

# Desempeño del sector privado de la salud en México

Beatriz Zurita, Teresita Ramírez

## Introducción

Antes del surgimiento de las instituciones públicas de salud, el cuidado de la salud de los mexicanos estaba a cargo de los profesionales que se dedicaban a la práctica privada. El creciente dominio del Estado sobre las instituciones de salud que amparan a los distintos sectores de la población, dejó lado al sector privado. Durante muchos años se restó la importancia de éste en el cuidado de la salud. El sector privado puede definirse como el conjunto de individuos, organismos e instituciones que desarrollan actividades en el campo de la salud con bienes de propiedad particular.

En México la atención privada se basa principalmente en la prestación directa de servicios en los consultorios y unidades hospitalarias pequeñas y medianas, con fines de lucro. También existe la medicina privada no lucrativa, que en los últimos años ha tenido un gran impulso por parte de los benefactores privados –empresarios y grupos sociales, así como agencias internacionales, que destinan sus esfuerzos en favor de la población de escasos recursos económicos (González-Rossetti *et al.*, 2000).

Desde la década de los setenta, la medicina privada ha fortalecido su capacidad para prestar servicios, mediante más y mejores infraestructura y financiamiento; a pesar de que este crecimiento esté asociado directamente con el gasto del bolsillo del consumidor.

Este último hecho es indiscutible. Sin embargo, cabe formular las siguientes preguntas: ¿por qué seguir dejando al sector privado al margen del cuidado integral de la salud de los mexicanos?, ¿cómo y en qué debe participar este sector para el cumplimiento de las metas nacionales?, ¿qué regular y hacia dónde orientar el mercado privado de la salud?, ¿cómo apoyar su crecimiento y lograr un mercado

competitivo que no afecte los intereses de las empresas ni de la población?

En primer lugar es necesario evaluar el potencial del sector privado en cuanto a la provisión de servicios de salud. Para ello es menester efectuar un recuento de su capacidad instalada, sus recursos humanos, sus formas de organización y de financiamiento, a fin de exponer y proponer algunas acciones en salud deseables, en donde la medicina privada puede y debe participar en colaboración con el sector público.

En el año 2000 había ya 97.4 millones de mexicanos,<sup>1</sup> 43% de los cuales tenían derecho a los servicios de seguridad social; el resto utilizaba otros servicios públicos y privados. Sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) de 1994<sup>2</sup> refiere que una tercera parte de la población mexicana ya acudía a servicios de salud en el primer nivel de atención de la medicina privada. A su vez, la ENSA del 2000 señaló que la medicina privada atendió a 27% de la población mexicana; de ese total, 35% era derechohabiente de alguna institución (SSA, 1994, 2000). Muy cerca están los datos de la Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud en México de 2000,<sup>3</sup> cuyos resultados señalan que 32% de la población mayor de 18 años utilizó servicios privados en el año previo a la encuesta.

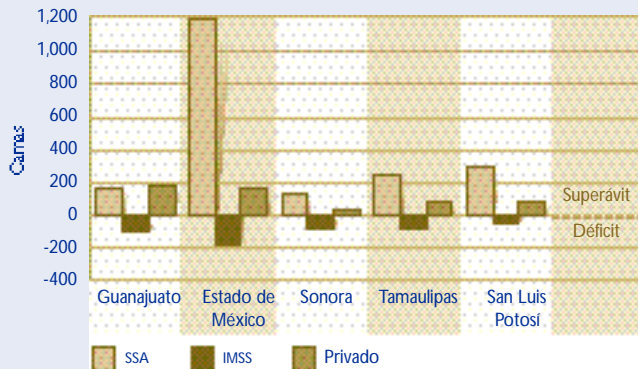
Se puede afirmar que la población mexicana usa los servicios privados sin importar su pertenencia a la seguridad social. Las encuestas antes mencionadas coinciden en que las razones por las cuales la población recurrió a la medicina privada tuvieron que ver sobre todo con la deficiencia de los servicios de salud públicos, es decir, los usuarios no están satisfe-

<sup>1</sup> Cifras del Censo del 2000 (INEGI).

<sup>2</sup> Se consideró la utilización de servicios en los 15 días previos a la encuesta.

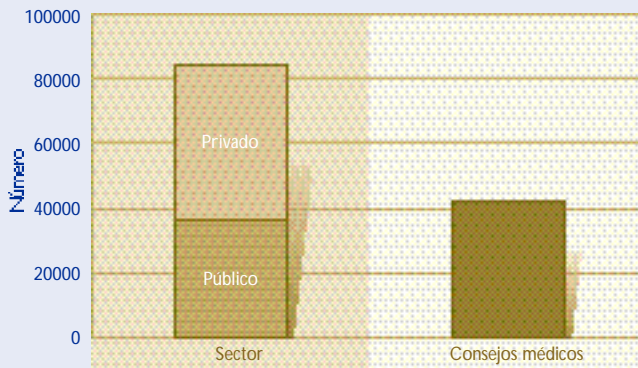
<sup>3</sup> Encuesta de Satisfacción con los Servicios de Salud en México. FUNSAUD, 2000.

**Figura 1.** Operando con una ocupación hospitalaria, entre 80 y 90% en el sector privado se muestra un superávit de camas



FUENTE: SSA. Boletín Recursos y Servicios, 1999. Procesado por FUNSAUD, 2000

**Figura 2.** Una gran proporción de médicos especialistas también labora en el sector privado de la salud.



FUENTE: SSA. Boletín Recursos y Servicios, 1996. Asociación Nacional de Médicos, 1996. Procesado por FUNSAUD, 2000

**Desde la década de los setenta, la medicina privada ha incrementado su capacidad para prestar servicios mediante más y mejores infraestructura y funcionamiento**

chos con la atención que reciben, pues el trato personal es inadecuado, están en desacuerdo con el diagnóstico y tratamiento, ven problemas en la disponibilidad y efectividad de los medicamentos y no perciben mejoría en su estado de salud. En consecuencia, buscan la opinión de los médicos privados, que muchas veces son los mismos que, en otro horario, laboran en el sector público.

### La magnitud de la participación de la medicina no gubernamental

En 1991 en el sector privado se contabilizaron 1 790 unidades médicas con servicio de hospitalización y un total de 21 895 camas censables, un promedio de 12.2 camas por unidad. Para 1999 el incremento en infraestructura fue notable; entonces se registraron 2 950 unidades médicas y 31 241 camas censables, es decir, 10.6 camas en promedio por unidad. Esto representó un incremento de 64% en unidades médicas y de 43% en camas (SSA, 1994-1999).

Si se compara la información de 1995 y 1999 acerca de la infraestructura por número de camas, se aprecia un crecimiento de 10%, sobre todo en unidades de menos de 15 camas y de corta estancia; a la vez que se percibe una reducción de 27% en unidades de más de 15 camas, lo cual significa que en este periodo el sector privado perdió 3 255 camas censables.<sup>4</sup> En 1995 se registraron 2 816 unidades, de las cuales 79% era de menos de 15 camas; en 1999 se contabilizaron 2 950 unidades, de ellas, 84% era de menos de 15 camas.

En el país el crecimiento del sector privado de la medicina es heterogéneo. En general, entre 1995 y 1999 se fragmentó más la atención, ya que aumentaron las unidades de menos de 15 camas. En los esta-

<sup>4</sup> Antes de 1997, la Dirección General de Información y Estadística de la SSA era la responsable de levantar la información de este sector. En los años de 1997 y 1998 esta labor estuvo a cargo del INEGI, que la llevó a cabo con un método distinto de recolección de datos, que se consideró poco confiable, por lo que se excluyó del análisis. Para 1999, la SSA nuevamente tomó en sus manos esta tarea.

dos de Baja California, Chihuahua, Nayarit y Tabasco disminuyó el número de unidades pequeñas. En cambio, en Baja California Sur, Durango, Coahuila, Jalisco, Aguascalientes, Zacatecas, San Luis Potosí, Quintana Roo y Yucatán, el crecimiento del mercado de unidades de menos de 15 camas aumentó de 30% a 60%.

En general, la infraestructura hospitalaria que posee el sector privado es menor que la del sector público. Sin embargo, al comparar la ocupación hospitalaria de ambos sectores, se observa que, por ejemplo, en el IMSS todas las camas son utilizadas a su máxima capacidad. Más aún, hay lugares en donde existe un déficit de camas respecto del número de afiliados que demanda servicios; tal es el caso de Guanajuato, en donde en 1999 este organismo mostró una saturación de su infraestructura, ya que se ocupó 90% de sus 1 115 camas. Si se considera lo difícil que es operar un hospital con más de 85% de ocupación promedio, se puede decir que en esa entidad hicieron falta 53 camas para satisfacer la demanda con mayor flexibilidad.

La Secretaría de Salud de Guanajuato contaba con 988 camas, que en ese año tuvieron una ocupación en promedio de 61%, por lo cual –en función de una ocupación deseable de 80%– hubo un excedente de 188 camas. En tanto, los hospitales del sector privado, con más de 50 unidades y 359 camas, manifestaron una ocupación de 35%, lo que indica una disponibilidad de 204 camas. Con esta distribución de infraestructura hospitalaria y un mejoramiento de la calidad en los servicios, se puede incrementar la oportunidad de la atención (FUNSALUD, 2000) (figura 1).

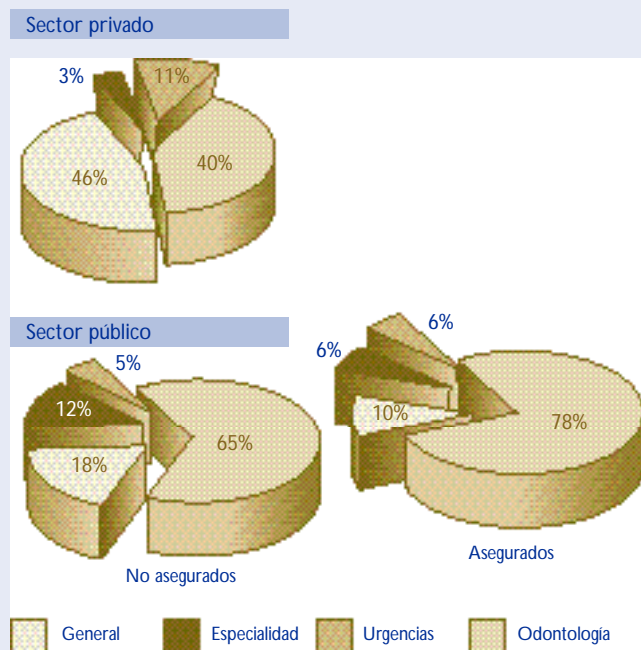
¿Qué tipo de personal labora en el sector privado de la salud? A escala nacional, en 1995 se registró, en los sectores tanto público como privado, un total de 410 718 plazas para profesionales médicos y paramédicos; de ellas, 77% se contabilizaron en el sector público y 23% en el privado. Para 1999 el crecimiento de plazas fue casi de 10% (un total de 449 704), con una distribución muy similar.

En cuanto a los médicos, en 1996 en el sector público –Departamento del Distrito Federal, IMSS-Solidaridad, INI, IMSS, ISSSTE, Pemex, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y servicios estatales– había 123 114 médicos; de los cuales, 31% eran médicos generales y 37% médicos especialistas (38 850). En tanto, en el sector privado se registraron 58 724 médicos en contacto con el paciente, 86% de los cuales eran especialistas (47 051). Si se suman las cifras de ambos sectores se tiene un total de 85 901 médicos especialistas. Esto contrasta, y llama la atención, con la información proporcionada por los consejos médicos de las distintas especialidades, que reportaron 42 424 médicos especialistas en 1996. Como se puede advertir, hay una gran inconsistencia en las cifras, pues dado que muchos médicos laboran en los dos sectores, es muy posible que sean contabilizados dos veces en las estadísticas (figura 2).

En el periodo de 1995 a 1999 el número de médicos en el sector público creció 11% (15 725 plazas más) y el número de médicos especialistas se incrementó 25% (11 160 plazas más); en el sector privado, la cantidad de médicos aumentó 7% (4 227 plazas más), aunque sólo 2% de esos sitios fueron para médicos especialistas (1 108).

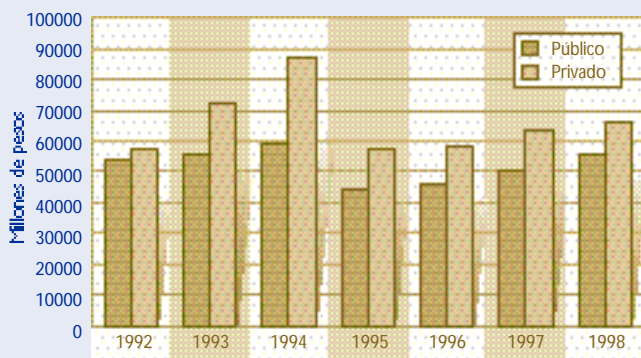
Respecto del personal de enfermería, en 1995 el sector público reportó un total de 168 170 plazas, la mayoría en el IMSS (43%) y en la SSA (30%). En este mismo sector, seis de cada 10 enfermeras eran generales y/o especialistas. En la medicina privada, donde se registraron 27 461 enfermeras; cuatro de cada 10 de ellas eran generales y especialistas. En ese año, el sector privado empleó a 14% del total de enfermeras del sistema de salud. Asimismo el número de plazas ocupadas por enfermeras especialistas y/o generales en el sector público fue de 60%, en tanto que en el sector privado de 46%. En 1999, el empleo de enfermeras en este sector aumentó sólo 6% (para un total de 29 365). Llama la atención que se contraten más enfermeras generales y especialistas (18 535) que auxiliares (10 830).

**Figura 3.** La población que acude al sector privado, busca la atención con médicos especialistas.



FUENTE: SSA. Boletín Recursos y Servicios, 1999. Procesado por FUNSAUD, 2000

**Figura 4.** El gasto en salud del sector privado se ha recuperado en forma más favorable que el del sector público



FUENTE: Cuentas Nacionales de Salud, 1992-1998. FUNSAUD, 1999

¿Qué tipo de servicios ofrece el sector privado? En los hospitales privados se realiza 25% de los internamientos y 33% de todas las atenciones ambulatorias del país. Cabe señalar que este sector es el tercer proveedor más importante en la prestación de servicios por atención de partos a escala nacional y el segundo en el Distrito Federal.

En 1999 el sector privado atendió 49 342 partos, lo que representó 24% del total de los nacimientos en el Distrito Federal. De 1995 a 1999, la medicina privada aumentó su demanda de atención por parto en 75%.<sup>5</sup>

En cuanto al volumen de consultas, el sector público otorgó 231.7 millones en 1999, 70% de las cuales fueron de consulta general, 15% de especialidad, 10% de urgencias y 5% odontológicas. Los datos contrastan con lo observado en el sector privado, donde en ese mismo año se reportaron nueve millones de consultas: 40% de consulta general, 46% de especialidad, 11% de urgencias y 3% odontológicas (figura 3).

Llama la atención que dentro del sector público las instituciones que proporcionan mayor número de consultas por especialidad sean el ISSSTE, Pemex, y las secretarías de la Defensa Nacional y Marina (24%, 36%, 35%, respectivamente). Es decir, el sector privado concede cuatro veces más consultas de especialidad que las instituciones públicas para no asegurados y tres veces más que aquéllas para asegurados. Asimismo, el número de consultas por atención odontológica en el sector privado bajó 20% de 1996 a 1999. Por el contrario, el volumen de servicios otorgados por urgencias en este sector aumentó 30% en ese periodo.

El tipo de consulta es diferente en cada sector: en el privado predominan las visitas al pediatra y al ginecólogo (25% cada una); sus consultas en medi-

<sup>5</sup> Se sumaron los rubros de volumen de partos atendidos por la SSA y por el entonces Departamento del Distrito Federal, ya que hasta 1996 eran proveedores separados. De 1992 a 1997 cada una de esas instituciones atendió alrededor de 35 mil partos, cifra muy inferior a la registrada por las instituciones privadas.

cina interna (11%), cirugía (8%) y en las subespecialidades, como ortopedia, reumatología, etcétera, suman en conjunto 31% (1 285 973). Otro punto destacable es que la mitad de las consultas de especialización se llevan a cabo en unidades hospitalarias de mayor infraestructura (con más de 25 camas). En contraste, en el sector público del total de consultas de especialidades (35.1 millones), sólo 12% fue de pediatría, 13% de ginecoobstetricia, 8% de cirugía, 9% de medicina interna y el resto, de otras ramas de la medicina. Además, las instituciones públicas para asegurados otorgan casi tres veces más consultas de especialidades que las instituciones para no asegurados. No obstante, la distribución de las consultas de especialidad en las instituciones para no asegurados es casi dos veces más para consultas de pediatría (17% contra 10%) y cirugía (13% contra 7%) que en las instituciones para asegurados.

Es evidente que las ofertas y demandas de los servicios médicos son diferentes en el sector público y en el privado. Aunque hay pocos datos, la calidad también es heterogénea. Por ello es importante fortalecer la certificación de hospitales, de médicos especialistas y de escuelas de medicina, a fin de asegurar la calidad de los servicios y mejorar la capacidad de respuesta del sistema de salud mexicano

Ahora bien, hay otras dos dimensiones para medir la participación no gubernamental. Una es la contribución de los hogares en el financiamiento de los servicios de salud y la otra el gasto en salud en instituciones privadas. En el estudio de las Cuentas Nacionales de Salud, elaborado por FUNSALUD, en el periodo de 1992 a 1998 se observó un incremento de la participación de la medicina privada, a partir de un decremento de la medicina gubernamental, en especial después de la crisis económica de 1995 (Zurita *et al.*, 1998).

En 1992, 52% del total del gasto en salud procedió del sector privado, es decir, 30 697 millones de pesos, equivalentes a 9 211 millones de dólares. En 1994, el gasto privado representó 60% del gasto en

salud y generó 55 249 millones de pesos (15 972 millones de dólares): 32% más que el sector público. En 1995 (año de crisis económica) hubo un descenso del gasto en el sector privado y se mantuvo el público; sin embargo, en dólares el gasto en salud descendió a poco más la mitad del año previo (8 663 millones de dólares). De 1996 a 1998 se vio una pronta recuperación de este sector, y para 1998 representó 54% del gasto total, lo que significó 117 398 millones de pesos (12 858 millones de dólares) (figura 4).

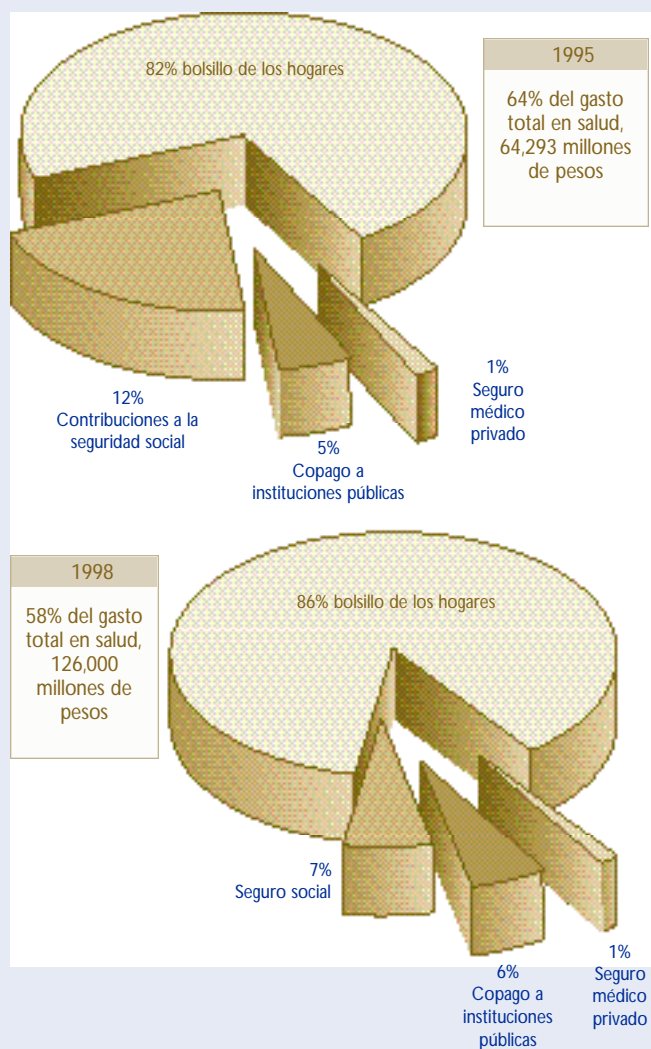
En lo que se refiere al gasto de los hogares, entre 1992 y 1993 éstos financiaban alrededor de 49% del gasto en salud. En 1994 llegó a ser de 11 775 millones de dólares, lo que representó sólo 44% de ese rubro, pues en ese año el gasto gubernamental fue muy alto. Para 1995 la contribución de los hogares se incrementó en 19 puntos, hasta llegar a 64% (casi 64 millones de pesos). En 1998 los hogares duplicaron el gasto, debido a lo cual contribuyeron con 58% del gasto total en salud (126 000 millones de pesos).

### ¿Como gastan su dinero los hogares?

En 1995, las contribuciones a la seguridad social sumaron 7 596 millones de pesos (11.8% del gasto de los hogares). En ese mismo año, el gasto del bolsillo fue de 82%, esto es, casi ocho mil millones de dólares, que fue 4.4 veces más que el gasto del gobierno. Los copagos a instituciones públicas significaron 5%, y el gasto en seguros médicos privados el 1% restante. Para 1998, el gasto de bolsillo aumentó en 16% más (115 804 millones de pesos), a pesar de la reducción de 5% en las contribuciones a la seguridad social (figura 5).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 1996, en promedio los hogares destinan a gastos en salud 3% del total de su ingreso. Aunque esta situación es regresiva, ya que 10% de los hogares más pobres destinó a este rubro 4.4% de su ingreso total, en tanto que la población más rica solo gastó 2.5% (INEGI, 1994, 1996).

**Figura 5.** Los hogares mexicanos cada vez pagan más de su bolsillo para atender sus necesidades de salud.



FUENTE: Cuentas Nacionales de Salud, 1992-1998. FUNSALUD, 1999.

El gasto de los hogares en general se concentra en consultas y medicamentos y, en menor proporción, en hospitalización, en tratamientos dentales y en la adquisición de ortesis, prótesis y rehabilitación. Para la atención ambulatoria, el gasto fue cercano a 40%. En 1996 el conjunto de los hogares desembolsó más de siete mil millones de pesos<sup>6</sup> en este rubro. Los hogares de los primeros cuatro deciles gastaron 323 millones de pesos en atención ambulatoria, es decir, cinco veces menos que los hogares del quinto al octavo decil (1 600 millones de pesos) (figura 6).

La proporción del gasto dedicado a medicamentos es cercana a 30%. Por deciles de ingreso, el gasto es regresivo, ya que los hogares de menores ingresos gastan dos veces más en este rubro que los de los últimos dos deciles. Como porcentaje del gasto, 75% fue compra de medicamentos prescritos en la consulta, 10% en medicamentos para la atención hospitalaria y 19% adquisición de medicamentos sin prescripción médica. El gasto en medicamentos aumentó 40% más entre 1994 y 1996 (de 4 000 millones a 6 500 millones de pesos).

El gasto dedicado a la atención hospitalaria fue 25%, con una tendencia progresiva (menos de 10%). En 1996 los hogares desembolsaron 5 400 millones de pesos en este renglón. Cabe señalar que en ese año los hogares gastaron en atención dental sólo 11% del gasto total en salud; este gasto fue progresivo.

Por otro lado, las instituciones privadas recibieron alrededor de 41% del gasto total en salud, que en 1994 representó 10 865 millones de dólares: 25% en farmacias y 75% en atención médica. Con la crisis económica de esos años, la participación del sector privado se incrementó 16 puntos, con lo que llegó a ser de 57% del gasto total en salud, en comparación con el gasto público. Asimismo, de 1995 a 1998 el gasto en farmacias aumentó 18%, y el correspondiente a la atención médica disminuyó 24% (figura 7).

<sup>6</sup> Tipo de cambio en 1994: 3.45 pesos por dólar; en 1996, 7.6 pesos por dólar.

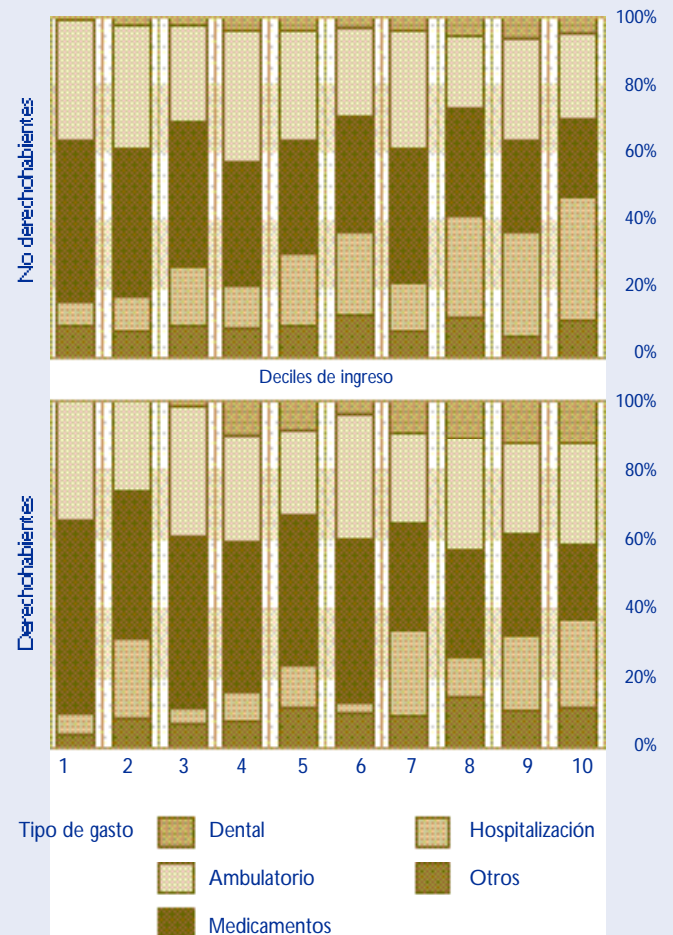
## Regulación

El crecimiento del sector privado no ha sido planeado ni regulado, y se ha generado aprovechando la sobreoferta de médicos de los años ochenta. La SSA ha creado iniciativas de regulación para todos los servicios, entre ellos los del sector privado, como es el caso de la certificación de especialistas, dirigida por la Academia Nacional de Medicina y los consejos médicos, o la acreditación de hospitales, la cual se inició en 1990. Otras iniciativas han sido la expedición de normas oficiales para el control y supervisión de la medicina pública y no gubernamental, que tienen también un efecto sobre la medicina no gubernamental.

Como resultado de la mayor regulación es posible mejorar la coparticipación entre instituciones y generar alternativas para la prestación de servicios de salud. Es de larga data la experiencia de los convenios de cooperación y de reversión de cuotas, a través de los cuales algunas empresas mantienen la responsabilidad de proporcionar servicios de salud a sus trabajadores, equivalentes a los beneficios de la seguridad social mediante el financiamiento compartido de la contribución obligatoria a la seguridad social y fondos adicionales de la empresa (Frenk, 1994).

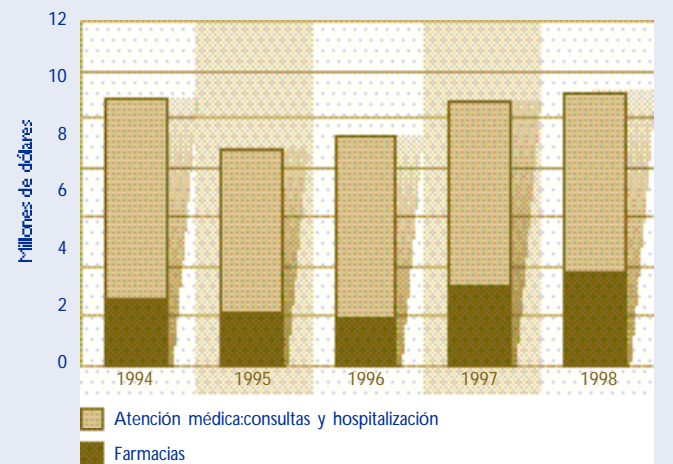
La transformación más importante es la que se ha originado en el aparato gubernamental. El gobierno federal –vía las secretarías de Hacienda y Crédito Público y de Salud–, preocupado por la magnitud del gasto en instituciones privadas y la falta de regulación de éstas, en 1999 diseñó instrumentos para la regulación de este sector y puso reglas claras para que operaran las Instituciones de Servicios Especializados en Salud (ISES). Así se pretendió generar un mercado competitivo y eficiente que redunde en mejores servicios de salud para quienes de manera voluntaria contratan un seguro; además, de esa manera se buscó proteger los derechos de los usuarios. Las ISES organizarán y administrarán la prestación de servicios de salud a través de prepagos privados y podrán otorgar directamente servicios o contratar a mé-

**Figura 6.** Los hogares de menores ingresos gastan más en atención médica ambulatoria y medicamentos, en tanto que los hogares de mayores ingresos gastan más en atención dental que los no derechohabientes. México, 1996



FUENTE: INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares, 1996. FUNSALUD, 1999

**Figura 7.** El gasto en salud en instituciones privadas



FUENTE: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales. México, 1994-1998. Procesado por FUNSALUD, 1999

dicos y hospitales. Sin embargo, como aseguradoras requieren de un capital mínimo, reservas para garantizar la solvencia y liquidez, mostrar las redes médicas con que cuentan y su certificación. En diciembre de 1999 se aprobaron modificaciones a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, lo que dio formalidad a la creación de las ISES (*Diario Oficial de la Federación*, 1999). Las expectativas de estas nuevas instituciones son que en el futuro próximo oferten servicios integrales para la salud.

Fortalecer la regulación del mercado privado no es tarea fácil, ya que se tienen que considerar varios factores: 1) las imperfecciones del mercado; 2) las imperfecciones del Estado; 3) los intereses de los agentes (las aseguradoras, los hospitales y los médicos, entre otros) (Chakraborty, 2001; Nihal Hafez, 2001). Sin embargo, es natural que exista preocupación, en vista del incremento de la participación del sector privado, tales como:

- El grado de eficiencia que se logra con la competencia entre proveedores de servicios de salud.
- La capacidad y habilidad del gobierno para regular el sector privado.
- La posibilidad de generar mayor equidad con el aumento de la participación del sector privado, en especial en los servicios que actualmente son regresivos.
- El efecto en el fortalecimiento de los servicios públicos.

Además de los riesgos que implica la falta de regulación del mercado privado, puede haber altos costos derivados de la incertidumbre y la inseguridad económica y jurídica, así como de la operación de empresas irresponsables y faltas de seriedad en este sector. Los riesgos son para los individuos y las empresas que voluntariamente contratan servicios de salud prepagados; para los hospitales y médicos y otras sociedades que presten servicios, así como para los proveedores de insumos y los productores de bienes en materia de salud. Otros riesgos son la falta

de transparencia que puede resultar en poca inversión y pobre desarrollo del sector salud (Guerra, 1999).

Sabemos que las experiencias sobre este tema en otros países de América Latina no han sido exitosas. La gran mayoría de los modelos de mezcla pública-privada se ha enfocado a reducir los costos de la atención médica. Una de las razones de esta tendencia proviene de las demandas de los terceros pagadores, esto es, las empresas, el gobierno federal y los gobiernos estatales, los cuales buscan comprar servicios a precios más bajos. Otra es la respuesta empresarial que pretende ampliar el mercado y prestar servicios aceptables al más bajo precio. Una presión adicional la constituyen los pacientes, quienes buscan la disponibilidad, el acceso y la confiabilidad de la atención médica.

Sin embargo, las experiencias vividas en otras naciones deben ser ejemplo para consolidar un modelo que prevea y tenga los menores errores posibles. El nuevo modelo de participación público-privada en México debe hacer énfasis en la prevención y la educación de pacientes, así como en el tratamiento de los enfermos sin tener incentivos financieros o monetarios directos para otorgarles o negarles la atención. Una opción es tomar de todos los tratamientos que han demostrado su costo-efectividad, a fin de lograr los ahorros pretendidos. Las decisiones clínicas deben ser neutrales con respecto al salario del médico. Es mejor fomentar la vigilancia de los procesos y la educación sobre las mejores prácticas, a fin de educar a los médicos y a todos los profesionales de la salud involucrados en la atención de la población.

## Bibliografía

- Bennett S, McPake B, Mills A (1997) *Private health providers in developing countries*. EUA, Zed Books.
- Chakraborty S (2001) *The private health sector handbook*. Conducting a private health sector assessment (PHSA) Washington, D. C., World Bank, enero.
- Diario Oficial de la Federación* (1999) 31 de diciembre.

- Frenk J, Lozano R, González-Block MA *et al.* (1994) *Propuestas para el avance del sistema de salud en México*. México, Economía y Salud, FUNSALUD.
- FUNSALUD (2000) Encuesta sobre Satisfacción con los Servicios de Salud (ESSSM). México.
- FUNSALUD (2000) Una visión del sector privado de la salud. México, mimeo.
- González-Rossetti A, Frenk J, Martínez Valle A, Reich M, Soberón G (2000) *La dimensión política en los procesos de la reforma del sistema de salud*. México, Documentos para el Análisis y la Convergencia núm.17, Economía y Salud, FUNSALUD.
- Guerra OE (1999) Implementación de la regulación: procesos y herramientas. *Global Leadership Forum*, abril.
- Guerra OE, González LB, Villegas G (1999) *La regulación de la atención a la salud*. México, Documentos para el Análisis y la Convergencia núm. 16, septiembre, Economía y Salud, FUNSALUD.
- Hernández P, Cruz C, Zurita B, Frenk J, Ramírez R, Álvarez F (1997) *El Sistema de Cuentas Nacionales de Salud en México*. México, Documentos para el Análisis y la Convergencia núm. 15, Economía y Salud, FUNSALUD.
- INEGI (1994, 1996, 2000) Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. México.
- Nihal Hafez (2001) Private Participation in the Health Sector through active Regulation. En: *The Private Health Sector Handbook*, cap. 2, módulo 4; enero, Washington D.C., Banco Mundial.
- OMS *The public/private mix in national health system and the role of ministries of health*. Ginebra.
- Sánchez RH (1999) *Algunos aspectos relevantes de la regulación del sistema de seguros de salud chileno*. Chile.
- SSA (1994) Encuesta Nacional de Salud II. México.
- SSA (2000) Encuesta Nacional de Salud. México.
- SSA *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios*, vols. 13 al 18. México, Dirección General de Estadística e Informática, 1994-1999.
- Zurita B, Hernández P, Ramírez T, Gamble A, Méndez O, Rocio M, Cruz C (1998) Cuentas Nacionales de Salud, 1995. En: *Iniciativas de reformas del sector salud en Latinoamérica y el Caribe*. Cuaderno núm. 11, México, OPS. Oficina Regional de Desarrollo Sostenible.

