículo 2610, con el rédito legal, desde el día en que fueren hechos, sin perjuicio

⁷ Artículo 1794 del Código Civil Federal.

de la responsabilidad por daños y perjuicios cuando hubiere lugar a ella.

- El pago de los honorarios y de las expensas, cuando las haya, se harán en el lugar de la residencia del que ha prestado los servicios profesionales, inmediatamente que se preste cada servicio o al final de todos, cuando se separe el profesor o, en su caso, se haya concluido el negocio o trabajo que se le confió.
- Si varias personas encomendaren un negocio, todas ellas serán solidariamente responsables de los honorarios del profesor y de los anticipos que hubiere hecho.
- Cuando varios profesores en la misma ciencia presten sus servicios en un negocio o asunto, podrán cobrar los servicios que individualmente hayan prestado cada uno.
- Los profesores tienen derecho de exigir sus honorarios, cualquiera que sea el éxito del negocio o trabajo que se les encomiende, salvo convenio en contrario.
- Siempre que un profesor no pueda continuar prestando sus servicios, deberá avisar oportunamente a la persona que lo ocupe, quedando obligado a satisfacer los daños y perjuicios que se causen, cuando no diere este aviso con oportunidad.
- El que preste servicios profesionales sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito.

Como se advierte, entre las partes (el profesional de la medicina y el que contrata los servicios del médico) prima la autonomía de la voluntad. Para León Duguit, la autonomía de la voluntad es el derecho de querer jurídicamente, el derecho de poder mediante un acto de voluntad y bajo ciertas condiciones, crear una situación jurídica.⁸ En torno a la autonomía de la voluntad, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha destacado:

⁸ Duguit, León, *Las transformaciones generales del derecho privado desde el Código de Napoleón*, México, 2007, nota 28, p. 36.

...el principio de autonomía de la voluntad *goza de rango constitucional* y no debe ser reconducido a un simple principio que rige el derecho civil. Así las cosas, el *respeto del individuo como persona requiere el respeto de su autodeterminación individual*, por lo que si no existe *libertad del individuo para estructurar sus relaciones jurídicas de acuerdo con sus deseos*, no se respeta la *autodeterminación* de ese sujeto. Aunado a lo anterior, el principio de *autonomía de la voluntad tiene reflejo en el derecho de propiedad y en la libertad de contratación*, la cual también es un elemento central del *libre desarrollo de la personalidad*, y en cuya virtud las partes de una relación jurídica son libres para gestionar su propio interés y regular sus relaciones, sin injerencias externas.⁹

Como se advierte, la autonomía de la voluntad está protegida por la Constitución y es el espejo de la libertad individual. Así, atendiendo a la presencia de la autonomía de la voluntad en la medicina privada, ésta se considera una “empresa”, entendida como “...organizaciones que persiguen la utilidad económica como fin a cambio de ofertar un bien o servicio”. Las organizaciones de salud privadas están en este concepto; es decir, la mayor utilidad posible en el mercado competitivo actual a cambio de ofertar un servicio con la mayor calidad posible (y costeable) de atención al cuidado y restablecimiento de la salud.¹⁰

A la medicina privada se le aplica la legislación sobre obligaciones, contratos, responsabilidad civil, propiedad, seguros, quiebras, competencias económicas, protección al consumidor, penal, arbitraje médico, etcétera. Destaca entre esta legislación el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

⁹ Tesis 1a. CDXXV/2014 (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, registro: 2008086, libro 13, t. I, diciembre de 2014, p. 219, con rubro: “AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD. ES UN PRINCIPIO DE RANGO CONSTITUCIONAL”.

¹⁰ Robledo Galván, Héctor Gabriel *et al.*, “Reflexiones en torno al hexágono de calidad de los servicios de salud”, en Secretaría de Salud, *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones*, 2a. ed., México, Secretaría de Salud, 2015, p. 59.

Aquí, el trabajo del médico privado complementa a los fines estatales, en la medida en que realiza el bien común.

En el rubro de instituciones de salud del sector privado, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) ubica a todas las instituciones de salud pertenecientes a este sector que ofrecen servicios de salud a la población derechohabiente previo convenio o contrato y a la no derechohabiente o abierta; aquí se encuentran las que brindan servicios médicos subrogados y las clínicas o unidades de consulta externa. Entre las instituciones de salud privadas se ubican a “todas las instituciones de salud privadas que ofrecen servicios de salud a la población no derechohabiente o abierta”, como clínicas, hospitales, sanatorios, centros médicos con servicios a la población abierta. También hay instituciones privadas de beneficencia, como la Cruz Roja y los dispensarios médicos. Además, se alude a las aseguradoras, los bancos y otras instituciones de prepago de servicios médicos, en donde se ubican las “instituciones de seguros a través de las cuales las personas garantizan su acceso a los servicios de salud mediante un pago anticipado”.

Un tipo especial de medicina privada es la medicina de “prepago”, que es regulada por la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS). En este sentido, la LGISMS destaca entre las “operaciones de seguros” en el artículo 7o., fracción II, los de “accidentes y enfermedades”, en los ramos: *a)* accidentes personales; *b)* gastos médicos, y *c)* salud. El ramo de salud se encomienda a “instituciones de seguros autorizadas exclusivamente para ese efecto y a las cuales únicamente se les podrá autorizar a practicar, de manera adicional, el ramo de gastos médicos”. Además, se establece una regulación especial para su operación y desarrollo del ramo de salud derivado de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, previa opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y de la Secretaría de Salud.

La regulación de este sector, en términos de los artículos 8o., 16, 36 y 39 de la LGISMS, es el siguiente:

- El ramo de gastos médicos corresponde a los contratos de seguro que tengan por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad.
- Para obtener autorización se deberán cumplir con los siguientes requisitos:
 - a) Presentar el proyecto de escritura constitutiva o contrato social.
 - b) Presentar la relación de los socios fundadores, indicando su nacionalidad, el capital que suscribirán, la forma en que lo pagarán, así como el origen de los recursos con los que se realizará dicho pago.
 - c) Presentar un programa estratégico para la implementación de las políticas y normas.
 - d) Señalar los nombres, nacionalidad, domicilios y ocupaciones de los consejeros, funcionarios y contralor normativo.
 - e) Presentar un plan de actividades que, como mínimo, contemple: *i)* el capital o fondo social inicial; *ii)* las bases relativas a su organización y control interno; *iii)* las previsiones de cobertura geográfica y segmentos de mercado que pretendan atender, y *iv)* los programas de operación técnica y colocación de seguros respecto a las operaciones y ramos para los cuales están solicitando autorización.
 - f) Presentar el comprobante de haber constituido en Nacional Financiera, S. N. C., un depósito en moneda nacional o en valores de Estado, por su valor de mercado, igual al 10% del capital mínimo con que deba operar, según esta Ley.
- La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, oyendo la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas,

dictará las reglas de carácter general en las que se establecerá la forma y términos en que se deberá acreditar el cumplimiento de los requisitos anteriores.

- La autorización respectiva quedará sujeta a la condición de que la empresa de seguros quede organizada y dé comienzo a sus operaciones en los plazos legales (tres meses).
- El depósito se devolverá al comenzar las operaciones o denegarse la autorización, pero se aplicará al fisco federal si no se inicia operaciones en el plazo legal. En el caso de que se deniegue la autorización, la autoridad podrá retener al solicitante hasta el 10% del depósito y lo aplicará al fisco federal en razón de las erogaciones que en el trámite se hubieran hecho.
- En el caso de la autorización para constituir una institución de seguros para operar en el ramo de salud, además de los requisitos anteriores, se debe acompañar un dictamen provisional que emita la Secretaría de Salud, previo pago de los derechos correspondientes, que no debe tener más de sesenta días naturales de haber sido expedido, en el que se haga constar que la institución cuenta con los elementos necesarios para poder prestar los servicios que son materia de los contratos de seguro, o que subcontratará dichos servicios.
- El dictamen definitivo que emita la Secretaría de Salud, previo el pago de los derechos correspondientes.
- En el caso de las instituciones de seguros que operan en el ramo de salud, deberán contar con un contralor médico nombrado por el Consejo de Administración y ratificado por la Secretaría de Salud, de acuerdo con los criterios que emita dicha Secretaría, en donde se tomarán en cuenta, entre otros requisitos, la experiencia y los conocimientos médicos, no tener parentesco por consanguinidad hasta el segundo grado, o afinidad, con el director general de la institución, y no encontrarse en ninguno de

los supuestos a que se refieren los incisos *b, c, d, e, f, g* y *h* del numeral 3, fracción VII Bis, del artículo 29 de la Ley.¹¹

- El contralor médico debe, entre otras actividades, supervisar el cumplimiento del programa de utilización de los servicios médicos de la institución, el funcionamiento de la red de servicios médicos de la institución a fin de que su cobertura sea apropiada, el cumplimiento de las normas oficiales mexicanas aplicables derivadas de la Ley General de Salud y el seguimiento a las reclamaciones presentadas en contra de la institución, en los términos que establezca la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, mediante disposiciones de carácter general, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud.
- El contralor médico debe informar cuatrimestralmente a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a la Secretaría de Salud lo relacionado a las obligaciones a su cargo.
- Las instituciones de seguros que operen en el ramo de salud deben: *a)* mantener los servicios médicos y hospitalarios ofrecidos, de tal manera que la infraestructura sea suficiente para satisfacer directa o indirectamente los contratos suscritos; *b)* informar a los asegurados por escrito dentro de los quince días hábiles siguientes sobre los cambios en la red de infraestructura hospitalaria, y *c)* ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de la institución, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la institución y el costo del servicio que le preste el médico, conforme a lo pactado.

¹¹ No ser cónyuge; tener litigio; haber sido sentenciado por delitos patrimoniales; ser concursado no rehabilitado; servidores públicos encargados de vigilar las instituciones de seguros; los que realicen funciones de regulación de las instituciones de seguros; los servidores públicos del Banco de México, del Instituto para la Protección al Ahorro Bancario, de la Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro, de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores y de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros.

- Para fortalecer la cultura del seguro y, a su vez, extender los beneficios de su protección, las instituciones de seguros, atendiendo a las operaciones, a los ramos que tengan autorizados, así como a los seguros y coberturas que comercializan, deberán ofrecer un producto básico estandarizado para cada una de las siguientes coberturas: gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades.

Sin embargo, la incorporación de estas empresas en México no ha estado exenta de polémica. Desde 2005, Roberto R. Kretschmer llamó a este esquema como “la rapaz medicina innecesaria”, de la que los médicos debemos asumir toda la responsabilidad, no importa la complicidad del paciente. Asimismo, se encuentran las demandas de mala práctica y su medicina defensiva, escaladas a un nivel tan caro como grotesco. También tenemos la sobreespecialización, el intermediarismo y la sobreadministración. Además, víctima de sus propios éxitos, está la transición epidemiológica, creando poblaciones añosas con padecimientos muy complejos, prolongados y caros: diabetes, cáncer, cardiopatías, etcétera. Como si esto fuera poco, la *hybris* sería castigada con la aparición del SIDA y el regreso de viejos conocidos, como la tuberculosis, las multirresistencias microbianas por abuso de antibióticos, entre otras enfermedades.¹²

El mismo autor destaca que con pasmosa celeridad americana se creó un oligopolio de empresas que ofrecían medicina administrada (HMO, Health Maintenance Organizations, término acuñado por Nixon en 1970). Su estrategia fue simple: la empresa aseguradora vende un seguro médico a gente preferentemente joven y sana, a los que les obliga a utilizar sólo sus redes de médicos, hospitales y laboratorios, mismos que acicala con conveniente publicidad y que, por supuesto, también controla, obligándolos a practicar una medicina rabiosamente contentiva de costos, so

¹² Kretschmer, Roberto R., “El ejercicio actual de la medicina. Presiones, depresiones e ilusiones”, *Rev. Fac. Med. UNAM*, vol. 48, núm. 5, septiembre-octubre de 2005.

pena de castigos económicos y premiando, perversamente, el sometimiento de los médicos a estas reglas. Se instauro la regla mordaza, que prohíbe al médico siquiera proponer ciertos tratamientos por ser costosos.

II. LA REGULACIÓN PÚBLICA DE LA MEDICINA PRIVADA

Del propio artículo 5o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se podría obtener una caracterización más interesante de la medicina privada a partir de la idea de “profesión liberal”, entendida como la que se realiza en razón de un interés público, pero ajustada a necesidades concretas, que es individualizada, en la medida en que fomenta una relación de confianza con el paciente, e independiente, porque trabaja con restricciones limitadas al ámbito de la ética profesional (deontología médica) y con las limitaciones del entorno en el que se desenvuelve.¹³

No debemos olvidar que el artículo 23 de la Ley General de Salud define a los servicios de salud como todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad, entre los cuales el artículo 24 incluye a los servicios de atención médica y asistencia social.

En torno a las restricciones a la libertad de trabajo de los médicos, la tesis de jurisprudencia 1a./J. 51/2009, aprobada por la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, al analizar el contenido del artículo 271 de la Ley General de Salud, en lo que se refiere a que los productos para adelgazar o engrosar partes del cuerpo o variar las proporciones del mismo, que contengan hormonas, vitaminas y, en general, sustancias con acción terapéutica que se les atribuya esta acción, serán considerados medicamentos, así como los cosméticos del artículo 269 de esa norma, destacó lo siguiente:

¹³ Soler i Fàbregas, M., *op. cit.*, p. 71.

La libertad de trabajo no es absoluta y, como otros derechos fundamentales, admite restricciones. El juez constitucional al analizar esas restricciones para determinar si son válidas o no, debe comprobar que éstas satisfagan tres requisitos: a) que sean admisibles constitucionalmente, b) que sean necesarias, y c) que sean proporcionales. Si atendemos a que la práctica de la medicina no puede permanecer ajena a una regulación o control por parte del Estado, ya que el ejercicio de esta profesión necesariamente implica la probabilidad de afectación de derechos de terceros.¹⁴

En este sentido, la Ley General de Salud destaca en varios de sus preceptos, en particular los artículos 5o., 6o., 31, 44, 46, 48 y 49, una serie de orientaciones aplicables a la medicina privada, que la muestran como un segmento profesional fuertemente regulado, lo que limita severamente la autonomía de la voluntad:

- Su integración al Sistema Nacional de Salud, al destacar que forman parte de ese sistema: “las personas físicas o morales de los sectores social y privado”.
- Su vinculación con el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en materia de “derecho a la protección de la salud”.
- Como una actividad susceptible de promoción estatal, vía la concertación de acciones a través de convenios y contratos en los que se acaten estas bases:
 - 1) Definición de las responsabilidades que asuman las partes.
 - 2) Determinación de las acciones de orientación, estímulo y apoyo que llevará a cabo la Secretaría de Salud.
 - 3) Especificación del carácter operativo de la concertación de acciones, con reserva de las funciones de autoridad de la Secretaría de Salud.

¹⁴ Tesis 1a./J. 51/2009, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, registro: 167377, t. XXIX, abril de 2009, p. 507, con rubro: “RESTRICCIÓN A LA LIBERTAD DE TRABAJO. EL ARTÍCULO 271, SEGUNDO PÁRRAFO, DE LA LEY GENERAL DE SALUD PREVÉ UNA RESTRICCIÓN VÁLIDA A LA LIBERTAD DE TRABAJO DE LOS MÉDICOS”.

- 4) Expresión de las demás estipulaciones que de común acuerdo establezcan las partes.
- El papel que tienen la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, entre ellas:
- 1) Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento.
 - 2) Vigilar el funcionamiento de algunos servicios sanitarios, como son la prestación de servicios y de establecimientos de salud; la coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud; el Programa Nacional de Prevención, Atención y Control del VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual; la prevención del consumo de estupefacientes y psicotrópicos; el programa contra la farmacodependencia; el control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación; el control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos y de los establecimientos respectivos; el control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios; el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células, y la sanidad internacional.
- La coordinación y la vigilancia general del cumplimiento de las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables en materia de salubridad general.
- La intervención de las secretarías de Economía y de Salud para la “adecuada distribución, comercialización y fijación” de los precios máximos de venta al público de los medicamentos e insumos.

- La obligación a cargo de los establecimientos particulares para el internamiento de enfermos, así como de prestar sus servicios en forma gratuita a personas de escasos recursos, en la proporción y términos que señalen los reglamentos.
- La obligación de la Secretaría de Salud de vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud, así como fijar las normas oficiales mexicanas a las que deberán sujetarse.
- La obligación de sujetarse a normas ambientales.
- La obligación a cargo de la Secretaría de Salud y de los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades educativas, de vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos.
- La obligación de la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas de coadyuvar con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, y estimular su participación en el Sistema Nacional de Salud como instancias éticas del ejercicio de las profesiones, promotoras de la superación permanente de sus miembros, así como consultoras de las autoridades sanitarias, cuando éstas lo requieran.

En este contexto, el artículo 47 destaca que los establecimientos de servicios de salud deberán presentar aviso de funcionamiento a la Secretaría de Salud, los que no requieran autorización sanitaria (primer párrafo del artículo 200 bis de la Ley General de Salud). El aviso debe: *a)* expresar las características y tipo de servicios; *b)* en el caso de establecimientos particulares, señalar también al responsable sanitario; *c)* presentarse por lo menos treinta días anteriores a aquel en que se pretendan iniciar operaciones y contener los requisitos establecidos en el artículo 200 Bis de la Ley

General de Salud: *i)* nombre y domicilio de la persona física o moral propietaria del establecimiento; *ii)* domicilio del establecimiento donde se realiza el proceso y fecha de inicio de operaciones; *iii)* procesos utilizados y línea o líneas de productos; *iv)* declaración, bajo protesta de decir verdad, de que se cumplen los requisitos y las disposiciones aplicables al establecimiento; *v)* clave de la actividad del establecimiento, y *vi)* número de cédula profesional, en su caso, del responsable sanitario. Además, en la operación y funcionamiento de los establecimientos de servicios de salud se deben satisfacer los requisitos que establezcan los reglamentos y normas oficiales mexicanas correspondientes.

Así, conforme al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, los establecimientos de carácter privado, en los términos del artículo 44 de la Ley, prestarán los siguientes servicios: *a)* colaborar en la prestación de los servicios básicos de salud a que se refiere el artículo 27 de la Ley, con especial énfasis en la educación para la salud, prevención y control de enfermedades transmisibles de atención prioritaria, planificación familiar y disponibilidad de insumos para la salud; *b)* proporcionar servicios de urgencias en función de los términos de la Ley y este Reglamento; *c)* hacer con oportunidad las notificaciones correspondientes de las enfermedades transmisibles a la autoridad sanitaria, de acuerdo con los términos señalados por la Ley; *d)* brindar atención médica a la población en casos de desastre; *e)* colaborar en la formación y desarrollo de recursos humanos para la salud, y *f)* desarrollar actividades de investigación, de acuerdo con los requisitos señalados por la Ley y dentro del marco de la ética profesional. Todo esto se podrá fijar en los instrumentos de concertación que al efecto suscriban la Secretaría y los establecimientos, tomando en cuenta el grado de complejidad y capacidad de resolución de cada uno de ellos. En todo caso, la participación de los establecimientos privados, en los términos de este artículo, se basará en las disposiciones técnicas que al efecto emita la Secretaría.

Como advertimos, la medicina privada también debe contribuir a la protección del derecho humano a la salud, consignado

en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; por lo tanto, debemos preguntarnos lo siguiente: ¿cuál es el impacto de este sector en el sistema de salud mexicano?

III. LA MEDICINA PRIVADA
COMO COADYUVANTE EN LA VIGENCIA
DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD

En la actualidad, nadie duda sobre la existencia del derecho humano a la salud; tampoco se controvierte el contenido de la Observación General 14, “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, 11 de agosto de 2000, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; por lo tanto, y atendiendo a la regulación pública del sector de la medicina privada, se puede afirmar que ésta es coadyuvante en la vigencia de ese derecho humano.

Según la Organización Mundial de la Salud, México tiene 127,540,000,000 de habitantes.¹⁵ El “gasto público total en salud”, para 2017, fue de \$622,937,399 pesos y, en cambio, el “gasto privado total en salud”, para el mismo periodo, fue de \$586,357,172 pesos, lo que equivale a \$1,209,294,571 pesos; esto significa que el gasto en medicina privada en ese periodo fue equivalente al 48.49% del gasto total en salud. Los indicadores de este periodo destacan:

Concepto	Parcial	Indicador
Gasto público total en salud como % del PIB		2.8
Gasto total en salud como % del PIB		5.5

¹⁵ WHO, Global Health Observatory Data Repository, World Health Statistics, Population, Data by country, Data by WHO Region, disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016POPv?lang=en> (fecha de consulta: 15 de marzo de 2018).

Concepto	Parcial	Indicador
Gasto público total en salud como % del gasto total en salud		51.5
Gasto público total en salud como % del gasto público total		15.8
Gasto público en salud per cápita para población con seguridad social		5,953.4
Gasto público en salud per cápita para población sin seguridad social		4,289.1
Gasto público en salud per cápita total		5,043.3
Aportación federal al financiamiento de la salud de la población sin seguridad social (%)		84.9
Gasto privado en salud per cápita		4,747.1
Distribución del gasto privado en salud por componentes		
% en productos, artefactos y equipos médicos	60.0	
% en servicios para pacientes externos	21.1	
% de servicios de hospitales	18.9	

FUENTE: Secretaría de Salud, “Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS)”, México, Dirección General de Información en Salud, 2017; Conapo, *Proyecciones de la población de México 1990-2030. Censo 2010*; INEGI, “Sistema de Cuentas Nacionales de México”, México, 2017; Banco de México, 2017, disponible en: www.banxico.org.mx; Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), México, 2017.

Según datos hasta 2015¹⁶ de INEGI, en lo que se refiere a la distribución porcentual del uso de los servicios de salud, tenemos lo siguiente:

¹⁶ INEGI, “Salud y seguridad social. Derechohabencia: distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud según tipo de institución”, disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabencia/>.

<i>Indicador</i>	<i>Porcentaje</i>
Servicios médicos privados	23.1
Servicios a la población abierta	40.1
Seguridad social	36.8

Otros datos relacionados con la medicina privada nos muestran la aportación de este sector a la salud.¹⁷

<i>Indicador</i>	<i>Parcial</i>	<i>Total</i>
Egresos de pacientes		1,867,826
Mujeres	1,198,033	
Hombres	669,793	
Número de médicos por cama censable		2.51
Número de establecimientos particulares de salud		2,877

El gasto de bolsillo en salud, de acuerdo con el Centro de Análisis e Investigación “Fundar”, se define como “la proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias”.¹⁸ Según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2018,¹⁹ el gasto corriente monetario total trimestral estimado fue de 1.10 billones de pesos; el rubro de alimentos, bebidas y tabaco

¹⁷ INEGI, “Salud y seguridad social. Sector privado”, disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/recursospriv/>.

¹⁸ Saldívar, Belén M., “Gasto de bolsillo en salud, tema pendiente en México”, *El Economista*, 31 de julio de 2017, disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/finanzaspersonales/Gasto-de-bolsillo-en-salud-tema-pendiente-en-Mexico-20170731-0101.html>.

¹⁹ El tamaño de la muestra fue de 87,826 viviendas, que representan a 125,091,790 habitantes.

representó el 35.3% del gasto corriente monetario (390.9 miles de millones de pesos); en cambio, el rubro de cuidados de la salud representó la menor categoría, con el 2.6% del gasto corriente monetario (29.1 miles de millones de pesos). Lo anterior representó un “gasto corriente monetario promedio trimestral de 838 pesos por hogar”.²⁰

En este contexto, se debe mencionar que el gasto de bolsillo en medicina ha sido “criticado”, porque “es la forma más *ineficiente e inequitativa* de financiar la atención a la salud”, puesto que “*no aprovecha la agregación de riesgos y rompe con un principio básico de justicia financiera* que indica que los individuos deben aportar al financiamiento de su salud de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades de salud”. Se destaca que

...el gasto de bolsillo invierte esta regla, ya que los que más *pagan son los más enfermos*, quienes con frecuencia son también *los más pobres*; además, expone a las familias a gastos excesivos que pueden llegar a ser *catastróficos* (que exceden en 30% de la capacidad de pago) y *empobrecedores* (que colocan a quien los eroga en la línea de pobreza).²¹

Asimismo, se afirma que el gasto de bolsillo, a su vez, “tiene [a] ser regresivo”.²²

Además, la cifra puede ser engañosa, porque, como lo destaca el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), en 172 municipios de 18 entidades (entre las que

²⁰ INEGI, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2018*, disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2018/doc/enigh2018_ns_presentacion_resultados.pdf.

²¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los “gastos catastróficos” como aquellos gastos en salud superiores al 30% de la capacidad de pago, que, a su vez, se define como el ingreso familiar disponible una vez descontado el gasto en alimentación. Los gastos empobrecedores son aquellos gastos en salud que hacen que una familia cruce la llamada “línea de pobreza”.

²² Sesma-Vázquez, Sergio *et al.*, “Gasto privado en salud por entidad federativa en México”, *Salud Pública de México*, 2 de febrero de 2015, disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4686/5156>.

destacan Oaxaca, Michoacán, Puebla, Veracruz, Estado de México y Chiapas), una de cada cuatro personas no podía ejercer su derecho a la salud conforme a la Constitución y la Ley General de Salud; asimismo, 2.1 millones de personas en esas entidades no estaban “adscritas a alguna institución de seguridad social o al Sistema Nacional de Salud, o no conocían que contaban con el acceso”. De éstas, ocho de cada diez personas pagaron por consultas, medicamentos, estudios de laboratorio, hospitalización, instrumental médico u otros rubros relacionados con la atención médica. Las consultas y los medicamentos fueron los ámbitos por los que se pagó con más frecuencia, y un 94.5% de la población accedió a estos servicios en médicos privados. Esta condición se repitió aun entre quienes tienen derechohabiencia “ante la percepción de falta de calidad u oportunidad de los servicios públicos”.²³

Lo anterior muestra un gran problema relacionado con la información: la medición del gasto en salud es complicada, ya que la información es escasa, incompleta y muchas veces de calidad cuestionable. La fuente principal de información para la medición del gasto público es la Cuenta de la Hacienda Pública, que es realizada por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Para la medición del gasto privado se cuenta con los datos del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) y las ENIGH, que son efectuadas por el INEGI.²⁴

Si trasladamos el debate al tema del gasto social —en el que se incluye el gasto en salud—, encontramos que México tiene el gasto más bajo de los países de la OCDE, con un 7.5% de gasto social expresado como porcentaje del producto interno bruto (PIB) en 2018; esto se traduce en un gasto neto social expresado como porcentaje del PIB hasta 2015 de sólo el 7.7%, lo que implica un raquítico crecimiento del 0.2%. Si lo comparamos con Francia, por ejemplo, tenemos que ese país tiene un gasto social del 31.2% y un gasto social neto del 31.7%, con un incremento

²³ “94.5% en México paga por medicina privada”, *El Siglo de Durango*, 8 de abril de 2019, disponible en: <https://www.elsiglodedurango.com.mx/noticia/1040961.945-en-mexico-paga-por-medicina-privada.html>.

²⁴ Sesma-Vázquez, Sergio *et al.*, *op. cit.*

del 0.5%.²⁵ En este sentido, el gasto del país expresado en porcentaje del PIB fue apenas del 2.9% en 2017, mientras que el gasto de salud de Francia fue del 8.8%, el del Inglaterra constituyó el 7.7% y el de Estados Unidos fue del 8.5%. El gasto en salud de México es uno de los más bajos de la OCDE.²⁶

Los indicadores de la OCDE son desalentadores:

- 1) *Estado de la salud.* La esperanza de vida al nacer era de 75 años en 2015, en comparación con el promedio de la OCDE de 80.6. Si bien la esperanza de vida ha aumentado considerablemente desde 1970, el avance se ha desacelerado desde principios de la década de 2000.
- 2) *Factores de riesgo.* Los mexicanos tienen la segunda prevalencia más alta de obesidad en la OCDE (33% de los adultos) y, además, la más alta proporción general de población con sobrepeso u obesidad (73%). Sin embargo, el país tiene también las tasas más bajas de consumo diario de tabaco (7.6% en comparación con el promedio de la OCDE de 18.4%) y consume poco alcohol (5.2 litros de alcohol puro anual per cápita en comparación con el promedio de la OCDE de 9.0 litros).
- 3) *Acceso.* El acceso a la atención, medido —por ejemplo— por la cobertura de la población por el seguro de salud, es menor en México que el promedio de la OCDE, aunque ha mejorado significativamente con el tiempo debido a las reformas del Seguro Popular.
- 4) *Calidad de la atención.* Las tasas de mortalidad posteriores a un infarto agudo al miocardio (ataque cardíaco) son las más altas en la OCDE y equivalen al 28% de las admisiones (cerca de cuatro veces mayores que el promedio de la

²⁵ OECD, “Social Expenditure Database (SOCX)”, disponible en: <http://www.oecd.org/social/expenditure.htm>.

²⁶ OECD, “Social Expenditure Database (SOCX). Compare your Country: Expenditure for Social Purposes”, disponible en: <https://www1.compareyourcountry.org/social-expenditure/en/2/all/default>.

OCDE de 7.5%). Al mismo tiempo, México muestra un desempeño relativamente bueno en términos de reducir al mínimo las admisiones hospitalarias por condiciones que podrían tratarse con éxito en instalaciones de atención primaria, como el asma y la EPOC.

- 5) *Recursos*. El gasto en salud promedio de \$1,080 por persona (ajustado a estándares de vida locales) es cuatro veces menor que el promedio de la OCDE de \$4,003. México tiene 2.4 médicos por cada 1,000 habitantes en relación con 3.4 en promedio en la OCDE, y cuenta con menos de un tercio del número de enfermeros, enfermeras y camas de hospital por cada 1,000 habitantes que el promedio de la OCDE.²⁷

La OCDE destaca que el sistema de salud del país afronta ineficiencias y sigue sumamente fragmentado, pues distintos subgrupos ofrecen diferentes niveles de atención a diversos grupos de personas y a precios distintos. Éste es un aspecto del sistema de salud de México que es esencial mejorar. En México, el gasto de bolsillo permanece alto: 41% del gasto general en salud, el segundo gasto más alto en la OCDE y el doble del promedio de la Organización del 20%.²⁸

La fuerza laboral de salud también está sobreutilizada y se requiere una distribución más equilibrada de los recursos en el país. Pese al aumento en el número de médicos y personal de enfermería suscitado en la última década, México tiene relativamente pocos trabajadores en el área de la salud, en particular de enfermería (2.8 enfermeros y enfermeras por cada 1,000 habitantes, en comparación con el promedio de la OCDE de 9). La distribución geográfica de estos médicos, así como de enfermeros y enfermeras, es también motivo de inquietud. En tanto que en la Ciudad

²⁷ OECD, “¿Cómo se compara México?”, Health at a Glance 2017: OECD Indicators, disponible en: <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>.

²⁸ *Idem*.

de México hay 3.9 médicos por cada 1,000 habitantes (por encima del promedio de la OCDE de 3.4), en otros estados sólo hay de 1.3 a 2.2.²⁹

IV. LA REGULACIÓN DE LA MEDICINA PRIVADA

Algunos países han iniciado la regulación de segmentos de la medicina privada a través de una legislación propia, por lo que tendríamos que preguntarnos si México debe seguir ese camino. Como ejemplo podemos mencionar que el 4 de mayo de 2011 Argentina emitió la Ley de Medicina Prepaga 26.682, que fue reformada por la Resolución 1276, del 19 de agosto de 2011; modificada por el Decreto 1991/11, y reglamentada por el Decreto 1993/11, ambos del 29 de noviembre de 2011.

En esa regulación se define a las empresas de medicina prepaga como toda persona física o jurídica, cualquiera que sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten, cuyo objeto consiste en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa (artículo 2o.).

La autoridad de aplicación inicialmente era el Ministerio de Salud; posteriormente, se trasladó la responsabilidad a la Superintendencia de Salud de la Nación. La Ley tiene por objeto establecer el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los agentes del seguro de salud (ASS) contemplados en las leyes 23.660 y 23.661. Se excluyen a las cooperativas y mutuales, a las asociaciones civiles y fundaciones, y a las obras sociales sindicales.

²⁹ *Idem.*

Se prescribe que existe contrato de prestación médica prepaga cuando una de las partes, llamada “entidad de medicina prepaga”, se obliga a dar asistencia médica (por sí o a través de terceros) a la contraparte, llamada “asociado” (usuario/beneficiario), y ésta se obliga al pago de un precio periódico. Las partes del contrato son dos: la empresa de medicina prepaga y el asociado; ellas expresan su declaración de voluntad (capacidad jurídica) y asumen obligaciones (dar prestaciones de salud y pagar la cuota social, respectivamente, constituyendo derechos para las contrapartes). Se trata de un contrato bilateral, oneroso, de consumo, típico, aleatorio y de previsión.

Otro ejemplo es la República de Ecuador, que el 17 de octubre de 2016 publicó la “Ley Orgánica que regula a las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica”. En lo que se refiere al objeto, destaca que es normar la constitución y funcionamiento de las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada; regular, vigilar y controlar la prestación de dichos servicios para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de los usuarios; fijar las facultades y atribuciones para establecer y aprobar el contenido de los planes y contratos de atención integral de salud prepagada y de seguros en materia de asistencia médica, y determinar la competencia para la aplicación del régimen sancionador y la solución de controversias (artículo 1o.).

En cuanto al ámbito de aplicación, la Ley destaca que es aplicable a todas las actividades que desarrollen, en cumplimiento de su objeto social, las compañías que financien servicios de atención integral de salud prepagada, y a las inherentes a la cobertura de seguros de asistencia médica (artículo 2o.). También esta Ley establece principios rectores, como son los de legalidad, juridicidad, inclusión, equidad, precaución, igualdad, no discriminación, sostenibilidad, bioética, gradualidad, suficiencia, eficiencia, eficacia, transparencia, oportunidad, calidad, calidez y libre competencia, responsabilidad y participación (artículo 3o.). Asimismo, se incluyen los siguientes derechos: a la vida, a la sa-

lud, a la no discriminación, a la atención integral, a la libre asociación, a la libre empresa, al debido proceso y los de los consumidores (artículo 4o.).

Como se advierte, estas legislaciones plantean para nuestro país la pregunta de si es necesario iniciar un proceso de regulación integral de la medicina privada, en donde se establezca de manera clara la contribución de este segmento de la actividad profesional a la vigencia del derecho humano a la salud.

CAPÍTULO SEGUNDO

EL DERECHO DE LA SALUD COMO UN DERECHO HUMANO

Jorge WITKER*

SUMARIO: I. *La medicina privada: el paradigma de la autonomía de la voluntad*. II. *Definición*. III. *Estructura y contenido*. IV. *Teorías que lo justifican*. V. *Positivación a nivel internacional, tanto universal como regional*. VI. *A nivel constitucional comparado*. VII. *Derecho a la salud en México*. VIII. *Conclusiones*.

I. LA MEDICINA PRIVADA: EL PARADIGMA DE LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD

Vivimos, quizás, en uno de los momentos más importantes de avance científico y tecnológico en la historia de la humanidad. Desde el desarrollo vertiginoso que supuso el siglo XIX en adelante, los progresos de la ciencia han permitido un desarrollo conjunto de la medicina, la química, la biología y demás ciencias naturales.

Sin embargo, y pese a que se ha encontrado la cura a una gran cantidad de enfermedades que hace un siglo arrasaban a poblaciones enteras que no contaban con medidas de higiene básicas, hoy permanece la lucha por lograr la plena realización del derecho a la salud, en cuanto a estado de bienestar tanto a nivel individual como colectivo.

* Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

Uno de estos grandes retos está relacionado con superar los lastres que aún ayudan a vulnerar el derecho a la salud como derecho humano; por ejemplo, podemos señalar a la enorme desigualdad que se mantiene a nivel mundial y que repercute directamente en la justiciabilidad de este derecho. Según la ONU, 100 millones de personas se ven arrastradas hacia la pobreza cada año, debido a que el costo de la atención médica es muy superior al que pueden permitirse, y más de la mitad de la población mundial no tiene acceso a una cobertura de salud.¹

Por tanto, igualmente existen datos preocupantes al respecto de la consagración de este derecho. Así, menos de la mitad de las personas en todo el mundo obtienen la cobertura de salud que necesitan. Además, 13 millones de personas mueren cada año antes de cumplir los 70 años a consecuencia de sufrir enfermedades del corazón, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes y cáncer (la mayoría de ellos suceden en países de ingresos bajos y medios).

En el caso de México, las cifras del último periodo son tan alentadoras: hacia 2015, una de cada cinco personas (16.9%) no tenía acceso a servicios de salud y tres de cada cinco personas (56.6%) no tenían acceso a seguridad social.²

El desconocimiento de lo que implica el propio derecho a la salud también conlleva a que no se adopten las políticas públicas apropiadas para el efecto.

En este sentido, la presente ponencia tiene por objeto dar un panorama general del derecho a la salud, desde su conceptualización, las teorías que lo justifican (o no), sus elementos esenciales y su consagración normativa a nivel internacional y constitucional hasta su estado actual en México.

¹ Naciones Unidas, “La cobertura de salud universal, un derecho humano”, *Noticias ONU*, 12 de diciembre de 2018, disponible en: <https://news.un.org/es/story/2018/12/1447861>.

² Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Salud y bienestar, Gobierno de México, 2019, disponible en: <https://www.gob.mx/agenda2030/articulos/3-salud-y-bienestar>.

II. DEFINICIÓN

El derecho a la salud es parte esencial de los derechos humanos y, por ende, de lo que comprendemos por una vida digna. Se trata del derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, algo que tiene su recepción desde el siglo pasado.

A nivel internacional, este derecho se proclamó por primera vez en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 1946, en cuyo preámbulo se define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”.³ También se afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.⁴

III. ESTRUCTURA Y CONTENIDO

1. *Parámetros generales*

El derecho a la salud es un derecho social fundamental y de prestación. Estamos ante un derecho subjetivo, es decir, es exigible por los particulares judicial y administrativamente. Asimismo, tiene una faceta de derecho de defensa y características de derecho reaccional, lo que implica que frente a los ataques de terceros el sujeto afectado puede interponer acciones para obtener una protección o reparación.

Es también un derecho de libertad, por cuanto las personas pueden decidir si someterse o no a un tratamiento médico, y los titulares del derecho deben contar con información adecuada que

³ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, “El derecho a la salud”, *Folleto informativo*, núm. 31, 2008, p. 1.

⁴ *Idem.*

les permita dar o no su consentimiento, libre e informado, sobre los tratamientos médicos a su disposición.

En 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU emitió la Observación General 14 (OG 14), titulada “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. En ella señala que el derecho a la salud no contiene únicamente a la asistencia sanitaria; por el contrario, implica varias condiciones que son necesarias para llevar una vida sana. Estas condiciones van desde la prevención e incluyen otros derechos, entre ellos: una adecuada alimentación, un entorno seguro de trabajo, acceso al agua potable, un medio ambiente sano, etcétera. La OG 14 establece que el derecho a la salud debe entenderse como “un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”, por lo que no es sólo un derecho a estar sano.⁵

Existen posiciones críticas a la amplia definición del derecho a la salud establecida en la OG 14. En ese sentido, se ha defendido que es más importante definir lo que se debe entender por “protección de la salud” que la salud en sí misma, debido a que la última no puede exigirse como tal.⁶ En esa línea, la protección de la salud, como derecho social fundamental de prestación, tendría principalmente dos componentes: la asistencia sanitaria y el derecho al medicamento.⁷

2. Elementos esenciales

De acuerdo con la OG 14, los elementos esenciales del derecho a la salud son los siguientes: la disponibilidad (“Cada Estado

⁵ Observación General 14 (OG 14), “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Nueva York, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, 2000, párr. 9.

⁶ Escobar, Gabriel, “Filosofía y dogmática en la configuración del derecho fundamental a la protección de la salud”, *Estudios en homenaje al profesor Gregorio Peces-Barba*, vol. III: *Teoría de la justicia y derechos fundamentales*, Madrid, Dykinson, 2008, p. 129.

⁷ *Idem.*

Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas”),⁸ la accesibilidad (incluyendo la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica y el acceso a la información), la aceptabilidad (“Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados”; esto es, “respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida”, y, asimismo, aquéllos “deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate”)⁹ y la calidad (“Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad”, para lo cual se “requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas”).¹⁰

IV. TEORÍAS QUE LO JUSTIFICAN

Las principales teorías referentes al derecho a la salud se pueden agrupar en las siguientes: teorías libertarias, teorías utilitaristas, teorías del mínimo decente y teorías de las capacidades básicas. A continuación, serán desglosadas cada una de ellas.

1. *Las teorías libertarias*

Estas teorías están relacionadas con las concepciones neoliberales y niegan la existencia del derecho a la salud; entre sus

⁸ Observación General 14 (OG 14), *op. cit.*, párr. 12.

⁹ *Idem.*

¹⁰ *Idem.*

exponentes se encuentran Tristram Engelhardt y Robert Nozick. Engelhardt sostiene que la salud o la enfermedad dependen de una “lotería natural” y no de un tema de justicia ni de derechos. Estos autores defienden la no intervención del Estado sobre la propiedad privada y rechazan cualquier intervención en la libertad individual que pueda realizarse para garantizar las necesidades de salud de terceros.¹¹

2. *Las teorías utilitaristas*

Éstas procuran determinar criterios de equidad y justicia sanitaria que consigan establecer un sistema que maximice la salud de todos los ciudadanos en conjunto, es decir, la suma de los estados de salud de todos los individuos. Uno de los criterios de las teorías utilitarias consiste en una fórmula que parte del año de vida ajustado por calidad de vida (AVAC o QALY, por sus siglas en inglés). El AVAC ha sido criticado por los problemas de discriminación que su aplicación podría generar.¹²

3. *Las teorías del mínimo decente*

Tales teorías surgen en Estados Unidos en los setenta del siglo pasado, y sus principales exponentes son C. Fried, N. Daniels y A. Buchanan. Daniels defiende la asistencia sanitaria por su vinculación con el valor de la igualdad de oportunidades y manifiesta la necesidad de establecer en cada sociedad el contenido del derecho a la salud y de determinar un mínimo de justicia exigible, como obligaciones a cargo del Estado.¹³

¹¹ Actis, Andrea, *Teorías de justicia en relación con la salud*, Buenos Aires, CAICYT, 2016, p. 6.

¹² Celi Maldonado, Alejandra, voz “Salud”, *Diccionario iberoamericano de derechos humanos*, Alcalá de Henares, Universidad de Alcalá, 2012, p. 536.

¹³ *Ibidem*, p. 537.

4. *Las teorías de las capacidades básicas*

Sus principales exponentes son G. Vidiella y A. Sen. Vidiella señala que se debe dotar a los individuos de igualdad de capacidades básicas, que son aquellas que les permiten ejercer su autonomía y desarrollarse como persona, para lo que es necesario partir del “principio de la diferencia” y compensar las desigualdades de quienes más lo necesiten, como es el caso de los enfermos.¹⁴

V. POSITIVACIÓN A NIVEL INTERNACIONAL, TANTO UNIVERSAL COMO REGIONAL

La consagración del derecho a la salud como derecho fundamental¹⁵ se estableció tempranamente, como hemos revisado en la definición que dio la OMS en su Constitución. Esto se ha ampliado en un diverso catálogo de instrumentos internacionales, tanto en el plano universal como regional, como veremos a continuación.

1. *A nivel universal*

Numerosos instrumentos de derecho internacional han reconocido el derecho del ser humano a la salud. Así, en el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”.

Por su parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el

¹⁴ *Ibidem*, p. 538.

¹⁵ Esto es, el derecho humano establecido en alguna norma de derecho positivo.

derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del PIDESC, los Estados partes reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas “medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”.

Además, el derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5o. de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y en el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, de 1979, y en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos, así como en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales.

2. *La Agenda 2030*

En diciembre de 2015, Naciones Unidas aprobó los llamados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que tienen por objeto cumplir a 2030 una serie de 17 objetivos claves en el cumplimiento pleno de los derechos humanos, en aquellas áreas consideradas aún como deficitarias, complementando la Agenda de Objetivos de Desarrollo del Milenio que la ONU se fijó entre 2000 y 2015, conocida como la Agenda 2030.

Entre los objetivos establecidos en los ODS nos interesa el ODS 3, referido a salud y bienestar. En él se señala que se requiere “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.¹⁶

Si bien reconoce que el avance científico-tecnológico ha traído mejoras para la humanidad, toma conciencia de una serie de

¹⁶ *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, Santiago, ONU, 2019, p. 13.

retos que afronta ésta, y que se desglosa en los siguientes objetivos a alcanzar para 2030:

- Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos.
- Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1,000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1,000 nacidos vivos.
- Poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas, y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.
- Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.
- Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol.
- Reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.
- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
- Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- Reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo.

- Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo, y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles, de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC) y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.
- Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

3. *A nivel regional*

Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (artículo 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (artículo 16), y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (artículo 10), también reconocen el derecho a la salud.

A. A nivel regional europeo

En el ámbito europeo, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea reconoce el derecho a la salud en su artículo 35, dentro del capítulo de los derechos de solidaridad:

Artículo 35. Protección de la salud. Toda persona tiene derecho a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.

En la regulación del derecho a la salud, la Carta Europea incluye la obligación de la Unión Europea de garantizar un alto nivel de protección a la salud humana en todas sus políticas y acciones.

A nivel del Consejo de Europa, el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (CEDH) no recoge el derecho a la salud. Sin embargo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) ha resuelto demandas vinculadas al contenido del derecho a la salud por su conexión con otros derechos, como la vida, la integridad, la vida privada y familiar o la propiedad privada.

Entre otros casos, podemos distinguir el *caso Šilih c. Eslovenia*, proceso en el que el Tribunal Europeo examinó la importancia de la celeridad de la justicia en los casos de presunta negligencia médica en la prestación de la asistencia sanitaria, debido a su conexión con el derecho a la vida (artículo 2o. del Convenio Europeo).¹⁷

¹⁷ “Artículo 2. Derecho a la vida. 1. El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente, salvo en ejecución de una condena que imponga la pena capital dictada por un Tribunal al reo de un delito para el que la ley establece esa pena. 2. La muerte no se considerará como infligida en infracción del presente artículo cuando se produzca como consecuencia de un recurso a la fuerza que sea absolutamente necesario: a) en defensa de una persona contra una agresión ilegítima; b) para

Por otra parte, debemos señalar que el derecho a la salud se reconoce en el artículo 11 de la Carta Social Europea.¹⁸

B. *A nivel regional americano*

Durante la misma Novena Conferencia Internacional Americana de Bogotá de 1948, que estableció tanto las bases de la Organización de los Estados Americanos (OEA) como del sistema interamericano de derechos humanos (SIDH) (mediante la aprobación de la Declaración Americana), se aprobó la Carta Internacional Americana de Garantías Sociales, lo que podemos considerar el antecedente remoto de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) en nuestra región, mediante la cual los gobiernos de las Américas proclamaron “los principios fundamentales que deben amparar a los trabajadores de toda clase”, añadiendo que aquello “constituye el minimum de derechos de que ellos deben gozar en los Estados americanos, sin perjuicio de que las leyes de cada uno puedan ampliar esos derechos o reconocerles otros más favorables”, ya que “los fines del Estado no se cumplen con el solo reconocimiento de los derechos del ciudadano, sino que también el Estado debe preocuparse por la suerte de hombres

detener a una persona conforme a derecho o para impedir la evasión de un preso o detenido legalmente; c) para reprimir, de acuerdo con la ley, una revuelta o insurrección”.

Véase Gallego Hernández, Ana Cristina, “El derecho a la salud en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos”, *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política, Humanidades y Relaciones Internacionales*, Sevilla, año 20, núm. 40, 2018, p. 647.

¹⁸ “Artículo 11. Derecho a la protección de la salud. Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para, entre otros fines: 1. Eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente; 2. Establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimar el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma; 3. Prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras, así como los accidentes”.

y mujeres, considerados ya no como ciudadanos sino como personas”, y como consecuencia debe garantizar “simultáneamente el respeto a las libertades políticas y del espíritu y la realización de los postulados de la justicia social”.¹⁹

Con todo, y dado que el proceso de la Guerra Fría tradujo al plano del derecho internacional la disputa, tanto en el ejercicio como en su defensa, de algunos ámbitos de los derechos humanos, la posición de la OEA (bajo la sombra del dominio estadounidense) de privilegiar los derechos civiles y políticos en desmedro de los DESC conllevó a que hubiera una postura muy restringida por estos últimos, a pesar de que el artículo 26 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) señalaba:

Los Estados partes se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales y sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de los Estados Americanos, reformada por el Protocolo de Buenos Aires, en la medida de los recursos disponibles, por vía legislativa u otros medios apropiados.

Durante la última etapa del siglo pasado se aprobaría el instrumento internacional clave en el ámbito de los DESC en la región americana: el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador, por haber sido aprobado en esa capital centroamericana), adoptado el 17 de noviembre de 1988, en el marco del decimoctavo periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General de la OEA, dentro del ámbito de atribuciones establecido por el artículo 77 de la Convención Americana, que permite la adopción de protocolos con la finalidad de incluir progresivamente en el régimen de protección otros

¹⁹ Convenciones en *Conferencias internacionales americanas. Segundo suplemento, 1945-1954*, Washington, D. C., Unión Panamericana, 1956, pp. 172, 173, 192 y 195-203.

derechos y libertades; entró en vigor el 16 de noviembre de 1999, una vez cumplido lo establecido en el artículo 21.3 del comentado Protocolo.²⁰ El Protocolo de San Salvador implica la practicidad de los DESC en la órbita interamericana. En efecto, constituye el instrumento complementario a la Convención Americana en lo relacionado a los DESC.

Tal como determina su artículo 1o., al ratificar este Protocolo, los Estados partes

...se comprometen a adoptar las medidas necesarias... hasta el máximo de los recursos disponibles y tomando en cuenta su grado de desarrollo, a fin de lograr progresivamente, y de conformidad con la legislación interna, la plena efectividad de los derechos que se reconocen en el presente Protocolo.

El derecho a la salud aparece protegido en el artículo 10 del Protocolo de San Salvador:

Artículo 10. Derecho a la salud

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;

b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;

d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;

²⁰ “El Protocolo entrará en vigor tan pronto como once Estados hayan depositado sus respectivos instrumentos de ratificación o de adhesión”.

- e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

En cuanto a la exigibilidad de la justiciabilidad de los DESC ante el sistema interamericano, se ha indicado que ha sido mediante la denominada “exigibilidad indirecta” la más exitosa. Aquello implica el denunciar alguna violación de los DESC como un derecho reconocido directamente en la Convención Americana, es decir, como un derecho civil y político.²¹ Esto ha sido apoyado indirectamente por la propia CIDH, al enfatizar que existe una interdependencia entre los derechos civiles y políticos y los económicos, sociales y culturales, ya que deben ser entendidos integralmente como derechos humanos, sin jerarquía entre sí y exigibles en todos los casos ante aquellas autoridades que resulten competentes para ello.²²

Se ha dividido dicha estrategia en tres partes: 1) respecto al derecho a la igualdad; 2) respecto a los derechos a la protección judicial y a las garantías judiciales, y 3) respecto a los demás derechos de la CADH.²³

²¹ Urquilla, Carlos, *La justiciabilidad directa de los derechos económicos, sociales y culturales*, San José, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008, p. 196.

²² Corte IDH, *Caso Acevedo Buendía y otros (“Cesantes y Jubilados de la Contraloría”) vs. Perú* (excepción preliminar, fondo, reparaciones y costas), Sentencia del 1o. de julio de 2009, Serie C, núm. 198, párr. 101.

²³ No obstante, Abramovich considera seis estrategias respectivas: 1) protección de los DESC por la vía de la argumentación del principio de igualdad y la prohibición de discriminación; 2) protección de los DESC por la vía de las garantías del debido proceso; 3) protección de los DESC por la vía de la protección de derechos civiles y políticos; 4) protección de los DESC por la vía de la protección de otros DESC; 5) protección de los DESC por la vía de las limitaciones que se encuentran en los derechos civiles y políticos, y 6) protección de los DESC por la vía del acceso a la información. Abramovich, Víctor, “Los derechos económicos, sociales y culturales en la denuncia ante la Comisión Interamericana

En cuanto al derecho a la igualdad, implica el identificar si una prestación otorgada por el Estado que se relacione con un DESC ha sido otorgada de forma en que pueda ser identificada como discriminatoria.²⁴ Respecto de los derechos a la protección judicial y a las garantías judiciales, las ONG podrían entablar demanda de tutela de un DESC ante los órganos jurisdiccionales locales si de dicho proceso resulta una resolución negativa sin motivación o con faltas al debido proceso; además, si la resolución es positiva pero no se ejecuta, el caso podría ser presentado a la CIDH por violación al derecho a la tutela efectiva de los derechos (artículo 25 de la CADH) o del derecho al debido proceso (artículo 8o. de la CADH).²⁵ Con relación a los demás derechos de la CADH, se presentan los DESC como parte del contenido de otros derechos de la CADH; por ejemplo, tenemos a la salud como parte de la integridad personal, o la educación, la vivienda y la alimentación como parte del derecho a la vida (digna).

Existen, por ende, derechos de carácter económico, social, cultural y ambiental, protegidos por “vía indirecta” a propósito de otros artículos, como es el caso del derecho a la salud, cuya exigibilidad puede operar a partir de los artículos 4o., 5o., 7o., 8o., 9o., 11, 17, 13 y 25 de la CADH, y el artículo 10 del Protocolo de San Salvador.

na de Derechos Humanos”, *Presente y futuro de los derechos humanos: ensayos en honor a Fernando Vólio Jiménez*, San José, IIDH, 1998, pp. 169-249.

²⁴ Lo que se conoce como trato diferenciado injustificado entre grupos comparables. En este caso, los migrantes indocumentados son excluidos de los sistemas de salud por su condición migratoria; el caso podría presentarse ante la CIDH por violación al derecho a la igualdad (artículo 24) y la prohibición de discriminación (artículo 1o.), y no por el derecho a la salud. El resultado sería la inclusión de estas personas en el sistema de salud y, por tanto, la tutela de dicho derecho.

²⁵ En el caso *Albán Cornejo y otros vs. Ecuador*, la Corte IDH encontró la violación de los artículos 8o. y 25 de la CADH por la falta de tutela judicial ante las denuncias por deficiencia de prestación de servicios médicos, y aprovechó para desarrollar algunos estándares sobre el control que debe ejercer el Estado sobre quienes prestan servicios de salud.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH o Corte Interamericana) ha emitido diversas sentencias en materia de derecho a la salud:²⁶

- *Caso Instituto de Reeducación del Menor vs. Paraguay* (2004).
- *Caso Tibi vs. Ecuador* (2004).
- *Caso De la Cruz Flores vs. Perú* (2004).
- *Caso Comunidad indígena Yakye Axa vs. Paraguay* (2005).
- *Caso Comunidad indígena Sawhoyaxama vs. Paraguay* (2006).
- *Caso Ximenes Lopes vs. Brasil* (2006).
- *Caso García Asto y Ramírez Rojas vs. Perú* (2005).
- *Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) vs. Venezuela* (2006).
- *Caso del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú* (2006).
- *Caso Albán Cornejo y otros vs. Ecuador* (2007).
- *Caso Fernández Ortega vs. México* (2009).
- *Caso Comunidad indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay* (2010).
- *Caso Rosendo Cantú vs. México* (2010).
- *Caso Vélez Loor vs. Panamá* (2010).
- *Caso Vera Vera y otra vs. Ecuador* (2011).
- *Caso Pacheco Teruel y otros vs. Honduras* (2012).
- *Caso Nadege Dorzema y otros vs. República Dominicana* (2012).
- *Caso Díaz Peña vs. Venezuela* (2012).
- *Caso Furlan y familiares vs. Argentina* (2012).
- *Caso Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica* (2012).
- *Caso Mendoza y otros vs. Argentina* (2013).
- *Caso Suárez Peralta vs. Ecuador* (2013).
- *Caso J. vs. Perú* (2013).
- *Caso Espinoza Gonzales vs. Perú* (2014).
- *Caso Gonzales Lluy y otros vs. Ecuador* (2015).
- *Caso I. V. vs. Bolivia* (2016).

²⁶ Tomado de Ferrer Mac-Gregor, Eduardo, *La justiciabilidad de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en el sistema interamericano de derechos humanos*, México, UNAM-CNDH, 2017, pp. 237-239.

En todas las sentencias enunciadas, la Corte Interamericana estableció la justiciabilidad por vía indirecta; esto es, a través de otros derechos diversos al de salud, aunque conexos a éste.

Sería con el *caso Poblete Vilches y otros vs. Chile*, de sentencia de marzo de 2018, cuando la Corte Interamericana estableció por primera vez la justiciabilidad directa sobre el derecho a la salud. En este caso se declaró por unanimidad la responsabilidad internacional del Estado chileno por no garantizar al señor Vinicio Antonio Poblete Vilches su derecho a la salud sin discriminación, mediante servicios necesarios, básicos y urgentes en atención a su situación especial de vulnerabilidad como persona adulta mayor, lo cual derivó en su muerte (artículos 26, 1.1 y 4o. de la Convención Americana), así como por los sufrimientos derivados de la desatención del paciente (artículo 5o. de la misma Convención). Además, la Corte Interamericana declaró que el Estado chileno vulneró el derecho a obtener el consentimiento informado por sustitución y el derecho al acceso a la información en materia de salud, en perjuicio del señor Poblete y de sus familiares (artículos 26, 13, 7o. y 11, en relación con el artículo 1.1 de la Convención Americana), así como el derecho al acceso a la justicia (artículos 8o. y 25 de la misma) e integridad personal, en perjuicio de los familiares del señor Poblete (artículo 5o. de la misma).²⁷

VI. A NIVEL CONSTITUCIONAL COMPARADO

En todas las Constituciones de los Estados iberoamericanos se incluye el derecho a la salud, aunque no siempre es consagrado como derecho fundamental (Colombia, Argentina, Costa Rica y El Salvador) y en algunos casos se le clasifica como un derecho social fundamental (Brasil, Perú, Portugal y Venezuela).

²⁷ Corte IDH, *Caso Poblete Vilches y otros vs. Chile. Resumen oficial*, Sentencia del 8 de marzo de 2018, p. 1.

Cabe mencionar que en Ecuador el derecho a la salud se establece como un derecho del buen vivir y es justiciable (artículos 11 y 32).

A continuación, veremos la distinción que se presenta en torno al derecho a la salud.

1. *Dentro del catálogo de los derechos fundamentales*

La salud se consagra como un derecho fundamental en las Constituciones de Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Ecuador, España, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela, además de la mexicana.

En este sentido, en algunos países, además de incluirse a la salud dentro del catálogo de derechos fundamentales, se estipula que el sistema de salud debe ser de carácter universal, gratuito y público, a saber:

- Bolivia, artículo 18.
- Brasil, artículo 6o.
- Cuba, artículos 46,²⁸ 69²⁹ y 72.³⁰

²⁸ Artículo 46 constitucional cubano: “Todas las personas tienen derecho a la vida, la integridad física y moral, la libertad, la justicia, la seguridad, la paz, la salud, la educación, la cultura, la recreación, el deporte y a su desarrollo integral”.

²⁹ Artículo 69 constitucional cubano: “El Estado garantiza el derecho a la seguridad y salud en el trabajo mediante la adopción de medidas adecuadas para la prevención de accidentes y enfermedades profesionales. La persona que sufre un accidente de trabajo o contrae una enfermedad profesional tiene derecho a la atención médica, a subsidio o jubilación en los casos de incapacidad temporal o permanente de trabajo o a otras formas de protección de la seguridad social”.

³⁰ Artículo 72 constitucional cubano: “La salud pública es un derecho de todas las personas y es responsabilidad del Estado garantizar el acceso, la gra-

- Ecuador, artículos 3.1³¹ y 32.³²
- Panamá, artículos 109³³ y 110.³⁴

tuidad y la calidad de los servicios de atención, protección y recuperación. El Estado, para hacer efectivo este derecho, instituye un sistema de salud a todos los niveles accesible a la población y desarrolla programas de prevención y educación, en los que contribuyen la sociedad y las familias. La ley define el modo en que los servicios de salud se prestan”.

³¹ Artículo 3o. constitucional ecuatoriano: “Son deberes primordiales del Estado: 1. Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes”.

³² Artículo 32 constitucional ecuatoriano: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

³³ Artículo 109 constitucional panameño: “Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social”.

³⁴ Artículo 110 constitucional panameño: “En materia de salud, corresponden primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación:

1. Desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población, al promover la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos adecuados.

2. Capacitar al individuo y a los grupos sociales, mediante acciones educativas, que difundan el conocimiento de los deberes y derechos individuales y colectivos en materia de salud personal y ambiental.

3. Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia.

- Perú, artículo 7o.³⁵
- Portugal, artículo 64.³⁶

4. Combatir las enfermedades transmisibles mediante el saneamiento ambiental, el desarrollo de la disponibilidad de agua potable y adoptar medidas de inmunización, profilaxis y tratamiento, proporcionadas colectiva o individualmente, a toda la población.

5. Crear, de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se presten servicios de salud integral y suministren medicamentos a toda la población. Estos servicios de salud y medicamentos serán proporcionados gratuitamente a quienes carezcan de recursos económicos.

6. Regular y vigilar el cumplimiento de las condiciones de salud y la seguridad que deban reunir los lugares de trabajo, estableciendo una política nacional de medicina e higiene industrial y laboral”.

³⁵ Artículo 7o. constitucional peruano: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene el derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”.

³⁶ Artículo 64 constitucional portugués: “De la salud. 1. Todos tendrán derecho a la protección de la salud y el deber de defenderla y promoverla.

2. Se hará efectivo el derecho a la protección de la salud por la creación de un servicio nacional de sanidad universal, general y gratuito, por la creación de condiciones económicas, sociales y culturales que garanticen la protección de la infancia, de la juventud y de la ancianidad y por la mejora sistemática de las condiciones de vida y de trabajo, así como por la promoción de la cultura física y deportiva, escolar y popular y también por el desarrollo de la educación sanitaria del pueblo.

3. Incumbe prioritariamente al Estado, con el fin de asegurar el derecho a la protección de la salud:

a) garantizar el acceso de todos los ciudadanos, cualquiera que sea su condición económica, a los cuidados de la medicina preventiva, curativa y de rehabilitación;

b) garantizar una racional y eficaz cobertura del país desde el punto de vista médico y hospitalario;

c) orientar su actuación hacia la socialización de la medicina y de los sectores médico-farmacéuticos;

d) disciplinar y controlar las formas empresariales y privadas de la medicina, articulándolas con el servicio nacional de la salud;

e) disciplinar y controlar la producción, la comercialización y el uso de los productos químicos, biológicos y farmacéuticos y otros medios de tratamiento y diagnóstico”.

— Venezuela, artículos 83,³⁷ 84³⁸ y 85.³⁹

En otros textos constitucionales, si bien se especifica como derecho en su articulado, hay diferencias de prestaciones, como veremos a continuación.

A. *Chile*. Su Constitución recoge el derecho a la protección de la salud y establece el derecho de toda persona a acogerse al sistema de salud que prefiera, sea estatal o privado, en su artículo 19.9:

Artículo 19. La Constitución asegura a todas las personas:

...

³⁷ Artículo 83 constitucional venezolano: “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República”.

³⁸ Artículo 84 constitucional venezolano: “Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud”.

³⁹ Artículo 85 constitucional venezolano: “El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud”.

9o. El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control único de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado.

Este precepto constitucional instaaura un modelo liberal de concebir el derecho y de estructurar el sistema de salud; así, se pasa de un “derecho a la salud” a la “protección de la salud”, ante lo cual el Estado se limita sólo a proteger el libre e igualitario acceso a las acciones de salud. Además, el Estado abandona la gestión y garantía del sistema y se reduce a proteger acciones relacionadas con la salud desde la óptica de derecho subjetivo. Asimismo, el sistema de salud se constituye como un seguro médico, en donde los privados son libres de “contratar” y tienen la obligación de cotizar o pagar una “prima”. En definitiva, es un sistema de cotización individual que cubre ciertos riesgos en salud, y en donde el Estado tiene un rol de supervigilancia y sólo marginalmente de prestación.⁴⁰

A pesar de lo anterior, la Corte Suprema chilena ha emitido una serie de sentencias que amplían para los casos concretos:

En enero de este año, la Corte hizo referencia al principio de interdependencia de los derechos humanos, al indicar que el derecho a la vida puede ser afectado tanto por actos como por omisiones; por lo tanto, al privársele al afectado de la cobertura requerida para cubrir un tratamiento médico, igualmente se podría llegar a amenazar o vulnerar el derecho a la vida.⁴¹

⁴⁰ García Pino, Gonzalo y Contreras Vázquez, Pablo (coords.), *Diccionario constitucional chileno*, Santiago, Tribunal Constitucional de Chile, 2014, pp. 300 y 301.

⁴¹ Corte Suprema, Causa Rol No. 25.009-2018, sentencia del 2 de enero de 2019.

En la misma causa anterior, también indicó que los miramientos del orden económico no deberían invocarse cuando está comprometido el derecho a la vida y a la integridad física o psíquica de una persona.⁴²

En septiembre de 2018, la Corte señaló que se debe justificar la negativa a otorgar la cobertura de una prestación médica que haya sido previamente cubierta, y que, de lo contrario, se infringe el derecho a la igualdad de la ley.⁴³

En febrero de 2008, se refirió respecto de las isapres (instituciones de salud previsional), resolviendo que la negativa de éstas a otorgar la cobertura de un tratamiento médico a un paciente, incumpliendo las obligaciones de su contrato de salud, vulnera su derecho de propiedad.⁴⁴ Igualmente, hay que indicar que desde 2006 entró en marcha el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (conocido como Plan AUGE),⁴⁵ reglamentación en la cual cada tres años se agregan nuevas patologías al sistema sanitario, que garantiza el acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud. Cuando el Plan comenzó plenamente en julio de 2006, cubría 56 problemas; más tarde aumentó a 69, y en julio de 2013 se incrementó a 80. El Plan, que hoy se llama Plan de Garantías Explícitas de Salud (GES), otorga una serie de garantías, que se pueden desglosar de la siguiente forma:

- *Garantía explícita de acceso*: es la obligación de Fonasa (sistema público de salud) y las isapres (sistema privado de salud) de asegurar las prestaciones de salud.

⁴² *Idem.*

⁴³ Corte Suprema, Causa Rol No. 25-2018, sentencia del 19 de abril de 2018. El artículo 19.2 constitucional chileno señala: “Artículo 19. La Constitución asegura a todas las personas... 2o. La igualdad ante la ley. En Chile no hay persona ni grupo privilegiados. En Chile no hay esclavos y el que pise su territorio queda libre. Hombres y mujeres son iguales ante la ley. Ni la ley ni autoridad alguna podrán establecer diferencias arbitrarias”.

⁴⁴ Corte Suprema, Causa Rol No. 69-2008, sentencia del 13 de febrero de 2008.

⁴⁵ Ley No. 19.966, que Establece un Régimen de Garantías en Salud, publicada en el *Diario Oficial de la República de Chile* del 3 de septiembre de 2004.

- *Garantía explícita de calidad*: otorgar la atención de salud garantizada por un prestador registrado o acreditado.
- *Garantía explícita de oportunidad*: existencia de un plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, dentro de las etapas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento.
- *Garantía explícita de protección financiera*: es la contribución, pago o copago máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, considerando el monto de sus ingresos.

B. *España*. Su carta fundamental establece el derecho a la protección de la salud en el título I “De los derechos y libertades”, dentro del capítulo tercero “De los principios rectores de la política social y económica”. La Constitución Española señala en su artículo 43 que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública con las medidas preventivas, las prestaciones y los servicios que se requieran.⁴⁶

C. *Guatemala*. Su Constitución reconoce el derecho al goce de la salud sin discriminación, en su artículo 93: “Derecho a la salud. El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna”.

D. *Honduras*. Su texto constitucional incluye el derecho a la protección de la salud, en su artículo 145, estableciendo que es “El deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad”, además de que el Estado “conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas”.

En la regulación del derecho a la salud, la norma fundamental hondureña estipula normas sobre la coordinación de las acti-

⁴⁶ Artículo 43 constitucional español: “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio”.

vidades públicas de los organismos del sector salud y el control de las actividades privadas de salud (artículo 149).⁴⁷

E. *México*. Como profundizaremos más adelante, en el texto constitucional se señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que el acceso a los servicios de salud se debe definir mediante ley, específicamente en su artículo 4o., párrafo 4o.

F. *Nicaragua*. Su norma fundamental determina que los nicaragüenses tienen derecho a la salud y que el Estado debe establecer las condiciones para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación, específicamente en su artículo 59.⁴⁸

G. *Panamá*. La Constitución determina que la salud se entiende como el completo bienestar físico, mental y social, y es una función esencial del Estado velar por la salud de la población. Las personas tienen derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud (artículo 109). La Constitución panameña contiene un amplio desarrollo del derecho a la salud; en ella se establecen varias obligaciones del Estado, como la alimentación de la población; garantizar la salud materna, de la niñez y de la adolescencia; combatir las enfermedades transmisibles; dotar de servicios de salud integral y de prestación de medicamentos; vigilar la salud y la seguridad laboral (artículo 110). En referencia al acceso a los medicamentos, en la Constitución de Panamá se apunta el deber del Estado de desarrollar una política nacional de medicamentos (artículo 111).

⁴⁷ Artículo 149 constitucional hondureño: “El Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un plan nacional de salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley”.

⁴⁸ Artículo 59 constitucional nicaragüense: “Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud y promover la participación popular en defensa de la misma. Los ciudadanos tienen la obligación de acatar las medidas sanitarias que se determinen”.

H. *Paraguay*. Su norma fundamental señala que el Estado protege y promueve la salud como derecho fundamental de las personas (artículo 68).⁴⁹ A continuación, se regula el Sistema Nacional de Salud (artículo 69),⁵⁰ el control de calidad de los productos y el acceso a medicamentos esenciales (artículo 72).⁵¹

I. *República Dominicana*. La Constitución, en su artículo 61,⁵² protege el derecho a la salud, entendida como no estar enfermo, a fin de que toda persona llegue a gozar de adecuada protección contra la enfermedad.

J. *Uruguay*. Su texto constitucional, en el artículo 44, indica que el Estado tiene la obligación de legislar en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas. Además, todos los

⁴⁹ Artículo 68 constitucional paraguayo: “El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes. Toda persona está obligada a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana”.

⁵⁰ Artículo 69 constitucional paraguayo: “Se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado”.

⁵¹ Artículo 72 constitucional paraguayo: “El Estado velará por el control de la calidad de los productos alimenticios, químicos, farmacéuticos y biológicos, en las etapas de producción, importación y comercialización. Asimismo facilitará el acceso de factores de escasos recursos a los medicamentos considerados esenciales”.

⁵² Artículo 61 constitucional dominicano: “Derecho a la salud. Toda persona tiene derecho a la salud integral. En consecuencia: 1) El Estado debe velar por la protección de la salud de todas las personas, el acceso al agua potable, el mejoramiento de la alimentación, de los servicios sanitarios, las condiciones higiénicas, el saneamiento ambiental, así como procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurando el acceso a medicamentos de calidad y dando asistencia médica y hospitalaria gratuita a quienes la requieran; 2) El Estado garantizará, mediante legislaciones y políticas públicas, el ejercicio de los derechos económicos y sociales de la población de menores ingresos y, en consecuencia, prestará su protección y asistencia a los grupos y sectores vulnerables; combatirá los vicios sociales con las medidas adecuadas y con el auxilio de las convenciones y las organizaciones internacionales”.

habitantes tienen el deber de cuidar su salud y de asistirse en caso de enfermedad. No obstante, se dispone que el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

2. *Fuera del catálogo de los derechos fundamentales*

En la Constitución de Colombia, la salud se establece como un servicio público a cargo del Estado (artículo 49)⁵³ y como de-

⁵³ Artículo 49 constitucional colombiano: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Asimismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad.

La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad.

El porte y el consumo de sustancias estupefacientes o sicotrópicas está prohibido, salvo prescripción médica. Con fines preventivos y rehabilitadores la ley establecerá medidas y tratamientos administrativos de orden pedagógico, profiláctico o terapéutico para las personas que consuman dichas sustancias. El sometimiento a esas medidas y tratamientos requiere el consentimiento informado del adicto.

Asimismo, el Estado dedicará especial atención al enfermo dependiente o adicto y a su familia para fortalecerla en valores y principios que contribuyan a prevenir comportamientos que afecten el cuidado integral de la salud de las personas y, por consiguiente, de la comunidad, y desarrollará en forma permanente campañas de prevención contra el consumo de drogas o sustancias estupefacientes y en favor de la recuperación de los adictos”.

recho fundamental únicamente para los niños (artículo 44). No obstante, la Corte Constitucional colombiana ha señalado que el derecho a la salud goza de carácter fundamental cuando su vulneración amenaza o compromete a otros derechos fundamentales, como la vida o la integridad física.⁵⁴ La Corte Constitucional ha determinado tres criterios para dotar de carácter fundamental al derecho a la salud: en razón de su conexidad con otros derechos fundamentales, debido a su importancia frente a sujetos de especial protección constitucional y como derecho fundamental autónomo en relación con su contenido mínimo.⁵⁵

Otros países en los que no se establece el derecho a la salud de forma expresa en el catálogo de derechos fundamentales son los siguientes: El Salvador, en donde la salud es clasificada como un bien público (artículo 65);⁵⁶ Argentina (artículo 42)⁵⁷ y Costa Rica

⁵⁴ Arango, Rodolfo, “El derecho a la salud en la jurisprudencia constitucional colombiana”, *Revista Direitos Fundamentais & Justiça*, Porto Alegre, núm. 5, octubre-diciembre de 2008, pp. 13 y ss.

⁵⁵ Parra Vera, Oscar, *El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*, Bogotá, Defensoría del Pueblo de Colombia, 2003, pp. 41 y ss.

⁵⁶ Artículo 65 constitucional salvadoreño: “La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación”.

⁵⁷ Artículo 42 constitucional argentino: “Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno. Las autoridades proveerán a la protección de esos derechos, a la educación para el consumo, a la defensa de la competencia contra toda forma de distorsión de los mercados, al control de los monopolios naturales y legales, al de la calidad y eficiencia de los servicios públicos, y a la constitución de asociaciones de consumidores y de usuarios.

La legislación establecerá procedimientos eficaces para la prevención y solución de conflictos, y los marcos regulatorios de los servicios públicos de competencia nacional, previendo la necesaria participación de las asociaciones de consumidores y usuarios y de las provincias interesadas, en los organismos de control”.

(artículo 46),⁵⁸ países que incluyen el derecho a la salud como parte de los derechos de los consumidores y usuarios.

VII. DERECHO A LA SALUD EN MÉXICO

La tradición del derecho a la salud tiene una larga data en la historia de México. Ésta, como en otras partes del mundo, empezó a consagrarse a partir de la asistencia que la Iglesia católica realizó a favor de los enfermos desde el siglo XIII, que en el siglo XVI lo empieza a realizar la Corona española. Efectivamente, en el siglo XVI, en la Nueva España las Leyes de Burgos, en las Leyes de Indias y en las Ordenanzas del virrey Toledo disponen la atención a enfermos y la prevención de enfermedades con la consideración de trabajadores que no debían desarrollar ciertas labores, principalmente respecto a las mujeres embarazadas y los niños y su alimentación. También se llegan a mencionar algunos elementos que sirven para preservar la salud, tales como la alimentación y la vivienda en las Gobernanzas de las Antillas de 1501, en las Ordenanzas del virrey Toledo de 1577 y en las leyes relativas a jornadas laborales del siglo XIX.⁵⁹

Igualmente, en el país hubo entidades que otorgaron protección pública, asistencia social y prestación de servicios de salud desde el siglo XVII y hasta fines del siglo XIX, cuando se expide el primer Código Sanitario de 1891. Posteriormente, al comenzar el siglo XX, en 1917, se cuenta con un Departamento de Salubridad Pública, y en 1943 se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a la cual le corresponde conformar la infraestructura hospitalaria y que se transforma en la Secretaría de Salud a partir de 1985.⁶⁰

⁵⁸ Artículo 46, párrafo quinto, constitucional costarricense: “Los consumidores y usuarios tienen derecho a la protección de su salud, ambiente, seguridad e intereses económicos; a recibir información adecuada y veraz; a la libertad de elección y a un trato equitativo. El Estado apoyará los organismos que ellos constituyan para la defensa de sus derechos”.

⁵⁹ Lugo Garfias, María Elena, *El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación*, México, CNDH, 2015, p. 115.

⁶⁰ *Idem*.

A nivel constitucional, fue recién con la reforma de febrero de 1983⁶¹ cuando se estableció que toda persona tiene el derecho a la protección de la salud, tal como dispone actualmente el párrafo cuarto del artículo 4o. constitucional:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Posteriormente, en agosto de 2001 se realizaron las reformas respectivas al apartado B del artículo 2o. de la norma fundamental,⁶² en el contexto de la reforma que elevó a rango constitucional los derechos de los pueblos indígenas. Igualmente, las fracciones III y V del apartado B del artículo 2o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) se refieren al “acceso efectivo a los servicios de salud” de las comunidades indígenas, tomando en cuenta su medicina tradicional y los rasgos especiales de su alimentación, además del apoyo respectivo a lo relacionado con la educación en este tema. Lo anterior se extiende, desde la reforma constitucional de agosto de 2019, a los pueblos y comunidades afromexicanos (artículo 2o., apartado C, de la CPEUM).⁶³

Como en otros rubros, se ha pronunciado al respecto la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). El Pleno de nuestro

⁶¹ Decreto por el que se adiciona con un párrafo penúltimo el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 3 de febrero de 1983.

⁶² Decreto por el que se adiciona un segundo y tercer párrafos al artículo 1o., se reforma el artículo 2o., se deroga el párrafo primero del artículo 4o.; y se adiciona un sexto párrafo al artículo 18 y un último párrafo a la fracción III del artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 14 de agosto de 2001.

⁶³ Decreto por el que se adiciona un apartado C al artículo 2o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicado en el *Diario Oficial de la Federación* del 9 de agosto de 2019.

máximo tribunal ha entendido que este derecho tiene, entre otras finalidades, el disfrute de servicios de salud; es decir, el goce de las acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de las personas. Estos servicios fueron identificados en tres tipos:⁶⁴

- De atención médica, que comprende las actividades preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación.
- De salud pública.
- De asistencia social.

Como parte de los servicios de atención médica, se desprendió que su garantía comprendía la recepción de los medicamentos básicos para el tratamiento de una enfermedad, en la siguiente tesis aislada de 2000, bajo el siguiente rubro: “SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN, QUE COMO GARANTÍA INDIVIDUAL CONSAGRA EL ARTÍCULO 4O. CONSTITUCIONAL, COMPRENDE LA RECEPCIÓN DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES Y SU SUMINISTRO POR LAS DEPENDENCIAS Y ENTIDADES QUE PRESTAN LOS SERVICIOS RESPECTIVOS”.⁶⁵

Para 2008, la Primera Sala de la SCJN emitió la tesis con rubro “DERECHO A LA SALUD. SU REGULACIÓN EN EL ARTÍCULO 4 DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS Y SU COMPLEMENTARIEDAD CON LOS TRATADOS INTERNACIONALES EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS”.⁶⁶ En ella se indicó que el criterio transcrito en el párrafo anterior era compatible con los preceptos convencionales referidos previamente, pues de tales se desprendía que el derecho a la salud conlleva a un conjunto de libertades y derechos con respecto a los cuales debe entenderse que toda persona disfrute de una gama de

⁶⁴ Cossío Díaz, José Ramón (coord.), *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Comentada*, México, Tirant Lo Blanch, 2017, p. 169.

⁶⁵ Tesis P. XIX/2000, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XI, marzo de 2000, p. 112.

⁶⁶ Tesis 1a. LXV/2008, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXVIII, julio de 2008, p. 457.

facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, a partir de las medidas que el Estado emprenda para garantizarlos.

También en 2008 el Pleno agregó a su análisis que el derecho a la protección de la salud implicaba la obligación del Estado de establecer los mecanismos necesarios para que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud. Sin embargo, tal análisis fue matizado, ya que se señaló que era una responsabilidad compartida entre el Estado, la sociedad y los interesados, por lo que el financiamiento de los respectivos servicios no era de exclusividad del Estado, sino que cabía la posibilidad de establecer cuotas de recuperación a partir de criterios relativos a la capacidad contributiva y redistribución del ingreso, a cargo de los usuarios de ciertos servicios públicos de salud y del sistema de protección social en salud. Esto se señaló en la jurisprudencia de rubro “SALUD. EL DERECHO A SU PROTECCIÓN CONFORME AL ARTÍCULO 4, TERCER PÁRRAFO, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, ES UNA RESPONSABILIDAD SOCIAL”.⁶⁷

Mucho después, ya con la reforma constitucional de 2011, la cual cambió el paradigma de los derechos humanos en nuestro país, en 2015 el máximo tribunal enfatizó, a través de la tesis de rubro “SERVICIOS DE SALUD. LAS OBLIGACIONES DEL PERSONAL MÉDICO DERIVADAS DE SU PRESTACIÓN EN LOS HOSPITALES PRIVADOS NO SE LIMITAN A LAS DISPOSICIONES DE DERECHO PRIVADO”,⁶⁸ que el contenido de este derecho se debía comprender como posibilidad para que las personas disfruten de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud, por lo que el Estado mexicano tiene la obligación de respetar y hacer efectivo dicho derecho a partir de servicios en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Así, coincidente con la ac-

⁶⁷ Tesis P./J. 136/2008, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, t. XXVIII, octubre de 2008, p. 61.

⁶⁸ Tesis 1a. CXXII/2015 (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, libro 16, t. II, marzo de 2015, p. 1117.

tual Décima Época (marcada por la aludida reforma constitucional de 2011), la SCJN reconoció que su protección implicaba la obligación del Estado de vigilar que actores no vinculados con él interfirieran en el goce de este derecho, puesto que la salud es un bien público cuya protección está a cargo de los Estados.

Ya algo había señalado la Primera Sala de nuestro máximo tribunal en 2013, cuando, en concordancia con lo indicado por la Corte Interamericana (en el *caso Ximenes Lopes vs. Brasil*), estableció, en la tesis aislada de rubro “DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD. IMPONE DEBERES TANTO A LOS PODERES PÚBLICOS COMO A LOS PARTICULARES QUE SE DEDICAN AL ÁMBITO DE LA SALUD”,⁶⁹ que el Estado tiene la obligación de prevenir que terceros interfirieran indebidamente en el goce de los derechos a la vida y a la integridad personal, que son particularmente vulnerables cuando una persona se encuentra bajo tratamiento de salud.

Por último, tenemos a la siguiente jurisprudencia emitida por el Séptimo Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, de julio de 2016, con el rubro “DERECHOS HUMANOS A LA SALUD Y A UN MEDIO AMBIENTE SANO. LA EFICACIA EN EL GOCE DE SU NIVEL MÁS ALTO, IMPLICA OBLIGACIONES PARA EL ESTADO Y DEBERES PARA TODOS LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD”.⁷⁰

Además, el derecho a la salud ha sido consagrado en la Constitución Política de la Ciudad de México, en su artículo 9o., literal D.

VIII. CONCLUSIONES

Como hemos podido desarrollar, el derecho a la salud responde quizás a uno de los derechos más importantes que podamos esta-

⁶⁹ Tesis 1a. XXIII/2013 (10a.), *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, libro XVI, t. 1, enero de 2013, p. 626.

⁷⁰ Tesis I.7o.A.J./7 (10a.), *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, libro 32, t. III, julio de 2016, p. 1802.

blecer para la existencia humana. Se transforma en el complemento esencial que permite preservar el derecho a la vida, así como a la integridad física y psíquica de cualquier persona.

La evolución de dicho derecho ha estado directamente relacionada con el avance científico, que, desde la segunda mitad del siglo XIX, y con especial énfasis a partir del siglo pasado, permitió encontrar la respuesta a enfermedades tradicionales, a mejorar la calidad de vida de las personas, y con ello aumentar las expectativas de vida de la humanidad.

Sin embargo, y a pesar de la importancia que este derecho implica para la supervivencia de los seres humanos, no hay un consenso respecto a que se trate de un derecho imprescindible y, por ende, que tenga que ser entregado de forma plena por el Estado.

Por tal motivo, su consagración en el catálogo normativo, tanto a nivel nacional como internacional, de los derechos humanos tiene un significado esencial para su exigibilidad y justiciabilidad. Desde la propia definición dada por el Preámbulo de la Constitución de la OMS, hacia 1946, el derecho internacional de los derechos humanos ha ido incorporando de pleno al derecho a la salud, como se ha reseñado que establecen los instrumentos tanto a nivel universal como regional.

De ahí, la salud se ha incorporado en gran parte de los textos constitucionales, especialmente latinoamericanos, ya sea como un derecho de exigibilidad inmediata o como el derecho al acceso a la salud. Igualmente, como es el caso chileno, han existido políticas públicas, de los poderes del Estado, que han permitido ampliar el espectro que cubre el derecho a la salud.

Sigue existiendo, con todo, un peligro actual referido a las negociaciones de los grandes acuerdos comerciales mundiales, como es el caso del TPP-11, que bajo el pretexto de la propiedad intelectual puede llegar a impedir el comercio de los medicamentos genéricos y, con ello, el acceso de amplios sectores de la población que no cuentan con recursos suficientes para pagar a las grandes empresas farmacéuticas.

Éste es el desafío que ha asumido históricamente México, pero que se profundiza a partir de la reforma constitucional de 1983 al artículo 4o., y que tiene plena vigencia hoy: la comprensión del derecho a la salud como un derecho colectivo, que permite el desarrollo pleno de las potencialidades humanas, y que requiere, para su plena exigibilidad, de políticas de Estado que permitan tanto su beneficio directo como de su justiciabilidad en el caso de que sea vulnerado.

CAPÍTULO TERCERO

EL ÁMBITO FISCAL Y LA MEDICINA PRIVADA

Pastora MELGAR

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *La medicina privada y la Ley del Impuesto al Valor Agregado.* III. *Deducciones permitidas por gastos adquiridos al utilizar la medicina privada.* IV. *A modo de conclusión.*

I. INTRODUCCIÓN

El derecho a la protección de la salud se encuentra consagrado en el artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. El referido artículo reserva a la ley las bases y modalidades para el acceso a la salud. Por su parte, la Ley General de Salud establece la forma de concretar el derecho a la protección de la salud por medio de la prestación de servicios.

Debemos recordar que el derecho a la salud, o a la protección de la salud, es un derecho humano. Con la reforma constitucional en materia de derechos humanos de junio de 2011, se hace más patente el papel del Estado en garantizar los derechos humanos, en general, y el derecho a la protección de la salud, en particular. Podemos aceptar, entonces, que es labor del Estado garantizar el acceso a la salud. Esto se puede conseguir mediante servicios públicos de salud y de medicina. No obstante, pese a las opciones para acceder al sector salud público, gran parte del gasto en salud es gasto de bolsillo, es decir, gastos por medicina privada. El

41% del gasto en salud es realizado por la población mexicana directamente para obtener bienes y servicios de salud, lo cual representa el doble del promedio de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), que es del 20%.¹ La medicina privada es el modo de ejercicio de la medicina en que el médico percibe sus honorarios directamente del paciente o de una entidad aseguradora que abona sus gastos médicos.

Por otra parte, se debe tomar en cuenta que ningún país puede cubrir todos los costos médicos y de salud de los gobernados. Por esta razón, y porque en México gran parte de los servicios médicos y de salud los ofrece el sector privado, consideramos que la medicina privada es de gran importancia. En este trabajo nos referiremos únicamente al ámbito fiscal de la medicina privada en dos aspectos: la regulación en la Ley del Impuesto al Valor Agregado sobre la enajenación de medicamentos y la prestación de servicios médicos por la medicina privada, y la regulación en la Ley del Impuesto sobre la Renta acerca de las deducciones personales concernientes a la adquisición de servicios relacionados con la medicina privada.

II. LA MEDICINA PRIVADA Y LA LEY DEL IMPUESTO AL VALOR AGREGADO

El artículo 1o. de la Ley del Impuesto al Valor Agregado (LIVA) establece quiénes están obligados al pago de dicho impuesto. Así, señala que están obligados tanto las personas físicas como las morales que, en territorio nacional, realicen los siguientes actos o actividades:

- Enajenen bienes.
- Presten servicios independientes.

¹ OECD, “¿Cómo se compara México?”, Health at a Glance 2017: OECD Indicators, disponible en: <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>.

- Otorguen el uso o goce temporal de bienes.
- Importen bienes o servicios.

Dos de estos actos se relacionan con la medicina privada: 1) la enajenación de bienes, ya que se pueden enajenar medicamentos y aparatos médicos y para la salud, y 2) la prestación de servicios independientes. Este último se entiende como la prestación de obligaciones de hacer que realiza una persona a favor de otra.²

La misma LIVA establece que, en caso de ocurrir los actos o actividades antes señalados, el IVA se calculará aplicando la tasa del 16%.³ Sin embargo, existen reglas específicas que disponen tratamientos diferentes para algunos de los actos o actividades señalados como gravados por el IVA. Esto es el caso tanto de la enajenación de medicamentos como de la prestación de algunos servicios independientes relacionados con la medicina.

1. *IVA y la prestación de servicios médicos y hospitalarios*

La LIVA señala que no se pagará IVA por la prestación de servicios profesionales de medicina siempre que se cumplan dos requisitos: 1) que para la prestación del servicio se requiera título de médico conforme a las leyes, y 2) que los servicios sean prestados por personas físicas, ya sea individualmente o por conducto de sociedades civiles.⁴ Esta disposición se complementa con una regla de la Resolución Miscelánea Fiscal (RMF) que establece que tampoco se pagará el IVA por la prestación de servicios médicos cuando éstos sean prestados por instituciones de asistencia privada.⁵

Como se advierte, no se encuentran exentos del IVA todos los servicios de salud ni todos los servicios relacionados con la me-

² Artículo 14 de la LIVA.

³ Artículo 1o. de la LIVA.

⁴ Artículo 1o., fracción XIV, de la LIVA.

⁵ Regla 4.3.13 de la Resolución Miscelánea Fiscal 2019 (RMF 2019).

dicina, sino sólo los servicios profesionales de medicina, esto es, cuando la prestación del servicio requiera de un título de médico;⁶ en otras palabras, si se trata de un servicio profesional relacionado con la medicina pero que no requiere título de médico, aunque si requiere algún otro título, estará gravado con el IVA.

Además, para estar exentos del IVA, se requiere que la prestación se realice por personas físicas (individualmente o a través de una asociación) o por instituciones de asistencia privada; esto es, los servicios médicos prestados por una empresa sí están gravados por el IVA. En este caso, vemos que la exención se relaciona con la persona que brinda el servicio más que con el servicio que se ofrece. Por tanto, la exención, es decir, la falta de gravamen, no se justifica por tratarse de un servicio de importancia, por un servicio que se relaciona de manera íntima con el derecho a la salud. Si bien es cierto que el contribuyente del derecho del IVA es el prestador del servicio (el contribuyente de hecho), quien efectivamente paga el impuesto es el consumidor final, es decir, quien tiene la necesidad de hacer uso del servicio; por tanto, el principal afectado por la imposición es el consumidor final.

La anterior discusión se vuelve importante, pues la exención del IVA por la prestación de servicios médicos sólo se justifica en virtud del derecho que tienen las personas a la protección de la salud.

Ahora bien, aunque la LIVA no señala de manera específica cuáles son estos servicios profesionales de medicina que están exentos del IVA, el reglamento de dicha ley lo clarifica. Conforme al Reglamento de la Ley del Impuesto al Valor Agregado (RLIVA), los servicios exentos son los de:⁷

⁶ Conforme al artículo 1o. de la Ley Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional, Relativo al Ejercicio de las Profesiones en la Ciudad de México, el “título profesional es el documento expedido por instituciones del Estado o descentralizada, y por instituciones particulares que tengan reconocimiento de validez oficial de estudios, a favor de la persona que haya concluido los estudios correspondientes o demostrado tener los conocimientos necesarios”.

⁷ Artículo 41 del RLIVA.

- Médico.
- Médico veterinario.
- Cirujano dentista.

Debemos destacar que las actividades profesionales que se relacionan con la medicina cuyo ejercicio requiere de un título profesional son muchas. Conforme a la Ley General de Salud (LGS), son las siguientes: medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas. Como se observa, sólo los tres primeros gozan de exención del IVA. Si consideramos que la exención del IVA en servicios médicos se justifica por la relación de estos servicios profesionales con el derecho de acceso a la salud, entonces parece insuficiente por la limitación que expresa el RLIVA. Esto es especialmente cierto si consideramos a la salud, en términos de lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Ahora bien, para determinar cuáles son las actividades profesionales relacionadas con la medicina, nos remitimos nuevamente a la LGS. Dicha ley establece que la atención médica es “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”.⁸ Además, señala que las actividades de atención médica son de tres tipos: 1) preventivas, que incluyen actividades de promoción general y de protección específica; 2) curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y 3) de rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales. Por tanto, debemos entender que cualquiera de estas actividades que impliquen la prestación de un servicio por persona con título de médico está exenta por tratarse de servicios profesionales de médico.

En cuanto a los servicios que ofrece el médico cirujano, según la regla 4.3.10 de la RMF 2019, se consideran incluidos en los

⁸ Artículo 31 de la LGS.

servicios profesionales de cirujano dentista los prestados por estomatólogos, en términos de la Norma Oficial Mexicana “NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales”, entendiendo a éstos como al:

- Médico odontólogo.
- Cirujano dentista.
- Licenciado en estomatología.
- Licenciado en odontología.
- Licenciado en cirugía dental.
- Médico cirujano dentista.
- Cirujano dentista militar.
- Cualquier profesional de la salud bucal con licenciatura.

En el caso del médico veterinario, la normatividad no especifica los servicios exentos del IVA como en el caso de los médicos y los cirujanos dentistas. Sin embargo, dado la similitud con los servicios del médico, podemos concluir que se tratan de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de animales.

En el caso de los servicios hospitalarios, según la LIVA, los servicios profesionales de medicina, hospitalarios, de radiología, de laboratorios y estudios clínicos que presten los organismos descentralizados de la administración pública federal o del Distrito Federal (hoy Ciudad de México), o de los gobiernos estatales o municipales, no pagarán el IVA.⁹ Esto implica que todos los servicios hospitalarios, de radiología, de laboratorios y estudios clínicos prestados por profesionales individualmente, a través de asociaciones, o prestados por empresas o cualquier persona moral, siempre que no se trate de la administración pública centralizada o descentralizada (es decir, pública), están sujetos al IVA. Así, los servicios hospitalarios, de radiología, de laboratorios y estudios clínicos prestados por la medicina privada están gravados con el 16% del IVA.

⁹ Artículo 15, fracción XV, de la LIVA.

2. IVA y la enajenación de bienes por la medicina privada

La LIVA señala que, en el caso de las medicinas de patente, el IVA se calcula aplicando la tasa del 0%.¹⁰ Es decir, en el caso de las medicinas de patente, no aplica la tasa general, sino una tasa especial. Según el RLIVA, dicha disposición contempla las especialidades farmacéuticas, los estupefacientes, las sustancias psicotrópicas y los antígenos o vacunas, incluyendo las homeopáticas y las veterinarias, así como los medicamentos magistrales y oficinales a que se refiere la legislación sanitaria, cuando sean equivalentes a las especialidades farmacéuticas.¹¹ Por lo tanto, en realidad no se trata sólo de medicamentos de patente.

Así, la enajenación de medicamentos de patente, así como la de medicamentos que aunque no sean de patentes se consideren equivalentes a aquéllos, se gravan con la tasa del 0% de IVA. No obstante, si se adquieren medicamentos, no mediante la actividad de enajenación propiamente, sino como parte de un servicio, según el Servicio de Administración Tributaria (SAT), no aplica el 0% de IVA. El criterio normativo 10/IVA/N emitido por el SAT señala que, en el caso del suministro de medicamentos como parte de los servicios de un hospital, se debe considerar la tasa general del IVA. El criterio normativo hace referencia al artículo 17, segundo párrafo, del Código Fiscal de la Federación (CFF), en donde se establece que, cuando con motivo de la prestación de un servicio se proporcionen bienes o se otorgue el uso o goce temporal al prestatario, entonces se considerará como ingreso por el servicio o como valor de éste el importe total de la contraprestación a cargo del prestatario, siempre que sean bienes que normalmente se proporcionen o se conceda su uso o goce con el servicio de que se trate. Así, en el criterio se argumenta que, cuando se proporcionan medicinas de patente como parte de los servicios durante la hospitalización del paciente, directa o vía la contratación

¹⁰ Artículo 2o., inciso A, fracción 1, de la LIVA.

¹¹ Artículo 7o. del RLIVA.

de un paquete de atención especial, dichos servicios se encuentran gravados a la tasa del 16% del IVA, en virtud de que se trata de la prestación genérica de un servicio y no de la enajenación de medicamentos.¹²

El criterio del SAT implica que, si una farmacia enajena medicamentos, dicho acto se grava con el 0%, en términos del artículo 2-A, fracción I, inciso *b*, de la LIVA. Por otra parte, si durante la hospitalización se le proporcionan medicinas de patente a una persona, corresponde aplicar la tasa general del IVA, ya que los medicamentos deben considerarse parte de los bienes otorgados en el marco de la prestación genérica de un servicio; por ende, este acto sí está gravado, en términos de los artículos 14, fracción I, de la LIVA y 17, segundo párrafo, del CFF.

Ahora bien, como se ha argumentado en otra ocasión,¹³ cabe recordar que gravar con la tasa de 0% a los medicamentos fue una decisión tomada en 1995 como una medida de protección al consumo.¹⁴ Por tanto, si la intención fue no perjudicar al consumidor con el IVA, entonces en ningún caso se deben gravar los medicamentos. Esta idea se refuerza con criterios tanto del Tribunal Federal de Justicia Administrativa como de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. Así, por ejemplo, la tesis de jurisprudencia VII-J-SS-150¹⁵ del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa destaca que los medicamentos de patente, suministrados con motivo de la prestación de servicios médicos hospitalarios, deben considerarse como enajenación y no como parte

¹² *Idem*.

¹³ Melgar Manzanilla, Pastora, “Políticas tributarias que menoscaban la salud y el bienestar: derecho a la protección de la salud”, en prensa.

¹⁴ “Procesos legislativos”, Discusión de Cámara de origen (Cámara de Diputados), 29 de noviembre de 1995, disponible en: <http://legislacion.scjn.gob.mx/Buscador/Paginas/wfProcesoLegislativoCompleto.aspx?q=nnNh9ERqvEeZUfKUOxKALMbydit5SbeB1q/yYn9Pvl2/GYwOtxgBT/Ex+eZf3sExCUbfViHREI3BD4QKkYC-H6Q==>.

¹⁵ Jurisprudencia VII-J-SS-150, Pleno de la Sala Superior del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, resuelta en sesión del 9 de abril de 2014, aprobada por acuerdo G/57/2014. Otras tesis aisladas de similar contenido son VII-CASA-V-30 y VII-TASR-2OC-25.

de la prestación del servicio hospitalario; por tanto, es aplicable la tasa del 0%. En dicha tesis se argumenta que la LIVA expresamente grava la enajenación de medicamentos de forma expresa con la tasa del 0%. Dado lo anterior, y atendiendo al principio general del derecho que dispone que “donde la ley no distingue, no es procedente hacerlo”, no se debe distinguir ni gravar los medicamentos entregados en hospitalización.

De manera similar, la Suprema Corte de Justicia de la Nación también ha emitido criterios que establecen que en ningún caso debe aplicarse la tasa general a medicamentos. Así, en la tesis VI.10.A.5 A (10a.)¹⁶ se dispone que la tasa del 0% a la enajenación de medicinas de patente debe aplicarse incluso si las medicinas se suministran a pacientes hospitalizados de manera directa o vía la contratación de un paquete; además, se señala que el suministro de dichos medicamentos no es una prestación de servicios independientes, que sí está gravada. Asimismo, la tesis XI.1o.A.T.22 A,¹⁷ también de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, es contundente al establecer que la autoridad hacendaria no tiene derecho a exigir y percibir el IVA por la venta y suministro de medicamentos a pacientes hospitalizados, pues el legislador determinó gravarlos con la tasa del 0%.

De los anteriores criterios destacan tres argumentos a favor de la aplicación del 0% del IVA en el suministro de medicamentos a pacientes hospitalizados:

- “Donde la ley no distingue, no cabe distinguir”, de tal forma que, si la ley no señala al suministro de medicamentos en hospitalización como una excepción a la regla de que los medicamentos son gravados con el 0%, la autoridad administrativa no debe realizar dicha distinción.
- La enajenación de medicamentos se grava con el 0% del IVA y la prestación de servicios independientes se grava

¹⁶ Tesis VI.1o.A.5 A (10a.), *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Décima Época, libro IV, t. 5, enero de 2012, p. 4719.

¹⁷ Tesis XI.1o.A.T.22 A, *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, libro 2, t. IV, enero de 2014, p. 3237.

con la tasa general, de tal manera que, si el suministro de medicamentos no es una prestación de servicios independientes, debe gravarse con el 0% del IVA, sin importar que se suministre durante la hospitalización.

- El legislador determinó gravar la enajenación de medicamentos con la tasa del 0% del IVA; por tanto, la autoridad hacendaria no tiene derecho a percibir el IVA en el caso de medicamentos, incluso si éstos se proporcionan en hospitalización.

A pesar de los criterios mencionados, la autoridad administrativa mantiene su postura y año con año establece el criterio normativo 10/IVA/N en la RMF, que dispone que los medicamentos suministrados en hospitalización deben ser gravados con la tasa general. Cabe mencionar que dicho criterio es de carácter interno, pues tiene su fundamento en el artículo 33, penúltimo párrafo, del CFF, que establece que las autoridades fiscales darán a conocer a los contribuyentes los criterios de carácter interno que emitan para el debido cumplimiento de las disposiciones fiscales. Por tanto, este criterio es una interpretación del SAT que busca el debido cumplimiento a las disposiciones del LIVA y del CFF.

Dado la discrepancia de criterios antes referidos, el contribuyente de derecho debe acudir ante el órgano jurisdiccional para que éste resuelva que no está obligado a enterar el IVA por la enajenación de medicamentos suministrados durante la hospitalización de los pacientes. De otra forma, estaría obligado a enterar dicho IVA, lo que implica que, a su vez, los trasladará al consumidor final.

III. DEDUCCIONES PERMITIDAS POR GASTOS ADQUIRIDOS AL UTILIZAR LA MEDICINA PRIVADA

La Ley del Impuesto sobre la Renta (LISR) establece una serie de deducciones personales a favor de las personas físicas, y varias

de ellas están relacionadas con la medicina privada, entre las que se encuentran:¹⁸

- Los gastos por honorarios médicos y dentales, así como por servicios profesionales en materia de psicología y nutrición, cuando sean prestados por personas con título profesional.
- Los gastos hospitalarios, efectuados por el contribuyente para sí o para sus dependientes.
- Los gastos por análisis, estudios clínicos, prótesis y compra o alquiler de aparatos para el establecimiento o rehabilitación del paciente, derivados de incapacidades.
- Primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social.¹⁹

Asimismo, el Reglamento de la Ley del Impuesto sobre la Renta (RLISR) incluye como deducción personal los gastos con motivo de la compra de lentes ópticos graduados para corregir defectos visuales, hasta por un monto de \$2,500.00 pesos.²⁰

Como se advierte, las deducciones personales a favor de las personas físicas no sólo incluyen gastos por prestación de servicios profesionales médicos y de cirujano dentista, sino también por servicios profesionales en materia de psicología y nutrición. Además, los gastos hospitalarios también son deducibles.

En el caso de los gastos por análisis, estudios clínicos, prótesis y compra o alquiler de aparatos para el establecimiento o rehabilitación del paciente, derivados de incapacidades, el RLISR señala que los gastos deducibles son aquellos estrictamente indispensables efectuados por concepto de compra o alquiler de aparatos para el restablecimiento o rehabilitación del paciente, medicinas que se incluyan en los documentos que expidan las instituciones

¹⁸ Artículo 151, fracción I, de la LISR.

¹⁹ Artículo 151, fracción VI, de la LISR.

²⁰ Artículo 264, párrafo 2o., del RLISR.

hospitalarias, honorarios a enfermeras y por análisis, estudios clínicos o prótesis.²¹ Ello implica que no proceden para deducciones sólo los comprobantes de farmacias, por ejemplo, sino que se necesitan los documentos de las instituciones hospitalarias en donde se recete el medicamento, el aparato médico, los análisis, entre otros. Igualmente, en el caso de gastos por incapacidad, se debe contar con certificado o la constancia de incapacidad correspondiente expedida por las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud, o con el certificado de reconocimiento y calificación de discapacidad.²² Por otra parte, en el caso de la incapacidad temporal o permanente parcial o discapacidad, la deducción es procedente sólo si la incapacidad o discapacidad es igual o mayor a un 50% de la capacidad normal; de ser menor, no aplica la deducción, aunque se generen gastos por aparatos, prótesis, entre otros.²³

Otro requisito para ser deducibles los gastos ya mencionados es que los pagos se realicen mediante cheque nominativo del contribuyente, transferencias electrónicas de fondos, desde cuentas abiertas a nombre del contribuyente en instituciones que componen el sistema financiero y las entidades que para tal efecto autorice el Banco de México, o mediante tarjeta de crédito, de débito o de servicios de cuentas propias del contribuyente.²⁴ Se trata de una medida en contra de la evasión y la elusión fiscales. Con este requisito para el pago de los gastos relacionados con la medicina se busca otorgar a la autoridad fiscal un mayor control de los beneficiados de las deducciones personales. Así, se trata de un esquema de control y fiscalización a favor de la autoridad hacendaria.²⁵ Sin embargo, la medida puede representar una carga

²¹ Artículo 264, párrafo 1o., del RLISR.

²² Artículo 151, fracción I, párrafo 3o., de la LISR.

²³ Artículo 151, fracción I, párrafo 4o., de la LISR.

²⁴ Artículo 151, fracción I, de la LISR.

²⁵ Suprema Corte de Justicia de la Nación, Amparo en Revisión 674/2017, p. 25, disponible en: https://www.scjn.gob.mx/sites/default/files/listas/documento_dos/2017-12/AR-674-17-171214.pdf (fecha de consulta: 19 de septiembre de 2018).

excesiva al contribuyente, ya que no siempre tendrá a su alcance estos medios de pago. Por ejemplo, en los casos de los gastos médicos de los dependientes, el contribuyente no necesariamente está disponible para realizar el pago cuando aquéllos adquieran los servicios médicos o hospitalarios, pues posiblemente el contribuyente se encuentre laborando.

No obstante, la autoridad jurisdiccional, en el Amparo en Revisión 674/2017, señaló que dicha medida no carece de razonabilidad y tiene una finalidad constitucionalmente válida, ya que la medida se instauró por las siguientes razones de política fiscal:²⁶

- Para que las autoridades puedan verificar la veracidad de las operaciones y el derecho de los contribuyentes a ser beneficiados con la deducción correspondiente.
- Para otorgar a la autoridad fiscal un mayor control respecto de los beneficiados de las deducciones.
- Para mejorar el esquema de control y fiscalización de las deducciones personales.
- Para evitar actos de evasión y elusión fiscales.
- Para facilitar el ejercicio de las facultades de fiscalización de la autoridad hacendaria.

Ideas similares a las mencionadas se encuentran en la tesis jurisprudencial 2a./J. 47/2018. Dicha tesis estableció que los requisitos para deducir los pagos por honorarios médicos y dentales, así como los gastos hospitalarios de las personas físicas, no transgreden el derecho a la protección de la salud, ya que al margen de que los pagos y gastos respectivos deban cumplir con ciertos requisitos para efectos de su deducibilidad, los servicios son accesibles y se encuentran al alcance de todos los gobernados.²⁷ Además, el criterio enfatiza que el derecho a la deducción no es inherente a las personas físicas por el solo hecho de serlo, y únicamente adquiere

²⁶ *Ibidem*, p. 29.

²⁷ Tesis 2a./J. 47/2018, *Gaceta del Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, libro 54, t. II, mayo de 2018, p. 1384.

relevancia cuando los contribuyentes quieran ejercerlo. Por tanto, según el criterio referido, establecer requisitos formales para ejercer el derecho a la deducción no implica desconocer la condición de ser humano de las personas físicas en su carácter de contribuyentes, y tampoco representa una limitación a la protección del derecho a la salud, ya que tanto el Estado como los particulares no se encuentran imposibilitados para brindar los servicios de calidad respectivos. De igual manera, se considera que el derecho a la deducción y el derecho a la protección de la salud no se afectan si los gastos que se generan tienen que cumplir con las ciertas previsiones formales para poder deducirse.²⁸

El discurso señalado que justifica los requisitos para deducción de gastos relacionados con la medicina privada se reitera en el criterio jurisprudencial 1a./J. 28/2019. Este criterio determina que dichos requisitos no vulneran el principio de proporcionalidad tributaria, porque:²⁹

- La norma no impide el ejercicio del derecho a la deducción, sino que sólo señala la forma en que deben efectuarse dichas erogaciones.
- Los requisitos se establecieron por razones de política fiscal a efecto de identificar el pagador del gasto que se deduce, lo que permitirá evitar actos de evasión y elusión fiscales.
- Los requisitos facilitan el ejercicio de las facultades de comprobación con las que cuenta la autoridad hacendaria.

En el caso de las primas por seguros de gastos médicos, complementarios o independientes de los servicios de salud proporcionados por instituciones públicas de seguridad social, el RLISR dispone que se consideran deducibles las primas pagadas por los seguros de salud siempre que se trate de seguros cuya parte preventiva cubra únicamente los pagos y gastos considerados deduc-

²⁸ *Idem.*

²⁹ Tesis 1a./J. 28/2019, *Gaceta del Seminario Judicial de la Federación*, Décima Época, libro 65, t. I, abril de 2019, p. 591.

ciones relacionados con la medicina, señalados al inicio de este apartado. La controversia está en los llamados deducibles del seguro. El deducible del seguro es la cantidad o porcentaje que la aseguradora no cubre en caso de que ocurra el evento objeto del seguro, es decir, es la cantidad o porcentaje de dinero a cargo del asegurado.

De acuerdo con la Procuraduría de la Defensa del Contribuyente (Prodecon), tanto el coaseguro como el deducible son una contraprestación por los servicios médicos y hospitalarios que no son cubiertos por la aseguradora, sino que son pagados por el contribuyente al hospital y, por tal razón, forman parte de las deducciones personales a que tiene derecho.³⁰ Esta idea deriva de los criterios jurisdiccionales de Prodecon; es decir, criterios de los órganos jurisdiccionales obtenidos por Prodecon en su carácter de abogada defensora de los contribuyentes, en el ejercicio de la atribución que le confiere el artículo 5o., fracción II, de su Ley Orgánica, y que trascienden en beneficio de los derechos de los contribuyentes.³¹

Como se advierte, para la Prodecon, el deducible debe ser considerado una deducción no por prima de seguro, sino por gastos médicos y hospitalarios. Sin embargo, para el SAT, conforme a su criterio 56/ISR/N, el pago del deducible del seguro de gastos médicos no es un gasto médico, y tampoco es una prima por concepto de dicho seguro, en virtud de que son erogaciones realizadas como una contraprestación de los servicios otorgados por la compañía aseguradora, de conformidad con la Ley sobre el Contrato

³⁰ Prodecon, Criterio Jurisdiccional 14/2014, Juicio Contencioso Administrativo, Sala Regional Metropolitana del Tribunal Federal de Justicia Fiscal y Administrativa, 2014; Prodecon, Criterio Jurisdiccional 43/2017, Cumplimiento de Ejecutoria del Décimo Primer Tribunal Colegiado en Materia Administrativa del Primer Circuito, dictada en su auxilio por el Séptimo Tribunal Colegiado del Centro Auxiliar de la Primera Región por la Décimo Tercera Sala Regional Metropolitana del Tribunal Federal de Justicia Administrativa, 2017.

³¹ Disponible en: http://www.prodecon.gob.mx/Documentos/CriteriosNSA7/compilacion_criterios_jurisdiccionales_y_recurso_de_revocacion_actualizada.pdf.

de Seguro, y por ello no deben considerarse como una deducción personal para efectos del ISR.³²

IV. A MODO DE CONCLUSIÓN

De la serie de disposiciones de la LIVA, de la LISR y de otras normas relacionadas, se advierte lo siguiente respecto de la medicina privada y su regulación fiscal, específicamente en cuanto a la enajenación de bienes, la prestación de servicios y las deducciones personales:

- La prestación de los servicios profesionales de medicina, cuando su prestación requiera título de médico y sean prestados por personas físicas, está exenta del IVA, lo que significa que cualquier servicio profesional que no requiera de título de médico para su prestación será gravado con la tasa general.
- Los servicios profesionales por los que no se está obligado a pagar IVA son los de médico, médico veterinario y cirujano dentista únicamente.
- Los servicios profesionales de medicina, hospitalarios, de radiología, de laboratorios y estudios clínicos, que sean prestados por los organismos descentralizados de la administración pública federal y de entidades federativas o municipios, tampoco pagarán impuestos; en el caso de la medicina privada, sí está gravado por el IVA.
- Los medicamentos están gravados con la tasa del 0% del IVA; sin embargo, cuando son suministrados durante la hospitalización, el SAT los considera parte de los servicios hospitalarios que tributan con la tasa general.
- Las deducciones personales relacionadas con la medicina privada son los gastos por honorarios médicos y dentales,

³² Criterio 56/ISR/N, Anexos 3, 7, 9 y 11 de la Resolución Miscelánea Fiscal 2019, publicada en el *Diario Oficial de la Federación* del 30 de abril de 2019, disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5559010&fecha=30/04/2019.

así como por servicios profesionales en materia de psicología y nutrición, cuando sean prestados por personas con título profesional. También son deducciones personales los gastos hospitalarios y los gastos por análisis, estudios clínicos, prótesis y compra o alquiler de aparatos de rehabilitación. Además, se consideran deducciones personales los gastos por la compra de lentes ópticos graduados para corregir defectos visuales hasta cierto límite. En todos los casos, hay ciertos requisitos para poder deducir.

- Las primas por seguros de gastos médicos son considerados deducciones personales; sin embargo, de acuerdo con el SAT, no lo son los deducibles del seguro. Según Prodecon, dichos deducibles forman parte de los gastos médicos y hospitalarios.

CAPÍTULO CUARTO

EL SECTOR PRIVADO. INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

Francisco P. NAVARRO-REYNOSO*

SUMARIO: I. *Mercado sanitario*. II. *Cultura sanitaria*. III. *Cuadrángulo virtuoso de la salud*.

El cambio epidemiológico que ha existido en las últimas décadas obliga a poder plantear y, en su caso, hacer cambios en los planes, programas y proyectos en las medicinas pública y privada.

En 1965, las enfermedades infecciosas ocupaban las dos primeras causas de muerte en México, seguidas en tercer lugar por las enfermedades isquémicas del corazón, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, los tumores malignos, la enfermedad cerebrovascular, el sarampión, los accidentes de tráfico de vehículo de motor, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, y, por último, las infecciones respiratorias agudas bajas.

Casi cincuenta años después (2014), las diez causas principales de muerte cambiaron, donde el primer lugar fue ocupado por la diabetes mellitus, seguida por las neoplasias, la enfermedad isquémica del corazón, la cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, la enfermedad cerebrovascular, la EPOC, las afecciones-periodo perinatal, las infecciones respiratorias agudas bajas, los

* Médico adscrito al Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax, Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga”, SSF.

accidentes, las agresiones y los homicidios, y, por último, la nefritis y la nefrosis.¹

En la actualidad, en México ha cambiado el patrón de enfermedades y parece no creerse, pues ha ocurrido un aumento de las infecciones respiratorias agudas, de las infecciones intestinales, del sarampión, de la tosferina y del VIH, así como de la diabetes mellitus, en donde observamos que un 14.4% de la población —cerca de 7.3 millones— la padece y de los cuales sólo el 5% están controlados, el 38% tienen un control pobre y el 56% están bajo un control muy pobre. Asimismo, han aparecido enfermedades emergentes y reemergentes, como la influenza, el cólera, el hanta, el dengue y la tuberculosis farmacorresistente. También podemos señalar a la hipertensión arterial, que la padece un 43% de la población, aproximadamente 28 millones; la obesidad y el sobrepeso, que la presentan el 70% de los adultos, y los accidentes, en donde se registran 24,000 muertos anuales en accidentes viales y que es la primera causa de muerte en niños en el hogar.²

Hemos visto un aumento de las adicciones, e incluso de las drogas legales, como el tabaco, que provoca muerte prematura, y el alcohol, que se relaciona con accidentes y violencia-accidentes, lo que repercute en la seguridad. También hoy en día han aumentado las enfermedades mentales, la depresión y el cáncer, como los de mama, cérvix, pulmón y próstata.

Al modificarse estos patrones de morbilidad y mortalidad se incrementa la demanda de servicios, por lo que se requiere que el sistema de salud pueda responder a estos cambios con calidad, efectividad, eficiencia, equidad, acceso y financiamiento. En el futuro inmediato, también veremos el incremento de 8 millones de la población de 0 a 14 años, con un crecimiento del 45%, en comparación con el 334% de la población de 65 años y más; estos

¹ Rivero Serrano, Octavio (coord.), *Salud y envejecimiento: situación actual, retos y propuestas*, México, UNAM, Seminario sobre Medicina y Salud, 2013, pp. 372-387.

² *Idem*; Navarro-Reynoso, Francisco P. et al., “Declaratoria 49. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Situación actual y futura”, en Academia Mexicana de Cirugía, *Declaratorias de Académicos 2017*, México, Alfil, 2018.

últimos datos nos obligan a pensar ¿qué podemos hacer ante este nuevo contexto? En efecto, podemos llegar a pensar lo siguiente: ¿para qué se crearon las instituciones?, ¿en dónde estamos?, ¿en dónde deberíamos estar?, ¿hacia dónde deberíamos de ir?, ¿el sistema dónde nos necesita?

Primeramente, voy a comenzar desde un punto de vista económico para definir qué es mercado, cuáles son los componentes del mercado y qué es el mercado sanitario.³

I. MERCADO SANITARIO

El mercado sanitario puede definirse como el área geográfica en la que concurren vendedores y compradores de mercancías y servicios con el objeto de realizar transacciones de tipo comercial, de tal manera que el o los precios de las mercancías y servicios tienden a unificarse; en este ámbito entran en juego las relaciones de oferta y demanda, que concurren para la formación de un precio. El mercado sanitario es el lugar donde se genera y difunde información acerca de los precios de los bienes y servicios para que se puedan efectuar las transacciones.

Todas estas definiciones nos hablan de un precio; sin embargo, platicando con un mercadólogo, resulta que para la definición de mercadotecnia sólo llegamos hasta antes del precio, y en el mercado sanitario también es difícil hablar de un precio uniforme o la formación de un precio para un determinado servicio.

Lo común en el mercado son las mercancías que se manejan: la oferta, donde en ocasiones los pacientes de los ámbitos privado

³ Navarro-Reynoso, Francisco P. y Navarro-Silva, Helena Carolina, “Capítulo 43. Obesidad, sobrepeso y patología pulmonar”, en Abdo, J. M. *et al.* (coords.), *Nutrición, obesidad, DBM, HTA, dislipidemias, TCA y salud mental. Mejores prácticas franco-méxico-colombianas*, México, Producciones Sin Sentido Común, 2019, pp. 473-487; Frenk, Julio y Gómez Dantés, Octavio, “Salud: austeridad privatizadora”, *Nexos*, 1o. de agosto de 2019, disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=43575>.

y público acuden horizontalmente hacia los dos mercados bajo un precio justo.

En este sentido, nos ocuparemos de tratar de analizar lo que sucede en la medicina privada, en donde los grandes consorcios tienen menos del 7% del total del mercado. En efecto, la mayoría de las unidades médicas privadas tienen más de dos camas, pero menos de veinte, y éstas ocupan el 93% del mercado. En Estados Unidos, los mejores hospitales son los privados, mientras que en México los mejores son públicos; sin embargo, esto se puede analizar desde varios puntos de vista, siendo el primero de ellos la infraestructura, en donde los grandes consorcios cuentan con la mejor, en tanto que en los públicos la infraestructura cumple con los estándares. De acuerdo con todo lo anterior, podríamos decir que el mercado sanitario es aquel al que concurren las instituciones de salud (públicas y privadas), los individuos y las organizaciones con el objeto de obtener un producto o servicio de salud, que hace las veces de mercancía.⁴

II. CULTURA SANITARIA

Si nos formuláramos las siguientes preguntas: ¿es lo mismo cultura sanitaria que cultura médica?, ¿es válido en México el concepto “cultura sanitaria” o “cultura médica”?, primeramente podemos decir que la cultura sanitaria es el conjunto de valores, ideas y creencias que tienen los individuos respecto a la salud y que determina, en gran parte, su comportamiento orientado a la utilización de medicinas paralelas; en cambio, la cultura médica es el grado de información que posee la población sobre la medicina alopática, y determina un mayor patrón de utilización de los servicios médicos, pero sobre todo una mayor exigencia y demanda de información.

Con todo esto, podríamos decir cuál de los dos términos es válido. En efecto, pienso que ambos son válidos en determinados niveles, pero ¿cómo afecta el nivel de uno u otro? Considero que

⁴ *Idem.*

sería con la ausencia en la participación de la gente en la preservación de su salud, desde el punto de vista curativo, preventivo y de rehabilitación. Existen varias leyes y reglamentos que establecen cómo se deben otorgar los servicios de salud y los derechos y obligaciones que tienen el personal de salud, el paciente y su familia, así como las características obligatorias que deben tener las unidades médicas prestadoras de servicios, estableciéndose cuáles son las sanciones en caso de no cumplir.

La actualización de las leyes garantizará que esta relación entre las instituciones, los trabajadores, los pacientes y los familiares se desarrolle con seguridad, calidad y acceso seguro.

La actualización y adecuación de la legislación sanitaria como condicionante de consumo permitirá fortalecer los mercados privados, fomentar la competencia y aumentar la participación del sector privado en la prestación de servicios; con esto, podemos afirmar que el sector privado requiere cambiar y engancharse con la comunidad.

Considero que los puntos que estamos viendo pueden ser sometidos a discusión, sobre todo en un país como el nuestro, en donde los costos no están regulados y la competencia no existe, en términos reales, en las instituciones públicas de salud; es decir, el IMSS no compite con el ISSSTE, porque están dirigidos a mercados completamente distintos, y muchas veces la participación de servicios privados en los públicos se debe a la ineficiencia o grandes costos de operación de los públicos. Lo que sí puede ofrecer ventaja es la implantación de organismos certificadores, tanto para organismos públicos como privados; en efecto, para los privados, la legislación efectivamente puede ser la condicionante simplemente para que existan y, luego, compitan.

Existen atributos del cliente como condicionante del consumo; los primeros son los inherentes al individuo, las reacciones ante la enfermedad, una mayor participación académica de buen nivel y contar con hospitales solidarios con el médico.

En este capítulo, podríamos plantear lo siguiente: ¿qué hacer en la medicina privada? Primeramente, sería legislar para que la

certificación sea obligatoria, que existan comités de ética efectivos, contar con un observatorio de la actuación del equipo de salud y eliminar el médico de farmacia, ya que se ejerce medicina no segura, además de que se debe legislar a favor de la salud en los medicamentos similares y “farmacoequivalentes”.

Dado que algunos médicos son los mismos en la medicina pública y en la privada, deben de aplicar las mismas bases de ética profesional y médica, y no pueden cambiar la forma de proceder en ambos escenarios. Si se debiera preferir a alguno, podríamos decir que sería el ámbito público, ya que en ese ámbito los pacientes son con los que tuvimos oportunidad de aprender y con ellos poder escalar peldaños en el ámbito público y el privado de la medicina, por lo que no debería de haber ninguna diferencia en el ejercicio en ambas medicinas.

Existen algunos elementos que deben de considerarse para poder asegurar la mejor atención médica; uno de ellos es la certificación de las unidades médicas, esto es, la mejora de la infraestructura, ya sea remodelación, ampliación o sustitución por unidades nuevas.

La capacitación es un elemento que debe ser permanente en todas las instituciones, dado que entre mayor sea la capacitación, mejor será la atención médica, tanto técnica, ética y de trato. En el ejercicio de la medicina es importante mantener vigente la certificación del personal médico, y ésta debe de ampliarse a otros grupos, como enfermería, trabajo social, laboratorio clínico, técnico de radiología y nutrición, entre otros. Una atención especial merece el grupo odontológico, dado que a pesar de que no estudiaron la carrera de medicina, deben de someterse al escrutinio de sus pares, ya que atienden directamente a los pacientes, por lo que deben demostrar su actualización y su vigencia en conocimientos y requisitos igual que el personal médico.

Las instituciones deben obtener todas las certificaciones que garanticen la mejora y seguridad de la atención médica, tanto la del Consejo de Salubridad General como la de otros ámbitos.

Las instituciones médicas de prestigio visten al personal de salud; éstos, a través del tiempo al trabajar en dichas corporaciones,

obtienen el prestigio de la institución, la cual se mantiene por el buen ejercicio de la profesión del grupo de salud, que le retroalimenta a la propia institución en su mejor prestigio; con esto, consideramos que todo el grupo viste a su institución, pero la institución también viste a su personal. En la medicina privada hay un “peloteo” alto de pacientes, inclusive sin una buena indicación de la referencia, ya que el objeto es enviar pacientes a otros especialistas con la finalidad de que ese mismo le devuelva más pacientes sin una referencia justificada; en el mercado privado existe la fama del médico dentro del medio que, si bien puede ser bien ganada, puede ser benéfica en el mercado individual, pero no así en el sistema privado en lo global. En nuestro medio, la medicina privada no se maneja como instituciones que ofrecen grandes servicios, como puede ser el caso de los consorcios americanos; aquí, los grandes consorcios sólo ofrecen algunas ventajas y una de ellas es la actividad de médicos en lo individual.

En los Estados Unidos de América, las mejores instituciones médicas son las de carácter privado, mientras que en México las mejores son las públicas. En México, la medicina privada debe de trabajar para elevar su nivel y poder desarrollar mejores actividades de atención médica, educación e investigación; de esto último es lo menos que se realiza en las instituciones privadas. Por lo tanto, debe elaborarse un plan definido que sienta las bases para trabajar y poder ir fortaleciendo estos ámbitos.

Existe en el mercado privado una problemática que le he llamado “imperfección del mercado”, que consiste en que para poder tener acceso a él se requiere, en primer lugar, contar con dinero y/o seguro. Sabemos que ésta es una gran limitación en el acceso; además, el sistema privado puede ser una gran solución para poder disminuir la demanda de la medicina pública.

Una gran debilidad es que en el sector privado hay una falta de información o no existe información confiable, por lo que es condición indispensable saber cuál es la verdadera información y que con ésta podamos tener un diagnóstico situacional y, entonces, estar en la posibilidad de diseñar un mejor plan de desarrollo de la integración del sector privado con el público.

Se ha planteado por algunas personas del sector público que en la subrogación de servicios de salud se le pague al mejor, lo cual me parece y es muy loable, pero el paciente debe acudir con el mejor y con el que escoja, no al que le toque; por tanto, el mejor médico tendrá más pacientes y el malo no. Ahora debemos de plantear quién es el mejor médico; así pues, será aquel que tenga no sólo el diagnóstico más eficaz, sino también el que sea más humano, el más cercano, el más ético; en pocas palabras, será aquel que el paciente escoja. Esto se resume en que el médico en ambos sectores debe ser un profesional completo e íntegro, y con esto lograr que sea un sistema más eficaz.

Una pregunta que nos podemos hacer es la siguiente: ¿nuestros sistemas público y privado son eficaces en el diagnóstico? Muchas veces pensamos que el sistema u organización que tenga lo mejor en infraestructura, o la más sofisticada, es el mejor; no obstante, esto se encuentra muy lejos de serlo, ya que este planteamiento conlleva una inversión grande, ya sea por compra o por pago por evento, y cualquiera de los dos requiere de un financiamiento y un flujo de efectivo alto de retorno, lo que en ocasiones es difícil de lograr, y además de que el beneficio que se logra es sólo para unos pocos, lo que convierte al sistema en ineficiente, con poca oferta de servicios y mucha demanda. Cualquier sector poseedor de una tecnología debe de estar al alcance de ambos, a fin de dotar al paciente del beneficio tecnológico; sin embargo, equipamiento no es sinónimo de ejercer una medicina efectiva, pues a veces se convierte en cara e ineficiente.

En el mejor de los escenarios, el objetivo mayor será ofrecer salud a la población, tanto en instituciones públicas como privadas, a través de un Plan Nacional Maestro de Infraestructura. Por ejemplo, en la Ciudad de México contamos en el área cercana al Centro Médico Siglo XXI, a 4.5 kilómetros a la redonda aproximadamente, con 36 tomógrafos, en donde algunos hospitales tienen citas de pacientes ambulatorios a 3 meses o más, y en otros existen turnos que a veces tienen intervalos de 5 horas en los que no hay pacientes. Esto último nos debe llevar a la reflexión de

cómo hacer más efectivo todo el sistema nacional de salud; tal vez debamos de voltear a ver a una mayor subrogación de servicios, el compartir infraestructura y la operación de unidades en fin de semana y turnos vespertinos, así como el pago por evento.

Julio Frenk y Octavio Gómez Dantés en su artículo comentan que la propuesta del actual gobierno federal en materia de salud se sustenta en un explícito rechazo a las iniciativas “privatizadoras” de las pasadas administraciones y a las llamadas políticas “neoliberales”. En el apartado dedicado a la salud del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 se señala:

El desastre del sistema de salud pública es resultado de los afanes privatizadores y de los lineamientos emitidos por organismos internacionales copados por la ideología neoliberal. El resultado: en un periodo en el que proliferaron los dispensarios, clínicas y hospitales privados de todas las categorías, incluso los de gran lujo, los establecimientos públicos han sido librados al saqueo de la corrupción, la indolencia burocrática y el estrechamiento presupuestal.

Esto ha dado lugar a grandes recortes del gasto público en salud, los cuales han reducido la disponibilidad de medicamentos, médicos y enfermeras en los institutos nacionales y cientos de clínicas y hospitales públicos de todas las entidades federativas. Estos recortes del gasto social, tan propios del neoliberalismo, están obligando a las familias mexicanas a recurrir de manera creciente a los servicios privados para atender sus necesidades de salud, exponiéndose a incurrir en gastos catastróficos; pero considero que todo esto es el resultado de la ineficiencia e ineficacia del modelo de la medicina pública en nuestro país.

El objetivo de este ensayo es documentar las medidas que se implantaron en los últimos tres años del gobierno anterior y el primero del actual, las cuales pusieron fin a un largo esfuerzo por ampliar la inversión pública en salud con la intención de alcanzar la cobertura universal. Estos recortes presupuestales y la mala administración del gasto están produciendo una gradual privatización de la atención de la salud, que está afectando sobre todo a

los más pobres y que contradice en los hechos a los propósitos de una administración que se autodefine como progresista; tal parece que se olvidan del incremento del gasto total en salud en México, al pasar de 45% en 2000 a 53% en 2015. En este sentido, Frenk sustenta que, por fin, el sistema mexicano de salud se estaba financiando con recursos predominantemente públicos, un requisito para alcanzar la cobertura universal de salud; sin embargo, en 2016 —la última cifra disponible—, la participación del gasto público en el gasto total en salud se redujo a 52% y Frenk comenta que los porcentajes de 2017, 2018 y 2019 no serán mejores. Sabemos que los gastos de bolsillo disminuyeron con la implantación del Seguro Popular, que para 2000 representaron 52% del gasto total en salud y se redujeron a 40% en 2016, a diferencia de la cifra promedio de los países de la OCDE, que es de 14%.⁵

La actual crisis que viven las instituciones públicas de salud en México tendrá consecuencias ineludibles, que ya han sido identificadas por varios de sus principales actores: la migración hacia el sector privado y el consecuente incremento del gasto de bolsillo entre los usuarios de los servicios públicos de salud, ya que hoy en día los pacientes y sus familiares se ven obligados a adquirir por su cuenta los insumos de los que no disponen las unidades públicas, a pesar de que ya pagaron por ellos mediante sus impuestos y sus contribuciones a la seguridad social, y con un gran diferimiento en las citas y programación de estudios y procedimientos quirúrgicos o de intervención, por lo que prefieren acudir al mercado privado para algunas cosas, lo cual les representará pagar un poco más de lo que en la actualidad les cuesta la medicina pública; la gratuidad no existe.

El gobierno que prometió garantizar el acceso “gratuito” a servicios de salud de alta calidad a todos los mexicanos está promoviendo, con sus decisiones, la privatización de la atención a la salud. Muchos de los mexicanos que recurren al gasto de bolsillo para atender sus necesidades de salud incurrirán irremediable-

⁵ Navarro-Reynoso, Francisco P. y Navarro-Silva, Helena Carolina, “Capítulo 43. Obesidad...”, *op. cit.*, pp. 473-487.

mente en gastos catastróficos, pues tendrán que utilizar sus ahorros, vender sus activos y/o pedir prestado para evitar el sufrimiento de sus seres queridos, y en donde los más afectados serán los más pobres.

Frenk sostiene que es necesario superar la obsesión por descalificar los avances del pasado mediante el uso irreflexivo del epíteto “neoliberal”, ya que esta práctica es parte de un síndrome más extenso, consistente en basar las políticas públicas en preconcepciones ideológicas y no en evidencias científicas. Así, un sistema que recompensa la lealtad ideológica por encima de la competencia técnica conduce irremediablemente a un nivel de impericia gerencial, que el actual gobierno ha puesto en evidencia, con graves consecuencias para la salud y el bienestar de la población, puesto que es una cruel paradoja que dicha incapacidad técnica esté llevando a un gobierno autodefinido como “progresista” a promover en los hechos el tipo de políticas “neoliberales” que tanto dice aborrecer.⁶

En época de crisis, en el mercado privado lo que aumenta es la oferta y existe poca demanda, por lo que se debe ampliar la oferta para aumentar la demanda; parece poco lógico, pero es cierto.

¿Qué hacer en la medicina privada? Considero que, ante este escenario, el sector privado de la medicina debe tener una mayor presencia en la comunidad, utilizando más mercadotecnia y sacrificando un poco el margen esperado de ganancias, con el fin de atraer una mayor demanda; se requiere una mayor presencia en la investigación sectorial y una educación de mejor nivel.⁷

Por otro lado, los servicios privados deben de introducirse dentro de la protocolización en el manejo de los pacientes, lo cual tendrá grandes ventajas, como estudiar adecuadamente a los pacientes de acuerdo con sus signos y síntomas, que redundará en menor gasto, más eficacia en el diagnóstico y mejor manejo de los pacientes, con las repercusiones económicas a la baja en el gasto.

⁶ Frenk, Julio y Gómez Dantés, Octavio, *op. cit.*

⁷ *Idem.*

Muchos pacientes cuentan con seguro de gastos médicos, pero esto no implica gastar más de lo que se debe de gastar.⁸

Una buena estrategia podría ser la creación de centros especializados privados, en donde se ofrezca, una vez hecho el diagnóstico, el mejor manejo para el paciente a precios razonables, así como poder intercambiar pacientes entre estos centros con otras instituciones con especialidades complementarias, lo cual podría favorecer el pago entre instituciones públicas y privadas o entre públicas.

Siempre he pensado si existe o no diferencias entre la medicina pública y la medicina privada, o si hay alguna diferencia entre el ejercicio profesional en la medicina pública y la medicina privada. Considero que no debe de existir, ya que las enfermedades no se distribuyen uniforme ni aleatoriamente, sino que esto se relaciona con la estructura social y cultural. Muchas veces el que un individuo busque atención médica dependerá de su bagaje cultural o educativo, económico y hasta religioso, y la reacción del individuo ante la enfermedad depende, asimismo, de la estructura social y cultural, pues la “lucha” contra la enfermedad no es sólo del gobierno o el médico, sino también debe ser educativa, social, religiosa y económica.

En la actualidad hay que pensar que las instituciones o los hospitales modernos públicos o privados deben ser altamente eficientes, efectivos, autosuficientes, autosustentables, financiables, financieramente efectivos y promotores de la educación y de la investigación, así como de estancias cortas y de consulta externa efectiva de todo el día, donde se pueda modernizar la infraestructura por medio de renta, arrendamiento financiero, arrendamiento puro o comodato. Asimismo, estos hospitales deben contar con unidades de calidad y seguridad de la atención, al igual que cirugía de corta estancia y ambulatoria. En este sentido, se debe pugnar por que existan hospitales comunitarios y socialmente responsables.

⁸ Navarro-Reynoso, Francisco P. *et al.*, *Hacia una nueva dirección de hospitales*, 3a. ed., México, Trillas, 2017.

Además, todos los hospitales (públicos o privados) deben contar con procesos de auditoría médica cruzada interna, planeación estratégica, sistemas efectivos de costos, mantenimiento de índices de medición, buenas normas y procedimientos, guías clínicas y terapéuticas, cumplimientos de más normas oficiales, efectiva selección de personal, trabajo en equipo (difícil de obtener en los grupos de salud y aún más entre médicos), capacitación continua (se necesita educar, no nada más enseñar), reconocimientos al desempeño y preparación de futuros directivos; de igual manera, deben trabajar y promover una “educación para la salud” y una “atención integrada a la salud”, e impulsar el proceso de crecimiento individual, la promoción de valores y el cambio de actitud del equipo de salud.

Todo esto que señalamos líneas arriba lo podemos lograr con estrategias de adoctrinamiento colectivo organizacional y fomentando la cultura del nosotros.⁹

¿Qué podemos hacer? Establecer una estrategia de prestación de servicios preventivos ordenados y dirigida a los cinco grupos poblacionales. Serán preventivos en salud materna para garantizar un embarazo saludable; prestar servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad; detectar y disminuir factores de riesgo obstétricos; promover consultas prenatales, por lo menos cinco; prescribir de manera profiláctica hierro y ácido fólico; aplicar al menos dos dosis de toxoide tetánico; otorgar orientación nutricional, y atender el parto y el puerperio.

Otra estrategia se dirigiría a garantizar un buen desarrollo infantil desde el periodo neonatal; brindar atención al recién nacido; fomentar la lactancia materna, por lo menos durante seis meses; prestar servicios de salud oportunos, con calidad y seguridad; garantizar la aplicación de todas las vacunas; señalar la posición adecuada del lactante para dormir; estimular el desarrollo cogni-

⁹ Navarro-Reynoso, Francisco P., “Un cuadrángulo virtuoso, complemento de la atención médica”, *Revista Médica del Hospital General de México*, vol. 73, núm. 4, 2010, p. 211.

tivo; prevenir y controlar enfermedades diarreicas y respiratorias, y fomentar el control nutricional, crecimiento y desarrollo.¹⁰

III. CUADRÁNGULO VIRTUOSO DE LA SALUD

Para poder pensar en que funcionen los proyectos y programas que emanen de las entidades federales o estatales, o de las instituciones también del Estado, del sector privado o del social, debemos plantear la interacción y el trabajo conjunto entre ellas. Para esto hemos mencionado la activación del cuadrángulo virtuoso de la salud, en donde la parte central del sistema trabajará para preservar y restablecer la salud, con todo lo que esto conlleva (prevención, diagnóstico y tratamiento tempranos, rehabilitación e incorporación al individuo a las tareas de crecimiento económico en el país), y que, dentro del sector social, las academias, los patronatos, los voluntariados, las asociaciones, entre otros, puedan participar en esta activación. Si todos participamos en esta gran tarea, podremos activar a la sociedad, que es por quien trabajamos (figura 1).¹¹

FIGURA 1. CUADRÁNGULO VIRTUOSO DE LA SALUD



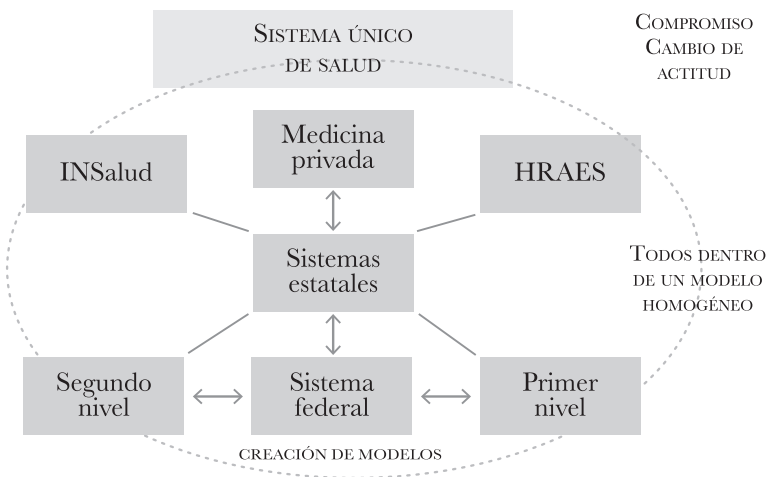
¹⁰ Navarro-Reynoso, Francisco P. y Navarro-Silva, Helena Carolina, "Capítulo 43. Obesidad...", *op. cit.*, pp. 473-487.

¹¹ González-Martínez, J. F. *et al.*, "Gestión de la calidad. El modelo educativo del Hospital General de México y su certificación ISO 9001-2008", *Los Retos de la Educación Médica*, vol. 1, núm. 2, 2012, pp. 230-258.

Para pensar en un sistema único de salud, debemos de establecer un modelo homogéneo entre los tres sectores que conforman al sector salud (el público, el privado y el social), como ya lo mencionamos anteriormente, pero impulsando más proyectos que influyan en el manejo y protocolos de pacientes, tal y como se trabaja en gran medida en el IMSS, institución que cubre prácticamente a la mitad de la población en México. De esta manera, será entonces como podremos tener una mejor cobertura, un mayor acceso y una mejor medicina resolutiva (figura 2).¹²

FIGURA 2. INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

¿Qué podemos hacer?



Proponemos algunas conclusiones después de esta revisión de ciertos puntos de vista:

- Retomar la función rectora de la SSF.
- Resolver el problema del financiamiento.

¹² Navarro-Reynoso, Francisco P., "Hacia un hospital moderno", *Revista Médica del Hospital General de México*, vol. 73, núm. 2, 2010, pp. 81 y 82.

- Separar los fondos para la atención médica y los fondos de otro tipo.
- Aumento paulatino del PIB para salud hasta poder alcanzar el 9%.
- Todas las intervenciones deben ser costo-efectivas.
- Invertirle a la capacitación del personal.
- Mayor interacción entre la medicina privada y la pública.
- El cambio de actitud del personal permite una mejor calidad y seguridad en la atención.
- La calidad y seguridad de atención es brindar el mejor servicio, y esto sí es posible.
- El capital humano institucional debe cambiar para enfrentar los retos del futuro.
- Se requiere de trabajo en equipo.
- Se necesitan directivos de tiempo completo (las 24 horas del día).
- Mejor medicina asertiva.
- Proyectos que modifiquen los determinantes sociales.
- Acceso y cobertura efectivos.
- Activar el círculo virtuoso de la salud.
- Búsqueda de integración del sistema.
- Garantizar el no rechazo.
- Proyectos federales rectores que bajen a los diversos servicios de salud.
- Creación de modelos de atención.
- Impulsar el desarrollo de la medicina de primer contacto.
- Política hospitalaria de todo el sector.

CAPÍTULO QUINTO

LA FORMACIÓN DE MÉDICOS EN EL ÁMBITO DE LA MEDICINA PRIVADA

José J. VILLALPANDO CASAS*

SUMARIO: I. *Presentación.* II. *Desarrollo.* III. *Acerca del aprendizaje significativo.* IV. *Sobre la acreditación de los programas educativos.* V. *Circunstancias de prestación de servicios de protección a la salud.* VI. *Sondeo sobre la participación privada en la formación de médicos.* VII. *Pautas para la mayor participación.*

I. PRESENTACIÓN

La formación de profesionales de la medicina es una tarea que comparten las instituciones sociales en México: por un lado, las del orden educativo a nivel superior y, por otro, las que prestan servicios de atención a la salud; en ambos casos pueden pertenecer al sector público o al privado. Dichas instituciones complementan sus funciones entre sí y se potencian una a la otra, con el propósito de preparar médicos que brinden servicios profesionales de alta calidad, conforme a las circunstancias epidemiológicas locales y regionales, y ahora también globales; además, lo deben hacer siempre con bases científicas y humanistas, y con apego al conocimiento y a la tecnología

* Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina de México; presidente del Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica (Comaem).

prevalente; asimismo, tienen que desempeñarse con sentido ético y responsabilidad social, a fin de preservar o recuperar la salud de las personas y de la comunidad, conforme lo necesite la población y lo requiera el desarrollo del país.

Lo anterior se asienta en el siguiente precepto: “Educar consiste en desarrollar las facultades intelectuales y morales¹ de las personas, siendo resultado del entrenamiento y la instrucción formal, como también de la práctica supervisada para realizar destrezas de una profesión en su propio campo de trabajo”.

Para abordar el tema de la formación de médicos en el ámbito de la medicina privada en el país, se debe discurrir sobre lo siguiente:

- a) El contexto en que se da la formación de médicos en el México contemporáneo.
- b) La medicina privada y la vocación ancestral de los médicos, desde la Antigüedad hasta los tiempos presentes, en materia de formación de esos profesionales.
- c) La manera en que la medicina privada participa actualmente en la formación de médicos y la potencialidad educativa como factor que puede contribuir a su progreso.
- d) Propuesta para que la medicina privada contribuya a la formación de nuevos médicos.
- e) Conclusiones.

II. DESARROLLO

Sobre el contexto educativo prevalente

La enseñanza y el aprendizaje de la medicina suceden en México de forma compartida entre las instituciones de educación superior (públicas y privadas), que tienen el cometido de impartir los

¹ Real Academia Española, *Diccionario de la lengua española*, ed. del tricentenario, España, 2023.

programas educativos para formar profesionistas en esa disciplina, junto con las instituciones del sector salud, que comparten esa responsabilidad y contribuyen con la enseñanza y el aprendizaje clínico de los estudiantes, lo que sucede principalmente en las de carácter público en todo el país, tanto en el nivel licenciatura como en el posgrado, para la especialización y obtención de grados; asimismo, participan mediante programas específicos en educación continua para la actualización o desarrollo de competencias de los médicos ya formados.

Se debe tener en cuenta que las escuelas y facultades de medicina en México tienen sus propios currículos y programas educativos, y que para llevarlos a cabo siguen modalidades pedagógicas e intervenciones diversas. Este cometido se nutre de los principios universitarios plasmados en la máxima norma jurídica en el país desde 1924, que consagra la autonomía de organización y gestión de las instituciones de educación superior, así como la libertad de cátedra e investigación de su planta académica, además del conjunto de acciones para la extensión de la cultura; para ello, las instituciones cuentan con una limitada subvención gubernamental y mínimamente con ingresos autogenerados, o bien se trata de una inversión de fondos de particulares.

Es un hecho que la mayoría de los planteles que ofrecen la carrera de medicina en México siguen modelos pedagógicos de tipo tradicional, y que tienden a evolucionar a modelos más avanzados en la modalidad de competencias profesionales, a fin de resolver los asuntos de la profesión médica. Vale mencionar que, a juicio del Comaem, la enseñanza de las ciencias básicas que se proporciona en los respectivos campus de las escuelas y facultades de medicina se realiza de manera adecuada, en tanto que, por contraposición, la enseñanza y práctica clínica es insuficiente, circunstancia que ofrece un espacio de oportunidad para mejorarla.²

En este suceder, hace una década la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), que agrupa a la

² Datos observados en el proceso de evaluación para la acreditación de programas educativos en escuelas y facultades de medicina. Comaem, *Manual de procedimientos para la acreditación 2019*, México.

mayoría de los planteles que imparten la licenciatura en medicina, acordó, junto con el consenso de sus agremiados, la formulación de un “Perfil por competencias del médico general mexicano”,³ claramente orientado a la medicina para las atenciones individual y comunitaria, para lo cual el grupo encargado de su redacción se apoyó en las plataformas científicas que aportan las ciencias biomédicas y las humanidades; asimismo, buscó la promoción del ejercicio médico ético y de calidad para que los estudiantes construyan su profesión. Ésta es una forma de favorecer el profesionalismo del facultativo y de prepararlo para su incorporación al sistema de salud.

Solamente que los planteamientos del “Perfil del médico general” antedicho no fueron acatados enteramente por los planteles, mismos que continuaron desarrollando sus programas de manera tradicional, aunque con ciertas modificaciones que no dibujaban por completo el perfil propuesto. No obstante, este proyecto vuelve a adquirir vigor y muchos grupos se pronuncian por actualizar su propuesta.

III. ACERCA DEL APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

En cuanto a la experiencia derivada de la interacción para la formación de nuevos médicos entre las instituciones educativas y las de salud, muestra severas discrepancias, ya que mientras las primeras orientan a la práctica independiente, las segundas lo hacen hacia la práctica institucional, circunstancia que impacta a los estudiantes a profundidad y les orienta al ejercicio institucional especializado.

Los estudiantes durante los ciclos básicos suelen ser introducidos también al aprendizaje clínico por medio de una serie de experiencias en laboratorios tecnológicos, con diferentes grados de equipamiento y organización, donde se simulan situaciones clínicas, y en algunos programas inclusive se apela a la participación de pacientes estandarizados, en circunstancias más allá del

³ “Perfil por competencias del médico general mexicano”, disponible en: www.amfem.edu.mx.

nivel de preparación, lo que también tiene inconvenientes.⁴ Estas experiencias no pueden sustituir a las vivencias logradas frente a pacientes verdaderos, que es lo que los estudiantes buscan al acudir a diferentes servicios donde se presta la atención médica y en los que se tiene la oportunidad de correlacionar sus conocimientos con situaciones reales para lograr aprendizajes significativos.

Ese tipo de enseñanza no debe tomarse como una medida para sobrellevar la saturación que se observa en los servicios clínicos, donde se ve limitada la enseñanza clínica debido, en gran parte, a la presencia de un excesivo número de estudiantes, y si a esto se le agrega que no hay suficientes instructores capacitados o profesores comprometidos para conducir el aprendizaje, pues resulta que la educación clínica suele ser deficiente.

Interesa mencionar la importancia que tiene para los estudiantes aprender a conducirse en los espacios donde se da la atención médica: salas de hospitalización, consultorios, quirófanos, laboratorios y gabinetes. Pero más importante aún es el aprender directamente del comportamiento profesional de sus profesores en su trato con los pacientes y su familia;⁵ además, el respeto que deben guardar los médicos por la dignidad de las personas y por su pudor; asimismo, el tipo de razonamiento y juicio que ejercen cuando se deben tomar decisiones y apreciar cómo se proponen a los pacientes o sus tutores, ya que nunca se debe actuar con el desconocimiento o contra la voluntad del paciente, así como tampoco cuando se tiene objeción de conciencia;⁶ de igual manera, los estudiantes también deben aprender a cuidar los bienes y demás recursos institucionales. Ésta es una forma ética de formarse como futuros médicos para después conducirse con ese sentido profesional.

⁴ Wissow, Lawrence, “Modelos de comunicación en la relación médico-paciente”, *Revista CONAMED*, núm. extraordinario 1, 2003.

⁵ Código de Conducta del Personal de Salud, disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/bioetica/codigo_conducta.html.

⁶ Decreto por el que se adiciona un artículo 10 Bis a la Ley General de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 11 de mayo de 2018.

Se hace énfasis en esto por haber podido constatar que un buen número de estudiantes durante los ciclos clínicos no han tenido oportunidad de interactuar con pacientes por las razones antedichas, fenómeno sólo explicable por la saturación de estudiantes en los servicios de atención médica a los que acuden en busca de formación; en este sentido, valga citar el indicador siguiente: “número de estudiantes por cama de hospitalización”. Idealmente, debiera existir la proporción de un estudiante por cada cinco camas de hospitalización, pero lo que ocurre es a la inversa, pues se presentan entre cinco a siete estudiantes por cada cama y son ellos mismos quienes también deben acudir a los consultorios externos, por lo que las experiencias significativas que logran son escasas.

Una anécdota sobre lo anterior sucedió cuando al término de la etapa clínica en una escuela que titulaba a sus egresados como médicos cirujanos y parteros, habiendo cursado en su currículo dos semestres de ginecología y obstetricia, sus estudiantes no habían presenciado un parto en vivo o explorado al menos el abdomen de una gestante, o dado seguimiento a algunas de sus consultas de control obstétrico.⁷

Esas deficiencias de preparación suelen dejarse para ser resueltas en el ciclo del internado de pregrado, donde —por cierto— también se presentan dificultades, pero ahora por falta de instructores o de compromiso de los profesores con su función y, asimismo, por desatención del plantel educativo.

IV. SOBRE LA ACREDITACIÓN DE LOS PROGRAMAS EDUCATIVOS

Tal panorama obedece al gran número de estudiantes que ingresan a la carrera en alguna de las 159 escuelas y facultades de medicina

⁷ Villalpando-Casas, José J. y Acosta Arreguín, E., “Avances en el uso combinado de la práctica real y equivalente para el dominio de las competencias clínicas de los estudiantes de medicina en obstetricia”, IV Congreso Internacional de Innovación Educativa, del 14 al 16 de octubre de 2009, disponible en: <https://www.repo-ciue.dfie.ipn.mx/pdf/573.pdf>.

de las que tenemos noticia en el Comaem, de las que seguramente existen más, pero no se han registrado ni afiliado a la AMFEM. Actualmente, en el Comaem suman 67 escuelas y facultades públicas registradas, de las que el 77.8% han acreditado sus programas con un alto nivel de calidad. Por otra parte, de los 92 planteles más, que son del orden privado, sólo 55.4% de ellos acreditaron sus programas. Estas cifras arrojan un promedio general de 66.6% del total de los 159 planteles mencionados.

Es de interés general precisar que en el Comaem recae la función social de evaluar los programas educativos para formar médicos y que es el organismo acreditador avalado en México por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (Copaes) de la SEP/ANUIES, y que tiene, además, el reconocimiento de la Federación Mundial de Educación Médica para realizar tal función y el estatus de comparabilidad de la Comisión Nacional para la Educación Médica y Graduados del Extranjero (NCFMEG, por sus siglas en inglés), por lo que sus dictámenes tienen aceptación global.

Es conveniente mencionar aquí, por el tema que se plantea, que la Organización Mundial de la Salud, en su Estrategia Global de Recursos Humanos para la Salud denominada “Fuerza de Trabajo 2030”, señala en su objetivo 1.1. lo siguiente: para 2020, “Todos los Países deberán haber establecido mecanismos de acreditación para las instituciones que preparan para la salud”. Ello implica un compromiso para los sistemas de educación superior y nacional de salud en México.

V. CIRCUNSTANCIAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE PROTECCIÓN A LA SALUD

El derecho humano de protección a la salud se consagra en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,⁸ que lo

⁸ Artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

establece como un bien jurídico tutelado por el Estado, y por su ley reglamentaria⁹ se brinda tal protección mediante la atención del Sistema Nacional de Salud, constituido por las instituciones de los sectores público y privado que ofrecen esos servicios. En esa disposición, el discurso “político asistencial” proclama que la atención se brinda conforme a la Estrategia de Atención Primaria a la Salud,¹⁰ con eje de atención en la medicina familiar y comunitaria, así como en el fortalecimiento de la medicina preventiva. Sin embargo, se reconoce que el sistema de salud en México continúa privilegiando la atención especializada de tipo hospitalario, y se aprecia que la atención preventiva y la práctica de la medicina general se rezagan cada vez más. Ello viene acentuando la inconformidad de importantes sectores de la sociedad a pesar de estar cubiertos por diferentes tipos de aseguramiento, aunque su accesibilidad a los servicios deja mucho que desear; no obstante, la postura oficial (SSA-2018) declara que se “[entiende] por acceso efectivo, el que un individuo que presenta una condición de salud y que identifique necesidad de atención, pueda acudir sin restricciones financieras, geográficas o de oportunidad a un servicio de salud con capacidad resolutive”, lo que en la práctica no ocurre.

Cabe mencionar que la elevada demanda de consultas médicas, aunado al retraso en las citas otorgadas, así como la atención disgregada e impersonal, junto con el diferimiento prolongado de las consultas con especialistas y la demora o el aplazamiento repetido de cirugías programadas, motivan que gran parte de la población prefiriera acudir a los sistemas privados de atención médica, y con ello se favoreció el crecimiento de los ya existentes y el surgimiento de nuevas agrupaciones de ese tipo, mismos que se extendieron a las principales zonas urbanas en todo el país.

Debe aceptarse que estos servicios especializados, sobre todo los de hospital, están bien equipados y abastecidos, y que cuen-

⁹ Ley General de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 7 de febrero de 1984. Última revisión: 12 de julio de 2018.

¹⁰ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Declaración de Alma-Ata, Organización Mundial de la Salud, 1978.

tan con personal capacitado y una plana de especialistas seleccionados y certificados. Empero, también se dio pauta a que surgieran cadenas de consultorios anexos a farmacias e, incluso, en el interior de tiendas de autoservicio, tanto en zonas urbanas como suburbanas, donde prestan sus servicios profesionales un buen número de médicos que al parecer no lograron ingresar al sistema de residencias para especializarse y se contratan, como modo de vida, para brindar atención de primer contacto de medicina general.

Se puede decir que estos servicios son vistos con cierta suspicacia por la comunidad médica, pues se desconoce la calidad con los que se imparten; sin embargo, la estadística de demanda de consultas de la población a esos servicios es superior a las que reportan en ese nivel las principales instituciones de seguridad social, incluyendo a personas y familias con derechohabencia a alguna institución de seguridad social y de salud.

1. *La medicina privada y la vocación ancestral de los médicos*

Comúnmente se acepta que la “medicina privada” es aquella que pertenece y se ejerce por particulares y no es propiedad pública o estatal, y así ésta forma parte importante del sistema nacional de salud. Baste mencionar que el número de camas censables es mayor en las instituciones privadas que las que cuentan los establecimientos de salud del Estado; asimismo, el número de médicos que sirven a los servicios privados es mayor que los públicos, sobre todo si se considera que muchos médicos ejercen en los dos tipos de medicina.

Desde que se tiene memoria de la práctica médica, ésta se ejercía por facultativos del sector privado en todas las culturas y sociedades, y no fue hasta 1883 que Otto von Bismarck implanta en Alemania esquemas de seguridad social, donde el Estado asume la responsabilidad de brindar atención a la salud de los traba-

jadores. Posteriormente, William Beveridge en 1942 en la Gran Bretaña instala un Estado benefactor con principios similares, y un año después, en 1943, Manuel Ávila Camacho en México proclama la Ley de Seguridad Social para los trabajadores asalariados, que implementa el IMSS, y después la Ley del ISSSTE para los trabajadores del gobierno; de esta manera, se hace cargo el Estado de la salud de los no asalariados y de la población de escasos recursos. Por su parte, la medicina privada continúa creciendo y fortaleciéndose, a efecto de cubrir las necesidades de atención de quienes prefieren atenderse en ésta y poseen recursos para sufragarla.

Para conectar este bosquejo del devenir de la medicina privada con la formación de médicos, se mencionan a continuación algunos acontecimientos y hechos que, a modo de brochazos históricos vividos por nuestros antepasados en la cultura occidental, dan idea del desarrollo de la atención a la salud por profesionales médicos formados desde tiempos remotos al lado de un maestro: ellos eran aprendices del arte y la ciencia médica y el maestro era su tutor, quien progresivamente los introducía en el arte de la medicina, en sus diferentes ramas, caracterizando así las corrientes profesionales típicas de las diferentes épocas y de la etapa evolutiva de las culturas.

Un hecho considerado hito histórico en la formación de médicos ocurrió en Salerno en el siglo XV, cuando pobladores de ese lugar se quejaron ante su rey por los malos resultados que tenían al recibir atención a su salud, en comparación con los mejores que veían en quienes eran atendidos por médicos de las culturas del oriente medio. Ello motivó a que el emperador de las Españas, Felipe II, comisionara a su médico personal para que con los notables de esa comarca analizaran el asunto. Como consecuencia de la comparación de la preparación de los médicos, el grupo tomó lo mejor de cada corriente médica y, de hecho, seguramente así se dio origen a una propuesta de lo que ahora se entiende por “plan de estudios”, que amalgamaba las corrientes occidentales y las del cercano oriente, a fin de preparar a los futuros médicos con lo mejor de cada medicina. Esta circunstancia pronto se ge-

neralizó en Europa y diversos países procedieron a revisar sus experiencias en esa materia y surgió entonces el Real Tribunal del Protomedicato, que se ocupaba de vigilar el ejercicio profesional y las funciones docentes y de atención en la formación de médicos. A la Nueva España llegó el primer protomédico en 1588 y la institución se mantuvo hasta la consolidación de la independencia de México.

Considero de interés consignar también lo que ha ocurrido con las escuelas y facultades de medicina en México: a principios del siglo XX, en 1900 se contaba con 7 planteles; en 1960 subieron a 27 y en 1980 aumentaron a 59; posteriormente, en 2000 llegaron a ser 139, y en 2018 se registraron 158 con más de 133,322 estudiantes. De todos ellos, alrededor de 20,000 estudiantes demandan una sede y plaza de becario en el sector salud para cursar el internado de pregrado y terminar su carrera, previamente a prestar el servicio social a que están obligados por norma en el país.

De ese conjunto de estudiantes se estima que cerca de 60,000 se encuentran en alguna etapa de su formación clínica, quienes por tiempos variables acuden a hospitales de segundo nivel y de tercer nivel de atención para cursar ciclos clínicos. Esto ocurre en instalaciones públicas, saturando los servicios y la capacidad docente, como se ha comentado. No se tiene noticia de que grupos de estudiantes acudan a servicios privados para cubrir esa etapa, como sí lo hacen sus compañeros para cursar el año de internado de pregrado con la aprobación de la autoridad sanitaria.

2. La manera en que la medicina privada participa actualmente en la formación de los médicos y la potencialidad educativa como factor de su desarrollo

La vinculación funcional entre las instituciones de educación superior que forman médicos y las instituciones públicas y privadas que prestan servicios de salud es de suma importancia para

alcanzar niveles altos de calidad, tanto en el programa formativo como en lo propiamente asistencial.

Ambos sistemas, como es natural, son interdependientes y complementarios entre sí, a pesar de que existen varios modelos curriculares e, igualmente, varios modelos de prestación de servicios, mismos que al interactuar, y conforme a sus recursos, ofrecen un campo de acción común para desarrollar el ciclo denominado “internado de pregrado”, donde los estudiantes durante dos semestres se incorporan a los hospitales para rotar en los servicios troncales de cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, medicina interna y medicina familiar dedicada a la atención de primer nivel. Este adiestramiento debe ocurrir idealmente bajo un programa académico concertado por las instituciones de salud con las escuelas o facultades de medicina que corresponda. Para el cumplimiento de dicho programa se nombra un profesor titular del ciclo, mismo que puede ser apoyado por profesores adjuntos e instructores honorarios; ellos se encargan de conducir el aprendizaje, de manera gradual y cada vez de mayor complejidad, para lo cual asumen tal responsabilidad.

Lo anterior no siempre ocurre así y los internos frecuentemente son dejados al aprendizaje autodidacta, sobre todo en instalaciones públicas de salud, con el consiguiente riesgo profesional, iatrogenias y deterioro de calidad de la atención en el hospital sede. En el medio privado, esto no suele suceder, pues se tiene especial cuidado en la atención de los pacientes, y éstos son muy exigentes de la calidad de los servicios que reciben, aunque la responsabilidad legal y la obligación ética sean iguales en ambos sistemas.

Dentro de nuestro país, las grandes cadenas de hospitales privados son distinguidas con la adscripción de internos de pregrado y, en varios casos, con el reconocimiento de ser sedes de residencias en diversas disciplinas quirúrgicas y médicas. En estos cursos deben cumplirse los requisitos universitarios y los de las propias instituciones de salud, así como los de los programas educativos y las normas institucionales vigentes.

VI. SONDEO SOBRE LA PARTICIPACIÓN PRIVADA EN LA FORMACIÓN DE MÉDICOS

A continuación, se relata lo que sucede en cuatro de las principales cadenas de medicina privada en México, como son los hospitales Ángeles, Christus Muguerza, Médica Sur y Star Médica, de la siguiente manera:

- El sistema de Hospitales Ángeles cuenta con 24 establecimientos en diversas entidades federativas: 10 en la Ciudad de México y 14 en diferentes estados (6 en el norte, 4 en el sur/sureste y 4 en el centro).
- El sistema Christus Muguerza, con ramales internacionales, cuenta en México con 11 hospitales: 9 en el norte y 2 en el sur.
- Médica Sur tiene un hospital en la Ciudad de México y otro en el norte.
- Star Médica tiene 4 hospitales: 2 en el centro, 1 en el sur y 1 en el norte.

Esto hace un total de 41 unidades hospitalarias, principalmente ubicadas en el norte del país y en la Ciudad de México, que ya reciben o tienen la capacidad de recibir internos de pregrado y residentes particularmente en especialidades quirúrgicas. Por su parte, las escuelas y facultades de medicina se encuentran localizadas en todas las entidades federativas y la gran mayoría de las 159 están ubicadas en los estados donde existen hospitales privados. Para fines de estimación de partición, se toma la cifra de 20 internos de pregrado en el internado en cada unidad hospitalaria, lo que constituye un total de 800 estudiantes, un número reducido para el volumen de estudiantes que deben cursar ese ciclo, que es alrededor de 12,000.

VII. PAUTAS PARA LA MAYOR PARTICIPACIÓN

A continuación, se hacen planteamientos y consideraciones que conducen a la sugerencia de “pautas” para la mayor participación de la medicina privada en la formación de médicos, de acuerdo con las siguientes cuestiones:

- 1) La educación médica en México se ha dirigido, desde sus orígenes, hacia la formación de profesionales para el ejercicio de la medicina liberal y, de manera paradójica, se forman mayormente en la práctica clínica de la medicina institucional, lo que se traduce en una discrepancia entre lo “que se dice” y lo “que se hace”. Adicionalmente, el discurso político asistencial se compromete con la atención primaria a la salud y declara como eje de acción a la medicina general, familiar y comunitaria, en tanto que la medicina institucional privilegia la práctica de especialidades, como sucede en la modalidad de medicina que se analiza en esta obra.
- 2) Es evidente que el aprendizaje clínico de los estudiantes de medicina es insuficiente en la mayoría de los que egresan de la licenciatura y se titulan de médico. Los campos clínicos están saturados, como se ha mencionado, y no se puede enseñar ni aprender la clínica médica a cabalidad.
- 3) Es aquí donde se ubica el espacio de oportunidad de la medicina privada, para que las instituciones y sus médicos con interés docente puedan enseñar la manera profesional de relacionarse con los pacientes y ejecuten las maniobras fundamentales de la exploración clínica, y así se favorezca también el desarrollo de valiosas competencias de comunicación con los pacientes y sus familiares.
- 4) Los estudiantes, por tanto, aprenderían con el ejemplo en una institución del régimen de libre empresa, así como el buen trato entre personas, encuentro que se da entre quien

busca la atención a su salud y quien ofrece sus servicios para ese fin, por lo que se brindaría un servicio donde legítimamente subyace la ganancia justa cuando se ejecuta un trabajo digno, en el ámbito de un efectuado como centro motivacional, y tal es el ejercicio liberal de la profesión.

1. *Propuesta*

Se presentan argumentos en favor de que los establecimientos donde se practica la medicina privada puedan incorporarse al proceso formativo de la licenciatura en sus ciclos clínicos, sin aprensión, teniendo en cuenta que quienes asuman el rol de profesores verán superado su nivel académico e incrementado su prestigio profesional, valores que reflejan en los pacientes que aquilaten la importancia de esta intervención. Asimismo, los pacientes podrían estar satisfechos de saber que su médico tratante es también un catedrático, lo cual hablaría muy bien de ellos.

En esta experiencia triangular entre binomios: *a)* el médico/profesor, *b)* el paciente/familia y *c)* el estudiante/aprendiz, se establecen contactos virtuosos de alto contenido humano que pulen y perpetúan la buena relación de médico y paciente, y vuelve más humana la atención profesional, para lo que habrían de cumplirse los siguientes postulados:

- 1) Que los pacientes sean informados previamente y solicitada su autorización para tal efecto, sin la cual no podrán ser sujetos de estudio. Del mismo modo, deberán ser informados del nombre de los alumnos y de su grado de estudios.
- 2) En todas las actividades de enseñanza se antepondrán el respeto y el confort de los pacientes a la ejecución didáctica.
- 3) Imbuir en los alumnos una actitud de servicio y de trato cordial y respetuoso a los pacientes y sus familiares, así como con sus compañeros, con los superiores y, en general, con el personal que colabora en las actividades asistencia-

les, cuidando así que la formación que reciban los estudiantes sea integral.

- 4) No permitir, conforme a las normas institucionales y las buenas prácticas médicas comúnmente aceptadas, que el contacto de los estudiantes con los pacientes sea inexperto o no supervisado.
- 5) No discutir los casos clínicos frente a los pacientes o el personal administrativo, así como evitar comentarios que puedan dañar la sensibilidad de los pacientes o dar lugar a interpretaciones indebidas.
- 6) Los profesores que participen se comprometen ante la institución de educación superior a cumplir cabalmente los programas, para lo cual podrán recibir un nombramiento escolar y remuneración adicional.
- 7) Los profesores que impartan los ciclos clínicos en los hospitales privados, y que sean autorizados para ello, guardarán y harán guardar todas las normas institucionales, organizativas y académicas, cuidando el buen uso de las instalaciones y el equipamiento; también velarán por el buen prestigio de la institución.

De ser aceptable esta propuesta, los directivos de ambas instituciones habrán de seguir las normas establecidas en el sector salud y en el sector educativo, para el propósito de ser consideradas sedes de enseñanza de ciclos clínicos en la licenciatura de medicina, y para ello habrán de cubrir todos los requerimientos y proporcionar los apoyos didácticos que fueran necesarios.

2. Conclusiones

Con esta propuesta se reconoce la armonía de la “función social responsable” de la empresa con la comunidad, lo que es una de sus valiosas cualidades, así como del plantel educativo con el que interaccione, sin dejar de mencionar que ese tipo de actividad

es un factor de estímulo para que los médicos que ahí laboren se preparen más y, en consecuencia, brinden servicios de mayor calidad en beneficio de los pacientes, lo que sin duda favorecerá la economía de su institución y el óptimo uso de sus recursos.

De admitirse la propuesta, la medicina privada estaría pres-
tando un gran servicio a la educación médica en México, al tiem-
po que avanzaría en el camino académico y propiciaría el incre-
mento de la calidad de sus servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- “94.5% en México paga por medicina privada”, *El Siglo de Durango*, 8 de abril de 2019, disponible en: <https://www.elsiglodedurango.com.mx/noticia/1040961.945-en-mexico-paga-por-medicina-privada.html>.
- ABRAMOVICH, Víctor, “Los derechos económicos, sociales y culturales en la denuncia ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos”, *Presente y futuro de los derechos humanos: ensayos en honor a Fernando Volio Jiménez*, San José, IIDH, 1998.
- ACTIS, Andrea, *Teorías de justicia en relación con la salud*, Buenos Aires, CAICYT, 2016.
- ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS, “El derecho a la salud”, *Folleto informativo*, núm. 31, 2008.
- ARANGO, Rodolfo, “El derecho a la salud en la jurisprudencia constitucional colombiana”, *Revista Direitos Fundamentais & Justiça*, Porto Alegre, núm. 5, octubre-diciembre de 2008.
- AREN, Julio A., “Opinión sobre la aplicación de la Ley 26682 al orden provincial y previsional”, en BIANCHI B., Alberto, *Medicina prepaga. Facultades reservadas a las provincias*, La Plata, Universidad de La Plata, 2013.
- CELI MALDONADO, Alejandra, voz “Salud”, *Diccionario iberoamericano de derechos humanos*, Alcalá de Henares, Universidad de Alcalá, 2012.
- COMAEM, *Manual de procedimientos para la acreditación 2019*, México.
- COSSÍO DÍAZ, José Ramón (coord.), *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Comentada*, México, Tirant Lo Blanch, 2017.
- DUGUIT, León, *Las transformaciones generales del derecho privado desde el Código de Napoleón*, México, 2007.

- ESCOBAR, Gabriel, “Filosofía y dogmática en la configuración del derecho fundamental a la protección de la salud”, *Estudios en homenaje al profesor Gregorio Peces-Barba*, vol. III: *Teoría de la justicia y derechos fundamentales*, Madrid, Dykinson, 2008.
- FERRER MAC-GREGOR, Eduardo, *La justiciabilidad de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en el sistema interamericano de derechos humanos*, México, UNAM-CNDH, 2017.
- FRENK, Julio y GÓMEZ DANTÉS, Octavio, “Salud: austeridad privatizadora”, *Nexos*, 1o. de agosto de 2019, disponible en: <https://www.nexos.com.mx/?p=43575>.
- GALLEGO HERNÁNDEZ, Ana Cristina, “El derecho a la salud en la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos”, *Araucaria. Revista Iberoamericana de Filosofía, Política, Humanidades y Relaciones Internacionales*, Sevilla, año 20, núm. 40, 2018.
- GARCÍA PINO, Gonzalo y CONTRERAS VÁZQUEZ, Pablo (coords.), *Diccionario constitucional chileno*, Santiago, Tribunal Constitucional de Chile, 2014.
- GONZÁLEZ-MARTÍNEZ, J. F. *et al.*, “Gestión de la calidad. El modelo educativo del Hospital General de México y su certificación ISO 9001-2008”, *Los Retos de la Educación Médica*, vol. 1, núm. 2, 2012.
- INEGI, *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2018*, disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2018/doc/enigh2018_ns_presentacion_resultados.pdf.
- INEGI, “Salud y seguridad social. Derechohabencia: distribución porcentual de la población usuaria de servicios de salud según tipo de institución”, disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabencia/>.
- INEGI, “Salud y seguridad social. Sector privado”, disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/recursospriv/>.
- JARAMILLO ANTILLÓN, Juan, *Historia y filosofía de la medicina*, San José, Universidad de Costa Rica, 2005.

- KRETSCHMER, Roberto R., “El ejercicio actual de la medicina. Presiones, depresiones e ilusiones”, *Rev. Fac. Med. UNAM*, vol. 48, núm. 5, septiembre-octubre de 2005.
- La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, Santiago, ONU, 2019.
- LUGO GARFIAS, María Elena, *El derecho a la salud en México. Problemas de su fundamentación*, México, CNDH, 2015.
- NACIONES UNIDAS, “La cobertura de salud universal, un derecho humano”, *Noticias ONU*, 12 de diciembre de 2018, disponible en: <https://news.un.org/es/story/2018/12/1447861>.
- NAVARRO-REYNOSO, Francisco P., “Hacia un hospital moderno”, *Revista Médica del Hospital General de México*, vol. 73, núm. 2, 2010.
- NAVARRO-REYNOSO, Francisco P., “Un cuadrángulo virtuoso, complemento de la atención médica”, *Revista Médica del Hospital General de México*, vol. 73, núm. 4, 2010.
- NAVARRO-REYNOSO, Francisco P. y NAVARRO-SILVA, Helena Carolina, “Capítulo 43. Obesidad, sobrepeso y patología pulmonar”, en ABDO, J. M. *et al.* (coords.), *Nutrición, obesidad, DBM, HTA, dislipidemias, TCA y salud mental. Mejores prácticas franco-méxico-colombianas*, México, Producciones Sin Sentido Común, 2019.
- NAVARRO-REYNOSO, Francisco P. *et al.*, “Declaratoria 49. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Situación actual y futura”, en ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGÍA, *Declaratorias de Académicos 2017*, México, Alfil, 2018.
- NAVARRO-REYNOSO, Francisco P. *et al.*, *Hacia una nueva dirección de hospitales*, 3a. ed., México, Trillas, 2017.
- Observación General 14 (OG 14), “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”, Nueva York, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, 2000.
- OECD, “¿Cómo se compara México?”, *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*, disponible en: <https://www.oecd.org/mexico/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-MEXICO-in-Spanish.pdf>.

- OECD, “Social Expenditure Database (SOCX). Compare your Country: Expenditure for Social Purposes”, disponible en: <https://www1.compareyourcountry.org/social-expenditure/en/2/all/default>.
- OECD, “Social Expenditure Database (SOCX)”, disponible en: <http://www.oecd.org/social/expenditure.htm>.
- PARRA VERA, Oscar, *El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*, Bogotá, Defensoría del Pueblo de Colombia, 2003.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA, *Diccionario de la lengua española*, ed. del tricentenario, España, 2023.
- RIVERO SERRANO, Octavio (coord.), *Salud y envejecimiento: situación actual, retos y propuestas*, México, UNAM, Seminario sobre Medicina y Salud, 2013.
- ROBLEDO GALVÁN, Héctor Gabriel *et al.*, “Reflexiones en torno al hexágono de calidad de los servicios de salud”, en SECRETARÍA DE SALUD, *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones*, 2a. ed., México, Secretaría de Salud, 2015.
- SALDÍVAR, Belén M., “Gasto de bolsillo en salud, tema pendiente en México”, *El Economista*, 31 de julio de 2017, disponible en: <https://www.eleconomista.com.mx/finanzaspersonales/Gasto-de-bolsillo-en-salud-tema-pendiente-en-Mexico-20170731-0101.html>.
- SESMA-VÁZQUEZ, Sergio *et al.*, “Gasto privado en salud por entidad federativa en México”, *Salud Pública de México*, 2 de febrero de 2015, disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4686/5156>.
- SOLER I FÀBREGAS, M., “Sanidad: entre salud, economía y profesionales”, en BRAS I MARQUILLAS, Josep y DE LA FLOR I BRÚ, Josep E. (dirs.), *Pediatría en atención primaria*, 2a. ed., Barcelona, Masson, 2005.
- URQUILLA, Carlos, *La justiciabilidad directa de los derechos económicos, sociales y culturales*, San José, Instituto Interamericano de Derechos Humanos, 2008.
- VILLALPANDO-CASAS, José J. y ACOSTA ARREGUÍN, E., “Avances en el uso combinado de la práctica real y equivalente para el

dominio de las competencias clínicas de los estudiantes de medicina en obstetricia”, IV Congreso Internacional de Innovación Educativa, del 14 al 16 de octubre de 2009, disponible en: <https://www.repo-ciie.dfiie.ipn.mx/pdf/573.pdf>.

WHO, Global Health Observatory Data Repository, World Health Statistics, Population, Data by country, Data by WHO Region, disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.SDG2016POPv?lang=en> (fecha de consulta: 15 de marzo de 2018).

WISSOW, Lawrence, “Modelos de comunicación en la relación médico-paciente”, *Revista CONAMED*, núm. extraordinario 1, 2003.

Marco normativo de la medicina privada en México, editado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, se publicó en versión digital el 2 de septiembre de 2024. En su composición tipográfica se utilizó tipo *Baskerville* en 9, 10 y 11 puntos.

EN LA MAYORÍA DE LOS PAÍSES, LOS SISTEMAS de salud público y privado interactúan, independientemente de cómo se organicen y cómo presten sus servicios. En el sector privado existe una buena relación entre las empresas de insumos, los médicos y las aseguradoras. Sin embargo, muchos usuarios del sistema público también recurren al privado, lo que aumenta el gasto de bolsillo y el riesgo de gastos catastróficos.

En México, la reforma constitucional de 2011 y el principio pro persona promovieron la protección de los derechos humanos en salud. En 2013, México contaba con 2,301 hospitales, con una notable concentración en la Ciudad de México, el Estado de México y Jalisco.

Para 2015, había 184,112 camas en total, con un crecimiento significativo en el sector privado. Ese mismo año, el gasto de bolsillo representó el 41.4% del gasto total en salud, el segundo más alto de la OCDE. La segmentación desigual de la población y las inequidades financieras crean brechas en el acceso a los servicios de salud. Por lo tanto, se necesitan reformas que aborden estas desigualdades, a fin de mejorar la equidad en la atención médica y reducir la pobreza en México.



JU
RÍDI
CAS