

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.