

Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México

Gustavo Nigenda, Erika Troncoso, Héctor Arreola,
Mariana López, Luz María González

La presencia del sector privado en el campo de la salud en México es evidente, tanto en el financiamiento de los servicios como en su prestación. Más de la mitad del financiamiento en salud proviene directamente del bolsillo de los hogares y es utilizado de manera principal para la compra de servicios privados. En esta prestación interviene una gran variedad de proveedores, clínicas y aseguradoras de salud; lo que algunos autores llaman “el mercado sin organizar en salud” (Standing y Bloom, 2002). De forma adicional, se observa una amplia participación de instituciones como laboratorios, compañías farmacéuticas, escuelas para la formación de las distintas categorías de personal de salud, etcétera. Lo anterior impone al sector salud un reto con diferentes implicaciones, a partir del cual se requiere identificar y analizar con claridad las condiciones que prevalecen en cada uno de los componentes que integran el sector a fin de generar estrategias de acción adecuadas para su desempeño.

La participación del sector privado no ha implicado una transferencia hacia él de los bienes institucionales del sector público, como se ha dado en otros ámbitos de la economía, por ejemplo, en las telecomunicaciones. En el sector salud, en cambio, desde hace algunos años el sector privado ha aumentado su presencia al punto de que la colaboración con el sector público es sumamente frecuente. Este fenómeno ha sido definido como colaboración público-privada y es el tema que pretendemos introducir en este documento.

Este capítulo expone una visión general sobre las condiciones de la participación público-privada en el campo de la salud en México y la importancia de

contar con una sólida rectoría en el sector, que a su vez impulse una amplia intervención ciudadana en la planeación y puesta en práctica de políticas públicas. Este texto está dividido en nueve apartados. En el primero se busca establecer la diferencia entre la mezcla público-privada y otro fenómeno contiguo, la privatización. En los apartados dos, tres y cuatro se introducen algunos aspectos sobre la mezcla público-privada en salud en el contexto nacional e internacional. En el quinto, sexto y séptimo apartados se aborda el tema del gasto privado en salud y se propone la conveniencia del aseguramiento en salud, en el que se considere y regule la potencial participación del sector privado. Finalmente, los últimos dos apartados insisten en la necesidad de una regulación clara y adecuada, en la cual la participación de la población sea esencial en el monitoreo del proceso de colaboración. El documento finaliza con una discusión sobre distintos aspectos que se consideran relevantes para la comprensión del tema.

La privatización frente a la mezcla público-privada

Un punto de partida fundamental para este ensayo es establecer la diferencia conceptual entre privatización y colaboración público-privada. Por lo general, la privatización se ha asociado con la transferencia de activos del sector público al privado, en términos de propiedad, gestión, finanzas o control. También se ha vinculado con un proceso de reducción de la influencia gubernamental en la función de la regulación, la cual estrictamente tiene por objeto facilitar la participación del sector privado na-

cional y multinacional en la prestación de servicios y administración del financiamiento de las instituciones estatales y paraestatales. En el campo específico de los servicios esenciales (bienes públicos) como la salud, la tendencia hacia la privatización no puede estudiarse, explicarse o interpretarse simplemente como producto o respuesta a la crisis fiscal del Estado, al elevado monto de la deuda externa o al déficit presupuestal de los gobiernos (Scarpaci, 1998). Tampoco puede ser interpretado como producto de una conspiración para acabar con el Estado de bienestar. La privatización de los servicios de salud depende, más bien, de la naturaleza específica del conflicto entre el Estado, el sector privado, los consumidores y el capital (nacional o internacional). Además, el proceso de privatización de los servicios de salud tiene connotaciones distintas a las que se presentan en otras esferas públicas. Mientras que en la primera el proceso se dirige más a aumentar la competencia, el número de servicios, la disponibilidad, la calidad y la eficiencia de los servicios de atención; la segunda se enmarca en la venta de propiedades del Estado y al aumento de la productividad de las empresas. Aunque estas esferas parecen estar bien diferenciadas, la privatización del sector salud, es hoy por hoy, en América Latina, uno de los temas más controvertidos, ya que origina acaloradas discusiones sobre las funciones y responsabilidades que le son propias al gobierno y que deben ser dirigidas hacia el logro de objetivos sociales. De la misma manera, la experiencia ha demostrado que estos procesos enfrentan serias limitaciones con efectos directos sobre la equidad y la persistencia de diversas formas de manipulación política e institucional.

En Latinoamérica la mayor parte de los servicios de salud son proporcionados por una mezcla de organismos públicos y privados en proporciones diferentes, según las características de la actividad. Hay más actores que intervienen en la salud y su contribución es más especializada (prestación de servicios, gestión de establecimientos de salud, adquisi-

ción de servicios, financiación, distribución de los riesgos, reglamentación de los sistemas, etcétera). Esta evolución, junto con el desarrollo del sector privado, la democratización y la descentralización, ha dado lugar a diferentes grados de responsabilidad y a una mayor participación de la sociedad civil. Los ministerios de salud colaboran cada vez más con el sector privado a fin de fortalecer la capacidad de prestación de servicios y mejorar el acceso a la atención; no obstante, permanecen con ciertas funciones que son por naturaleza públicas –adopción de políticas y establecimiento de regulaciones– mientras que abren la participación a otras de carácter privado. Ejemplos de ello se encuentran en los sistemas de salud de Costa Rica, Colombia, Argentina o con mayor protagonismo de la iniciativa privada y el mercado como en el caso de Chile. Las reformas sectoriales en salud en éstos y otros países latinoamericanos han incorporado la participación privada como alternativa para desmonopolizar la prestación de los servicios de salud, a la vez que han fomentado la competencia entre los diversos agentes involucrados para mejorar la eficiencia y el uso de los recursos, contribuir a mejorar el acceso de las poblaciones pobres a los servicios de salud y lograr un efecto más profundo en la salud pública de las naciones de la región.

La salud es un ejemplo claro de responsabilidad pública (la mayoría de los países de América Latina la incluyen como un bien público en sus constituciones políticas), pero no significa que deba ser manejada de forma exclusiva por el aparato gubernamental. Cada vez más los gobiernos y las organizaciones internacionales han reconocido el potencial que encierra la colaboración público-privada para mejorar los resultados en salud, sin embargo, no resulta fácil determinar el grado óptimo de implantación del sector privado en un sistema de salud, ya que no se trata de un asunto exclusivamente técnico, sino que también depende de los valores políticos de cada sociedad o país, y de su preferencia por un sector público amplio.

Los sectores público y privado en el sistema de salud mexicano

El sistema de salud en México cuenta con la participación tanto del sector público como del privado; sin embargo, se requieren aún de estudios que detallen cómo se da esta relación (Brailovsky, 1997; Knaul *et al.*, 1997). Cuando hablamos del sector privado en salud, nos referimos a un espectro bastante amplio que incluye tanto a las instituciones que operan con fines de lucro, como a las no lucrativas y a los prestadores particulares que ofrecen bienes y servicios en salud (Standing y Bloom, 2002). A estas instituciones generalmente el Estado no les transfiere fondos ni mantiene el control estratégico de ellas. Por el contrario, los fondos del sector público provienen mayoritariamente del Estado, el cual a su vez mantiene el control de las instituciones que lo conforman. En cuanto a las instituciones públicas, algunas se financian directamente a través de los impuestos (federales y locales), mientras que otras son financiadas por diversas fuentes, como es el caso del IMSS, cuyos recursos financieros se conforman con las aportaciones salariales, patronales y gubernamentales. Otra forma de clasificar al sector privado es según el motivo por el cual una organización se establece para ofrecer servicios. Una gran cantidad de las instituciones que forman parte del sector privado lo hacen con el fin de generar un excedente económico a través de su participación como financiador o prestador de servicios; empero, también existe una gran cantidad de entes privados denominados organizaciones no gubernamentales (ONG). Independientemente de los fines que muevan a cada tipo de institución u organización, es deber del Estado establecer las reglas bajo las cuales deberán operar, así como vigilar que ofrezcan servicios con calidad técnica e interpersonal. Además, la participación de las ONG sin fines de lucro puede tener un efecto positivo en el acceso de las poblaciones pobres a los servicios, y pueden ser vistas como un potencial aliado de los programas gubernamentales. Sin embargo, el Estado debe regular tanto a las orga-

nizaciones con fines de lucro como a las sin fines de lucro, de la misma manera como regula a las instituciones públicas y de seguridad social.

Desde hace algunos años, la investigación en sistemas de salud ha caracterizado al sistema de salud como segmentado (Londoño y Frenk, 1997). La OMS se refiere a tres funciones básicas en los sistemas de salud: la regulación, el financiamiento y la provisión. Dentro de esta caracterización, el sector público tiene como función principal la de regulación. Ésta implica una actividad estatutaria, la definición de las reglas de participación y de funcionamiento de las distintas instituciones, así como la vigilancia o supervisión de que éstas se cumplan.

El sector privado puede participar en la regulación a partir de la delegación o transferencia que el Estado le hace, y se ejecuta a través de organismos específicos, como consejos, o por medio de mecanismos financieros, como las aseguradoras. Con respecto a la función de financiamiento, para las instituciones públicas implica la transferencia de fondos federales y estatales/locales provenientes de la recaudación de impuestos; de la misma manera, este financiamiento puede utilizarse en apoyo a la conformación de fondos de seguridad social. En el sector privado, el financiamiento se da a través del pago directo o de bolsillo por servicios prestados, así como mediante mecanismos establecidos por las aseguradoras privadas. Finalmente, el eje de prestación de servicios implica para el sector público una red de unidades de atención en instituciones públicas y de seguridad social; en el ámbito privado comprende unidades de atención generalmente no articuladas entre sí. Ambos sectores cuentan con unidades de atención de primero, segundo y tercer nivel o especialidades. En el cuadro 1 se ilustran los diversos campos de acción de cada esfera.

Valores que sustentan la operación de los sistemas de salud

Desde los años ochenta se puso en evidencia la necesidad de introducir cambios en los sistemas de sa-

Cuadro 1. Funciones del sistema de salud y participación del sector público y privado

Público	Privado	Civil	Asociaciones profesionales
Regulación			
Estatutaria. Definición de reglas de participación y vigilancia del sistema de salud.	Lleva a cabo funciones que el Estado delega o mediante mecanismos financieros como las aseguradoras.	Participación en mecanismos para el seguimiento de programas y de rendición de cuentas.	Formulan reglas y mecanismos de vigilancia y desempeño de la práctica médica.
Financiamiento			
Transferencia de fondos federales y estatales provenientes de los impuestos. Apoyo a la conformación de fondos de seguridad social.	Pago de bolsillo por servicios prestados. Esquemas de aseguramiento, basados en cálculos actuariales y/o esquemas de prepago.	Fondos privados, públicos, de organismos internacionales, dependiendo del tipo de institución: académica, ONG, asociaciones civiles, etcétera. Se trata de organizaciones sin fines lucrativos.	No participan.
Prestación			
Red de unidades de atención en instituciones públicas y de seguridad social.	Consultorios privados y unidades privadas de atención en todos los niveles.	Unidades de atención privadas sin fines lucrativos. Generalmente de primero o segundo nivel, que se encargan de acciones locales.	No son prestadores directos de servicios.

En los sistemas de salud se identifican tres valores fundamentales, con ligas entre ellos: la inclusión social, la participación democrática y la equidad de oportunidades

lud para mejorar su desempeño. Éstos han estado enmarcados en los procesos de reformas estructurales, las cuales se basan en un conjunto de principios de eficiencia. En el sector salud, estas reformas han buscado ampliar la capacidad de los sistemas para proveer servicios de salud a más núcleos de población, mejorar –en términos de equidad– la distribución de los recursos y la calidad de la atención, tanto en la dimensión técnica como interpersonal, entre otras cosas. Sin embargo, es difícil saber después de más de dos décadas de reformas, si los cambios generados por ellas realmente han avanzado en atender los retos señalados o si es momento de evaluarlas para definir el rumbo en el futuro. Es importante señalar que las reformas, a pesar de que buscan estar basadas en fundamentos técnicos, representan un fértil terreno de debates sobre cuáles deben ser sus principios, sus estrategias y sus cometidos. Uno de los grandes temas de interés es la participación del sector privado, tanto en la estructura de los sistemas como en el papel que desempeña en la reforma (Le Grand, 2001).

Existen distintos valores que pueden ser considerados fundamentales y que necesariamente deben ser compartidos por todos los actores para el buen funcionamiento de la mezcla público-privada. Para este

artículo, se identifican tres valores fundamentales, con ligas entre ellos: la inclusión social, la participación democrática y la equidad de oportunidades.

La inclusión social es importante, ya que permite entender a todo ciudadano, independiente de su condición social, laboral o ideológica, su derecho inalienable a recibir servicios de salud. Este derecho, además, implica poder gozar de los beneficios que ofrecen los servicios de salud en la mejoría de sus condiciones de salud, y no sólo ser parte de una contabilidad estadística.

Un segundo valor es la democracia. Efectivamente, la democracia implica la posibilidad de participación de la ciudadanía –más allá de los procesos electorales– a fin de manifestar sus preferencias sobre los servicios. Es la población, a través de distintos mecanismos (pago de impuestos, cuotas de seguridad social, pago directo por servicios, primas de seguros privados, etcétera), la que financia el sistema de salud y es deber del Estado garantizar que sus preferencias sean atendidas. El valor de la democracia también responsabiliza al Estado de construir y operar mecanismos mediante los cuales se rindan cuentas a la población de la utilización de los recursos públicos.

El tercer valor fundamental es la equidad. Las diferencias sociales y de ingreso entre los grupos de población en los países en desarrollo han aumentado en los últimos 25 años. América Latina es una región cuya desigual distribución de la riqueza es ampliamente conocida, y México es uno de los casos más dramáticos. En una nación con estas condiciones, los recursos para la salud deben ser distribuidos de manera tal que se garantice que las poblaciones con menores ingresos reciban servicios de salud adecuados y protegerlas, además, financieramente. Sin embargo, garantizar una distribución equitativa de los recursos no exime al Estado de la responsabilidad de reducir las diferencias en ingresos entre los grupos sociales a través de la protección del valor de los salarios y otras políticas laborales. En suma, estos valores deben guiar o regir la participación de la totalidad de secto-

res que conforman el sistema de salud, incluidas las esferas de lo público y lo privado, así como a la totalidad de las instituciones que los conforman.

La participación del sector privado en el contexto internacional

En años recientes, dos factores han modificado la relación entre los sectores público y privado: las innovaciones administrativas y tecnológicas, y la identificación de los límites del sistema público. El efecto de estos fenómenos en el sector privado es que las empresas, de ser sólo prestadoras de servicios médicos, han diversificado su participación a otras áreas, como el mercado de seguros, la producción y comercialización de tecnología y medicamentos y la producción de exámenes de laboratorio, entre otras (Bennett *et al.*, 1997).

En la reunión de la Organización Mundial de Comercio celebrada en 2001 se recalcó la necesidad de modificar los mecanismos de producción, comercialización y utilización de patentes de medicamentos, a fin de que los países más pobres del planeta pudieran tener un mayor acceso a los medicamentos a un precio módico (Doha 2001). Por otra parte, las conclusiones del informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud, de la OMS, van en el mismo tenor cuando señala que a partir de experiencias recientes de colaboración público-privada, los gobiernos de los países en desarrollo, las compañías farmacéuticas (de patentes y genéricos), con el apoyo de la OMS, deben acordar de manera conjunta los lineamientos para autorizar y definir los precios en los mercados de las naciones involucradas (OMS, 2002).

Un tema en el cual los acontecimientos recientes pondrán la pauta de los desarrollos futuros, a mediano y largo plazo, es el de la comercialización de los productos de la industria farmacéutica transnacional, en particular en los países en desarrollo. En la actualidad, la OMS está considerando fortalecer sus relaciones con empresas privadas comerciales. Las preocupaciones que desde distintos campos se han

expresado sobre los riesgos de esta estrategia se centran en el poder económico y político que tienen las grandes transnacionales de la industria farmacéutica y en la pregunta de si éste pudiese llegar a interferir con los valores institucionales y el objetivo de cubrir las necesidades de las poblaciones pobres, al no constituir éstas un mercado atractivo para sus productos (Waitzkin, 2003). No obstante, a partir de reconocer que la industria privada de la salud es un socio potencialmente capaz de movilizar recursos a favor de la salud de las poblaciones, la OMS ha aceptado la posibilidad de colaboración dejando claro que la transferencia de recursos no puede implicar una renuncia a los valores que deben de primar en los sistemas de salud.

El gasto en salud en México

La participación del sector privado en el campo de la salud se ha transformado en los últimos 60 años en el país. A principios del siglo XX, la presencia del Estado en el financiamiento y prestación de servicios era marginal y el sector privado tenía el papel predominante. En realidad no era posible hablar en esos años de un sistema de salud, pues no había ningún tipo de articulación operativa entre los distintos proveedores y eran inexistentes las instituciones especializadas en el financiamiento. La relación con la población demandante se realizaba a través de la consulta personal con un proveedor privado y mediante un pago directamente del bolsillo por cada servicio. La participación del Estado en el campo de la salud se inició en la tercera década del siglo y se dio a gran escala a partir de la creación del IMSS y la SSA a principios de los años cuarenta. Desde el Estado surgió la preocupación de crear un sistema de seguridad social para la protección de la salud de los trabajadores. Esta participación del Estado a gran escala terminó por crear una clara diferenciación entre las instituciones públicas, incluidas las de seguridad social, y las privadas, con una extensa segmentación y poca articulación entre unas y otras.

La oferta de servicios de salud para la población tiene diversos demandantes. Por un lado, se encuentra la población con capacidad de pago para sufragar algún seguro de salud o con empleo formal para afiliarse a la seguridad social, y por otro, la población de bajos recursos que no puede acceder a ellos. Ante esto, se considera que el Estado debe participar e impulsar esquemas de subsidio para suministrar atención para la salud a las personas sin capacidad de pago (Bennett *et al.*, 1997). En naciones como México, estos esquemas son difíciles de desarrollar, ya que la población en todos los deciles de ingreso presenta altos porcentajes de gasto de bolsillo en salud, lo cual incrementa el riesgo de empobrecimiento para los deciles de menor ingreso. En el país, el desarrollo de cuentas nacionales en salud ha mostrado que la composición del gasto en esta área alcanzó para el 2000 cifras de hasta 52% en la participación del gasto total de los hogares –aproximadamente 2% a través de seguros de salud privados–, mientras que el restante 46% correspondió a financiamiento público. De lo anterior se debe señalar la creciente importancia que tiene la participación del sector privado en el financiamiento de la salud en México (figura 1).

Efectos negativos del gasto de bolsillo en salud

Si se compara la composición del gasto con las unidades de atención en las cuales la población, reporta que prefiere atenderse cuando tiene algún problema de salud, se observa que 26.5% de las personas dicen hacerlo en clínicas u hospitales privados pagados por ellas mismas, y 1.2% en el mismo tipo de unidades pero subvencionadas por la empresa donde laboran. Esto, en suma, confirma la importancia del sector privado dentro del sistema de salud en México (figura 2).

El dato de que más de la mitad del financiamiento de la atención a la salud proviene directamente de los bolsillos de la población expresa parte de las dificultades a las que se enfrenta el sistema de salud

para ampliar el acceso a los servicios; a la vez, muestra la inequidad e ineficiencia del mismo. El hecho de que la población no cuente con algún sistema que la proteja de los gastos de bolsillo ante una situación urgente, ocasiona que al momento de afrontar la enfermedad de algún miembro del hogar, la familia tenga que desembolsar la totalidad del costo de la atención. En algunos casos, dicho pago extraordinario de bolsillo puede traducirse en lo que se ha denominado gasto catastrófico, el cual, debido a su magnitud, puede llevar al empobrecimiento familiar temporal o permanente.

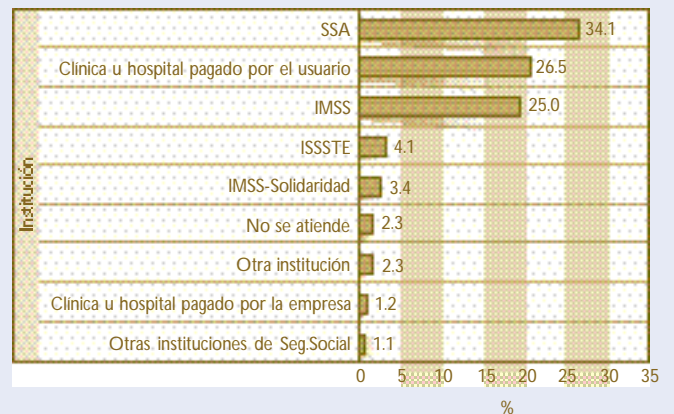
La SSA ha retomado la iniciativa de la OMS respecto de la evaluación de los objetivos esenciales de los sistemas de salud; entre ellos, la protección financiera que el sistema debe ofrecer a su población ante los riesgos económicos de enfermar o morir. En términos generales, dicha evaluación considera la probabilidad de que un hogar se empobrezca debido a las erogaciones que realiza para financiar el sistema de salud. Estas contribuciones consideran, por un lado, las aportaciones estatales, y por otro, el pago a la seguridad social, los gastos de bolsillo por los servicios de salud, así como las primas por seguros de salud privados. De acuerdo con la metodología propuesta por la OMS, el sistema de salud en México alcanza en el tema de protección financiera un puntaje de 0.82 (cuadro 2), lo que significa que existe cerca de 18% de ineficiencia por parte del mismo sistema en su objetivo de equidad a fin de evitar el empobrecimiento de la población a partir de su contribución al financiamiento. Esto se refleja en que 6.23% de los hogares en el ámbito nacional –es decir, alrededor de 1.5 millones– se empobrecen debido a los gastos catastróficos generados a partir de su aportación directa en la compra de servicios.

Ese 6.23%, está constituido, por una parte, de los hogares en los cuales la contribución financiera a la salud representa entre 30% y 50% de su ingreso disponible –esto es, 4.22%–, y por otra, de aquellos en los que la contribución a la salud se eleva a más de 50% del ingreso disponible –es decir, 2.01% de los

Figura 1. Composición del gasto en salud por tipo de fuente



Figura 2. Lugar de atención cuando existen problemas de salud



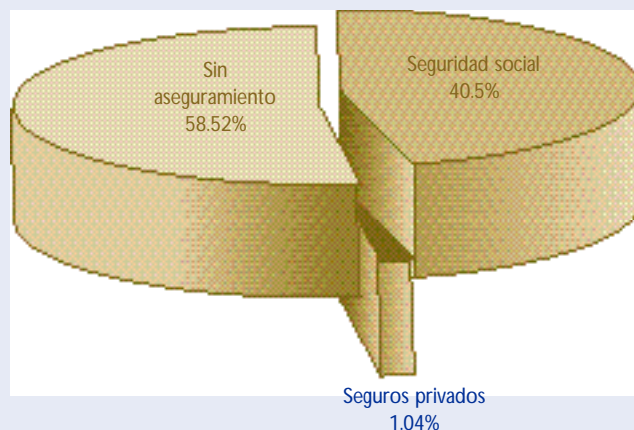
Cuadro 2. Indicadores de protección financiera

Año	IICF	HFC		Total
		Entre 30% y 50%	Más del 50%	
2000	0.8236	4.22	2.01	6.23

FUENTE: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2000.

IICF: índice de justicia en la contribución financiera.

HFC: siglas en inglés de contribución al financiamiento de la salud.

Figura 3. Cobertura por tipo de aseguramiento

FUENTE: Cálculos a partir de la Encuesta Nacional de Salud 2000.

Figura 4. Evolución del número de población con seguros de salud privados otorgados como prestación laboral en el ámbito urbano

FUENTE: Escuela Nacional de Empleo Urbano 1987-2001.

Cuando los hogares anticipan pagos por la atención a la salud, suavizan la carga financiera a lo largo del tiempo

hogares-. Cabe indicar que dicho empobrecimiento es debido en gran parte al gasto de bolsillo en que incurrir las familias por no contar con un sistema o seguro de protección a la salud. Este tipo de desembolso representa para algunos hogares la reducción en el gasto de otros rubros, igualmente esenciales, como la educación, la vivienda, el esparcimiento e, incluso, la alimentación.

El aseguramiento en salud

Ante la situación expuesta en el apartado anterior, los esquemas de seguro o prepago ofrecen una forma de protección al empobrecimiento producido por el pago de bolsillo de servicios de salud (Knaul *et al.*, 1997). Cuando los hogares anticipan pagos por la atención a la salud, suavizan la carga financiera a lo largo del tiempo. Con esto logran que, ante problemas imprevistos de salud, la aseguradora tenga que asumir la responsabilidad financiera de pagar por su atención. Otra ventaja de los sistemas de prepago radica en el hecho de que al agregar las contribuciones de un grupo de población, el riesgo individual de enfermarse y de empobrecerse se transfiere a la agencia aseguradora. Ésta, al reunir el riesgo de todos sus afiliados, lo matiza debido a que las contribuciones o primas de seguro bajo estos esquemas se vuelven solidarias: los individuos que no requieran atención contribuirán a solventar los costos de atención de aquellos que sí la necesitan.

Sin embargo, hay que señalar que la presencia de los esquemas de prepago existentes no han logrado tener el impacto y, por lo tanto, la aceptación del público. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2000 sólo 1.04% de la población participaba en un esquema de prepago en salud, mientras que 58.5% de la población no contaba con ningún tipo y se encontraba, por lo tanto, sujeta al riesgo de empobrecerse (figura 3).

Tampoco los seguros privados han logrado cubrir una parte importante de la población con capacidad de pago, pues de 1997 al 2001 prácticamente man-

tuvieron su mismo campo de cobertura. Cuando se analiza su comportamiento, se puede decir que, como prestación laboral, y sólo en las zonas urbanas del país, que es donde principalmente operan, estos seguros no han podido sobrepasar el 2.6% de la población que los utiliza (figura 4).

Los esquemas de prepago, que en México ya han sido autorizados y reglamentados bajo el nombre de Instituciones de Seguro Especializadas en Salud (ISES), representan una alternativa en la meta del sistema de salud para racionalizar el financiamiento de los servicios, a fin de brindar mayor protección a las poblaciones y reducir la inequidad. Sin embargo, estos esquemas no han logrado incrementar su capacidad de afiliación y cobertura de manera importante. Asimismo, desde el año 2001 una opción para amparar a la población sin capacidad de pago, que no cuenta con ninguna protección a la salud y, por ello, en riesgo de empobrecerse, es la propuesta de la SSA del Seguro Popular para la Salud.

Con estos esquemas de aseguramiento, según capacidad de pago, no se trata de fomentar un crecimiento irracional del sector y sin control de las unidades de atención privadas. Más bien lo que se propone es que aquellas que ya existen y a las cuales la población acude en casos de problemas de salud, sean agrupadas por los fondos de las ISES para la prestación de servicios propios, o bien para complementar la cobertura del Seguro Popular de Salud. Esta estrategia ayuda a reforzar la idea de un pluralismo en la prestación de los servicios de salud.

La rectoría de los ministerios de salud

El concepto de rectoría ha cobrado relevancia en los últimos años como un elemento fundamental en la reforma de los sistemas de salud. La OMS ha utilizado el término para definir una conducción adecuada del sector salud, a fin de que cumpla con sus objetivos de calidad, equidad y protección financiera. El organismo mundial ha puesto especial interés en promover la rectoría del Estado, con es-

pecial énfasis en la importancia de que la responsabilidad final en el desempeño del sistema de salud de un país recaiga en su gobierno, bajo una conducción responsable del bienestar y del cuidado de la salud de la población. En su Informe Mundial de la Salud 2000, la OMS define a la rectoría como una de las funciones primordiales de los sistemas de salud y establece que deberá guiar los esfuerzos existentes para mejorar el desempeño del sistema de salud (OMS, 2000).

En cuanto a la participación público-privada, se señala la importancia de establecer reglas, junto con la garantía de que éstas se cumplan, como un factor fundamental para una rectoría sólida. Así, la regulación debe cubrir tanto la formulación de los marcos estatutarios que definirán el comportamiento de todos los actores involucrados en el sistema, así como los mecanismos que lleven a cumplir con los estatutos definidos. En la elaboración de reglas y políticas en la vigilancia del sistema, la regulación tiene que tomar en cuenta a todos los actores y las acciones relacionados con el sector salud y no sólo aquellos que se encuentran dentro del sector público. Por lo tanto, el principal reto será desarrollar estrategias adecuadas para regular la provisión y el financiamiento público-privado de los servicios de salud, sin caer en excesos que en lugar de fomentar la participación y el óptimo desempeño de los actores, los entorpezcan.

El reto, en definitiva, está en encontrar una combinación que permita la participación, pero que a su vez sea bajo reglas, prerequisites y estándares claros y que garanticen la vigilancia y el cumplimiento de las mismas. La actual administración federal, a través de su Programa Nacional de Salud (PNS) 2001-2006, establece cuatro funciones básicas que deberán desempeñarse para poder cumplir los objetivos de un sistema de salud: la prestación de servicios, su financiamiento, la rectoría del sistema y la generación de recursos para la salud. Acerca de la rectoría, el programa describe tres actividades fundamentales de la SSA: la regulación, la evaluación y la protección de los pacientes.

La primera actividad contempla las acciones de regulación sanitaria de los productos, bienes y servicios de la economía, la disminución de la corrupción en las acciones de autorización y supervisión, la vigilancia de establecimientos, productos y servicios, la regulación de agroquímicos, la regulación en la atención a la salud, etcétera.

Para apoyar esta función básica de rectoría del sistema y de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Salud, la SSA será responsable de coordinar las acciones de los distintos actores e instituciones, públicos o privados, federales o estatales, que desempeñen actividades directamente relacionadas con la salud, así como las actividades de vigilancia del sector. De forma adicional, incluye la responsabilidad de conducir la política nacional en la materia y coordinar los programas de salud de las distintas entidades y dependencias. De acuerdo con el PNS, la función de rectoría supone sobre todo la definición y conducción de las políticas de salud, la planeación estratégica, la regulación de bienes, servicios e insumos, la generación y análisis de la información, y la evaluación del desempeño. Esto incluye a la totalidad del sector en materia de prestación de servicios: instituciones públicas, privadas, de seguridad social, así como instituciones civiles dedicadas a la salud.

Otro punto fundamental en la rectoría es la necesidad de contar con una legislación que dé sustento a las tareas y obligaciones del ente rector, las obligaciones de las instancias reguladas, sobre mecanismos de evaluación y supervisión, así como la definición de sanciones para casos de incumplimiento de la misma. Sin embargo, la materia de legislar debe tratarse con cuidado, ya que una excesiva legislación, o leyes y reglas que no sean claras y transparentes, puede entorpecer las funciones y desempeño del sistema. Además, el papel rector resulta fundamental en la vigilancia del cumplimiento de dicha legislación por parte de la totalidad de los actores que pertenecen al sistema, incluyendo por supuesto a las instituciones públicas y a la misma SSA. En este sentido, sería indispensable contar con estudios a pro-

fundidad acerca de la legislación existente en nuestro país en torno a esta rectoría y a las capacidades de vigilancia y supervisión del sector salud por parte de la Secretaría.

Sin duda, un factor por el cual la rectoría podría enfrentar grandes retos es el combate a la corrupción. Una investigación que presenta siete estudios de caso en los que se documenta el abuso en algunos de los hospitales públicos de varios países en América Latina, comprueba que la corrupción compromete en gran medida la capacidad del sistema de salud para atender de manera eficiente a la población (Di Tella y Savedoff, 2001). Este estudio del contexto latinoamericano demuestra una gran variedad de prácticas ilícitas, entre ellas el robo de insumos médicos, ausentismo por parte de los médicos, enfermeras y otro personal, cobro por servicios gratuitos, favoritismo en consultas y promociones, uso no autorizado de instalaciones públicas para la práctica médica privada.

En resumen, es indispensable advertir que aun cuando son evidentes las ventajas de contar con una rectoría sólida que establezca reglas claras y transparentes sobre la participación en el sistema de salud, y a la vez se ocupe de su vigilancia para que tales normas se cumplan, la tarea no es fácil, ya que está expuesta a grandes retos.

Participación ciudadana, monitoreo y rendición de cuentas

Un último punto sobre el buen desempeño de la colaboración público-privada es el rendimiento de cuentas a la población y las organizaciones de la sociedad civil. La participación de la población es clave, en particular en un sistema donde la regulación del sector privado por parte del Estado es incipiente. De manera explícita, el Plan Nacional de Salud ha abierto una gama de opciones para concretar la participación ciudadana en salud (SSA, 2001). En el PNS 2001-2006 se expone que "... el desarrollo democrático de México debe sustentarse en el ejercicio de los derechos ciudadanos y el reconocimiento de la ri-

queza de la sociedad civil. En el plano de las políticas sociales esto debe traducirse en políticas de inclusión y mecanismos e instancias de participación”. Además, se reconoce la necesidad de que los grupos y ciudadanos organizados participen en el diseño, la puesta en práctica y la evaluación de las políticas y programas del sistema nacional de salud. Se definen cuatro líneas de acción vinculadas con la estrategia de participación ciudadana, a saber:

- ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión;
- incrementar la libertad de elección en el primer nivel de atención;
- garantizar la atención a los grupos de autoayuda y grupos representantes de la sociedad civil;
- propiciar la rendición de cuentas, haciendo accesible la información pública a los ciudadanos.

De estas líneas, la primera y la tercera pueden resultar de mayor utilidad para ampliar la gama de actores sociales protagónicos en el desarrollo del sistema nacional de salud. Asimismo, se proponen acciones específicas para la concreción de sus objetivos. Respecto de una mayor participación de los ciudadanos, se plantea la creación de asambleas de salud en los ámbitos municipal, estatal y nacional, las cuales se pueden convertir en espacios para conocer y discutir avances en las políticas y en los programas del sector.

En lo que se refiere al apoyo de los grupos de autoayuda y de la sociedad civil, las acciones que se deberán realizar son: fomentar el diálogo con las ONG dedicadas a la salud; crear foros y espacios para un diálogo permanente con la sociedad civil; promover la colaboración entre las instituciones públicas de salud y los grupos civiles organizados en el diseño y gestión de programas específicos, y fortalecer el apoyo económico para estas agrupaciones, con respeto a su autonomía.

Una acción fundamental en materia de la participación ciudadana es, sin duda, el monitoreo y la ren-

dición de cuentas. En este sentido, en la literatura se han definido algunos requisitos indispensables para lograr mejores prácticas gubernamentales; entre éstos se encuentra la necesidad de que la preparación y ejecución del presupuesto, así como la rendición de cuentas sobre el uso de los recursos, sean procesos abiertos al público. Asimismo, se señala la importancia de que el gobierno produzca información confiable sobre las actividades fiscales y presupuestarias y que ésta se haga accesible a la ciudadanía (OECD-PUMA, 1994; Fund, 2001; OECD, 2001).

En el ámbito de la rendición de cuentas es necesario detallar un poco más la importancia de los mecanismos de asignación y ejercicio de los recursos. Es a través de la asignación de recursos en el presupuesto que podemos identificar las prioridades del gobierno, ya sea federal, estatal o municipal. Así, mediante un análisis del presupuesto se puede evaluar a las autoridades acerca del control o auditoría de los recursos, la evaluación costo-beneficio de las políticas y programas específicos, lo cual permite una evaluación concreta del gasto público por parte de la ciudadanía.

Por lo tanto, resulta indispensable que las distintas instituciones del sistema de salud –tanto públicas como privadas– cuenten con procesos transparentes en la toma de decisiones, en la asignación y ejercicio de los recursos, así como en la prestación de servicios en los cuales a su vez, idealmente, debe haber poca posibilidad de actuar con discrecionalidad. Asimismo, es necesario contar con mecanismos claros para la evaluación de los prestadores de servicios, que reflejen verdaderamente calidad y desempeño. Por otra parte, las reglas –a las que tanto administradores como prestadores de servicios estén sujetos–, deben ser claras y estar vinculadas a instancias reguladoras que no sólo evalúen su desempeño sino también tengan atribuciones para sancionarlos si así fuese el caso.

Finalmente, es indispensable que la ciudadanía cuente con información sobre aspectos como las fuentes de financiamiento del sistema, los criterios de asignación de recursos entre y dentro de las insti-

Cuadro 3. Actores y posibles acciones para ampliar la participación ciudadana en el sector salud

Actores	Acciones
ONG dedicadas a la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Propuestas operativas en áreas específicas de la atención a la salud. • Elaboración de estrategias para una mayor eficiencia en los servicios. • Monitoreo permanente de los programas prioritarios del sector, así como de la asignación y utilización de los recursos.
ONG en general	<ul style="list-style-type: none"> • Impulso de consultorías especializadas. • Evaluaciones periódicas de las actividades en el sector, así como de la asignación y utilización de los recursos. • Participación en campañas de salud pública.
Cooperativas de prestadores de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Generación de esquemas de atención accesible a sectores socialmente marginados. • Gestión de recursos para abatir costos de operación y otorgar ingresos dignos al personal integrante de la cooperativa.
Cooperativas de producción y comercialización en general	<ul style="list-style-type: none"> • Creación de comisiones internas de salud (tal y como lo permite la ley reglamentaria), apoyadas en sus planes y actividades por las ONG y/o instituciones públicas. • Gestión de recursos, exclusivamente orientados a sus tareas de salud; conservación de sus márgenes de autonomía económica y política.
Empresas privadas proveedoras de insumos	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de foros de discusión y propuesta sobre los retos del sector salud. • Inversión en investigación que se refleje en calidad y competencia de sus productos. • Fomento de la eficacia y la eficiencia en sus productos y en los sistemas de distribución.
Empresas privadas prestadoras de servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Fomento de los espacios de discusión y seguimiento de la cruzada nacional de calidad. • Participación en campañas nacionales de educación para la salud. • Recursos a la investigación.
Empresas privadas altruistas dedicadas a la salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Generación de nuevas políticas que fomenten la dignidad de sus beneficiarios. • Desaparición de posturas paternalistas. • Impulso a la calidad en sus servicios.
Empresas privadas en general	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de acciones innovadoras en todos los ámbitos de la salud en el trabajo. • Movilización de recursos para la actualización del personal.

tuciones de atención, el uso de estos recursos, el desempeño de los prestadores de servicios y administradores, los sistemas de contratación, entre otros. De igual importancia es el que esta información sea accesible para la población usuaria. Para ello resulta necesario considerar a todo tipo de usuarios, desde el ciudadano en general hasta aquellos que estudian o analizan esta información: académicos, organismos no gubernamentales, medios de comunicación, congreso, por mencionar algunos. Por lo anterior, las acciones en materia de rendición de cuentas deberán a su vez estar acompañadas de la generación de información confiable, oportuna y constante por parte de todas instituciones que forman el sistema de salud.

En el cuadro 3 se presenta una lista de actores nuevos y tradicionales, junto con las posibles acciones que puede realizar cada uno, en el contexto de la convocatoria para ampliar y mejorar la participación ciudadana dentro de todo el sistema nacional de salud. La mayoría de las actividades pueden ser compartidas por más de un actor; en general son pocas las que resultan exclusivas.

Discusión

En México existen más de 10 millones de hogares que viven en condiciones de pobreza material; la mayoría de ellos no tiene acceso a los servicios de salud de alguna institución pública. Gran parte de esta población recibe servicios de médicos privados o de practicantes de la medicina tradicional en una relación mercantil, sin intermediación de algún otro agente. Además de esta situación, a lo largo de toda la estructura social, tanto pobres como ricos, asegurados y no asegurados, pagan de su bolsillo a prestadores privados de servicios de salud. Estos servicios privados se caracterizan por su gran heterogeneidad en términos de infraestructura, organización y calidad con la que atienden a la población.

En este escenario, el papel de la rectoría debe de ser fortalecido al menos en dos aspectos esenciales para el afianzamiento del sistema de salud en su con-

junto: la calidad y la equidad. El tema de la calidad debe ser regulado en todas y cada una de las unidades de atención, tanto públicas como privadas, y los estándares deben ser equiparables, cuando más diferenciados por nivel de atención. También en el asunto de la equidad, la regulación es muy compleja, pues la participación del sector privado lucrativo no necesariamente se realiza bajo una lógica redistributiva (lo cual no quiere decir que no lo pueda hacer) y la equidad tiene que ser lograda en el conjunto del sistema, con la participación colectiva de todos los actores.

La regulación desempeña el papel de mediador para que no sólo se busque el beneficio entre contratantes y proveedores, sino que se garantice la atención a la población bajo criterios de calidad, equidad y eficiencia. La regulación es importante para buscar un equilibrio entre estas tres características, y evitar que por ejemplo, la búsqueda de una mayor productividad vaya en detrimento de la calidad. Por otra parte, la rendición de cuentas es una actividad que cada día cobra más importancia para la sociedad y donde la población debe tener un papel sumamente activo.

Por lo tanto, en materia de la participación público-privada, la definición de los campos en donde la colaboración puede ser fructífera y el tipo de agencias involucradas, es clave para su éxito. En términos del fortalecimiento del sistema de salud, la separación de funciones de los actores del sistema es esencial para el desempeño del mismo. La mezcla público-privada depende, para ser exitosa, de que la acción de los diferentes agentes interesados, tanto en el financiamiento como en la prestación de los servicios, se produzca sobre bases claramente definidas. En el proceso de reforma del sector, la función de rectoría del Estado es esencial para definir y hacer cumplir los lineamientos de la colaboración.

En México, actualmente existe poca investigación sobre la relación entre el sector público y el privado en salud. Por lo tanto, es fundamental realizar investigaciones que ofrezcan evidencias para la toma de decisiones y el fortalecimiento del sistema de salud.

Bibliografía

- Bennett S, Mc Pake B, Mills A (1997) *Private health providers in developing countries: serving the public interest?* Londres, Zed Books.
- Brailovsky V (1997) El comportamiento económico de la medicina privada en México: análisis comparativo con el sector público. En: Frenk J (coord). *Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas*. México, D. F., FUNSALUD.
- Di Tella R, Savedoff W (2001) *Diagnosis corruption: fraud in Latin America's public hospitals*. Washington, D. C., IADB 2001, Inter American Development Bank.
- Doha (2001) La declaración de Doha. Qatar, Organización Mundial del Comercio.
- Fund I M (2001) *Manual on fiscal transparency*. Washington, D. C., Internacional Monetary Fund.
- Knaut F, Parker S, Ramírez R (1997) El prepago por servicios médicos privados en México: determinantes socio-económicos y cambios a través del tiempo. En: Frenk J (coord.). *Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas*. México, D. F., FUNSALUD.
- Le Grand J (2001) *The provision of health care: Is the public sector ethically superior to the private sector*. Londres, LSE Health and Social Care Discussion, Paper 1.
- Londoño JL, Frenk J (1997) Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma del sistema de salud. En: Frenk J (coord.). *Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas*. México, D. F., FUNSALUD.
- Maceira D (1998) *Income distribution and the public-private mix in health care provision: the Latin American case*. Washington, D. C., Working paper núm.391, Office of the Chief Economist, Inter-American Development Bank.
- OECD-PUMA (1994) *Budgeting for results, perspectives on public expenditure management*. París, OECD-PUMA.
- OECD (2001) *Best practices for budget transparency*. París, OECD.
- OMS (2000) *The World Health Report 2000 Health Systems: improving performance is an expert analysis*. Ginebra, OMS.
- OMS (2002) *Macroeconomía y salud: Invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud*. Ginebra, OMS.
- Palmer N. *et al.* (2003) A new face for private providers in developing countries: what implications for public health? En: Bulletin of the World Health Organization 81(4).
- Scarpaci J (1998) *Health services privatization in industrial societies*. New Brunswick, EUA, Rutgers University Press.
- SSA (2001) *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*. México, SSA.

► Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México

Standing H, Bloom G (2002) *Beyond public and private? Unorganised markets in health care delivery*. Oxford, World Development Report (WDR) 2003/4, presentado en Making Services Work for Poor People.

Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A (2002) *Towards better stewardship: concepts and critical issues*. Ginebra, Evidence and Information for Policy, OMS.

Waitzkin H (2003) Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a summary and critique. *Lancet* 361, pp. 523-6.

Widdus R (2001) Public-private partnerships for health: their main targets, their diversity, and their future directions. *Bull World Health Organ* 79(8), pp. 713-20.