

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

El Sector Privado del Sistema de Salud en México

Tesis para obtener el título de Maestro en Salud Pública con concentración en Administración  
de la Salud

ABDIEL ALEJANDRO TORRES GRIMALDO  
Generación 2015-2017

Directora: Dra. Jacqueline Elizabeth Alcalde Rabanal

Asesor: Dr. Pedro Rafael Lozano Ascencio

Lector: Dr. Ernesto Pablo Báscolo

Cuernavaca, Morelos, Agosto del 2017

## Lista de Acrónimos

<b>AMFEM</b>	Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina
<b>AMIS</b>	Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
<b>APS</b>	Atención Primaria de la Salud
<b>CAF</b>	Consultorios Adyacentes a Farmacias
<b>CAUSES</b>	Catálogo Universal de Servicios de Salud
<b>CEAMs</b>	Comisiones Estatales de Arbitraje Médico
<b>CEFP</b>	Centro de Estudios de las Finanzas Públicas
<b>CLUES</b>	Clave Única de Establecimientos de Salud
<b>CNSF</b>	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
<b>COFEPRIS</b>	Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios
<b>COMACE</b>	Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería
<b>COMAEM</b>	Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica
<b>CONACAS</b>	Comité Nacional por la Calidad
<b>CONAMED</b>	Comisión Nacional de Arbitraje Médico
<b>CONDUSEF</b>	Comisión Nacional para la Defensa de Usuarios de Servicios Financieros
<b>COPAES</b>	Consejo para la Acreditación de la Educación Superior
<b>CSG</b>	Consejo de Salubridad General
<b>CUE</b>	Cobertura Universal Efectiva
<b>CUS</b>	Cobertura Universal en Salud
<b>DGCES</b>	Dirección General de Calidad y Educación en Salud
<b>DGIS</b>	Dirección General de Información en Salud
<b>DOF</b>	Diario Oficial de la Federación
<b>ENSANUT</b>	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
<b>FPCGC</b>	Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos
<b>GTS</b>	Gasto Total en Salud
<b>IC</b>	Intervalo de Confianza
<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
<b>IMSS-Op</b>	IMSS Oportunidades
<b>INDICAS</b>	Sistema Nacional de Indicadores por la Calidad en Salud
<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
<b>ISES</b>	Instituciones de Seguros Especializadas en Salud
<b>ISFL</b>	Instituciones Sin Fines de Lucro
<b>ISSSTE</b>	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
<b>LGISF</b>	Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas
<b>LGISMS</b>	Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros
<b>LGS</b>	Ley General de Salud
<b>MAI</b>	Modelo de Atención Integral
<b>MIDAS</b>	Modelo Integrador de Atención a la Salud
<b>MXN</b>	Pesos Mexicanos
<b>NOM</b>	Norma Oficial Mexicana
<b>NSE</b>	Nivel Socioeconómico
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OSC</b>	Organización de la Sociedad Civil
<b>PEMEX</b>	Petróleos Mexicanos

<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto
<b>PP</b>	Público-Privado(a)
<b>PPA</b>	Paridad de Poder Adquisitivo
<b>PSP</b>	Private Sector Partnerships
<b>RE</b>	Razón de Especialistas
<b>REDESS</b>	Redes de Servicios de Salud
<b>RH</b>	Recursos Humanos
<b>RMN</b>	Resonancia Magnética Nuclear
<b>RPP</b>	Razón Público Privada
<b>SCIAN</b>	Sistema de Clasificación de América del Norte
<b>SEDENA</b>	Secretaría de la Defensa Nacional
<b>SEMAR</b>	Secretaría de Marina
<b>SESA</b>	Servicios Estatales de Salud
<b>SHCP</b>	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
<b>SHCP</b>	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
<b>SHOPS</b>	Strengthening Health Outcomes through the Private Sector
<b>SICUENTAS</b>	Subsistema de Cuentas en Salud
<b>SINAC</b>	Subsistema de Información sobre Nacimientos
<b>SINERHIAS</b>	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
<b>SIRFOSC</b>	Sistema de Información del Registro Federal de las OSC
<b>SNS</b>	Sistema Nacional de Salud
<b>SPS</b>	Seguro Popular de Salud
<b>SPS</b>	Seguro Popular de Salud
<b>SSa</b>	Secretaría de Salud
<b>TAC</b>	Tomografía Axial Computarizada
<b>UNIFACC</b>	Unión Nacional Interdisciplinaria de Farmacias, Clínicas y Consultorios
<b>USAID</b>	United States Agency for International Development

## Lista de Figuras

<b>Figura 1-</b> Sistema de Salud Mexicano.....	7
<b>Figura 2-</b> Funciones y objetivos de los sistemas de salud .....	19
<b>Figura 3-</b> Actores en la prestación de servicios de salud .....	20
<b>Figura 4-</b> Actores en la generación de recursos en salud.....	21
<b>Figura 5-</b> Actores en el financiamiento de la salud .....	21
<b>Figura 6-</b> Actores en la rectoría de la salud .....	22
<b>Figura 7-</b> Componentes de los sistemas de salud .....	23
<b>Figura 8-</b> Marco analítico que aborda la contribución del sector privado al sistema de salud. ....	24
<b>Figura 9-</b> Plan de análisis de la información .....	28
<b>Figura 10-</b> Expansión muestral de usuarios habituales de los servicios personales de salud por sectores .....	34
<b>Figura 11-</b> Usuarios de servicios personales de salud en las dos semanas previas a las encuesta (Expansión muestral) .....	35
<b>Figura 12-</b> Participación público-privada por estado .....	38
<b>Figura 13-</b> Tipo de recursos humanos que atienden los problemas de salud en ambos sectores ....	39
<b>Figura 14-</b> Motivo de atención en ambos sectores.....	40
<b>Figura 15-</b> Proveedores y motivos de atención proporcional dentro del sector privado (2012).....	41
<b>Figura 16-</b> Diagnóstico de enfermedades crónicas en ambos sectores .....	42
<b>Figura 17-</b> Usuarios de servicios ambulatorios en las dos semanas previas a las encuesta (Expansión muestral) .....	43
<b>Figura 18-</b> Usuarios de servicios hospitalarios en el año previo a la encuesta (Expansión muestral)44	
<b>Figura 19-</b> Participación público-privada por estado en el ámbito hospitalario .....	46
<b>Figura 20-</b> Motivo de atención hospitalaria en ambos sectores.....	47
<b>Figura 21-</b> Infraestructura privada en México por nivel de atención (2016) .....	52
<b>Figura 22-</b> Categorización de la concentración de unidades privadas en salud por estado (2016)..	53
<b>Figura 23-</b> Densidad de Infraestructura Privada en Salud por Municipio (2016).....	54
<b>Figura 24-</b> Infraestructura privada por tipología y consultorios adyacentes a farmacias (2016) ....	55
<b>Figura 25-</b> Infraestructura privada hospitalaria en México.....	56
<b>Figura 26-</b> Proporción de médicos entre sectores en 2014 .....	58
<b>Figura 27-</b> Proporción de médicos dentro de los sectores en 2014.....	57
<b>Figura 28-</b> Número absoluto de médicos especialistas por sectores en 2014 .....	59
<b>Figura 30-</b> Número, densidad y proporción de enfermeras en ambos sectores (2014) .....	60
<b>Figura 29-</b> Proporción de médicos especialistas dentro de los sectores público y privado (2014) ..	59
<b>Figura 31-</b> Análisis global de los recursos humanos en salud (2014 y 2015) .....	61
<b>Figura 32-</b> Fabricantes de medicamentos en 2016 .....	62
<b>Figura 33-</b> Medicamentos alopáticos “innovadores” registrados en México a Julio del 2017 .....	63
<b>Figura 34-</b> Distribución del gasto privado en salud en México en 2014 .....	65
<b>Figura 36-</b> Gasto en medicina tradicional en México en 2013 .....	66
<b>Figura 37-</b> Gasto Ampliado en Salud en México (2013) .....	67
<b>Figura 38-</b> Oferta y utilización ampliada del sistema de salud en 2013 .....	68
<b>Figura 35-</b> Distribución del gasto de los hogares mexicanos en bienes y servicios de salud (2013)	65

## Lista de Tablas

<b>Tabla 1-</b> Población por condición de aseguramiento (2015) .....	8
<b>Tabla 2-</b> Fuentes de Información .....	26
<b>Tabla 3-</b> Usuarios que reportan problemas de salud en las 2 semanas previas a la encuesta.....	37
<b>Tabla 4-</b> Comparación de la atención de problemas de salud en ambos sectores (Institucional).....	39
<b>Tabla 5-</b> Caracterización de usuarios hospitalizados en el último año.....	46
<b>Tabla 6-</b> Razón público/privada respecto a la frecuencia y tiempo de hospitalización por sector....	48
<b>Tabla 7-</b> Calidad y motivos de satisfacción/ insatisfacción en hospitales.....	49
<b>Tabla 8-</b> Defunciones según sitio de ocurrencia en México al año 2014.....	50
<b>Tabla 9-</b> Indicadores de producción y eficiencia en el ámbito hospitalario.....	51
<b>Tabla 10-</b> Indicadores de producción y eficiencia en el ámbito hospitalario en 2015.....	52
<b>Tabla 11-</b> Productores de dispositivos médicos y medicamentos en 2017.....	63
<b>Tabla 12-</b> Tecnologías disponibles por sectores (Equipos/ millón de habitantes).....	64
<b>Tabla 13-</b> Principales indicadores económicos de la salud en México (2014).....	65
<b>Tabla 14-</b> Pago por medicamentos en instituciones del sector público y privado.....	67
<b>Tabla 15-</b> Resultados globales de la comparación de capacidades regulatorias en la prestación de servicios y financiamiento de la salud en México (2017).....	79
<b>Tabla 16-</b> Comparación de capacidades regulatorias en la prestación de servicios de salud en México (2017).....	113
<b>Tabla 17-</b> Comparación de capacidades regulatorias en el financiamiento de la salud en México (2017).....	117
<b>Tabla 18-</b> Leyes y artículos que abordan la prestación de servicios privados en México.....	121
<b>Tabla 19-</b> Listado de Normas Oficiales Mexicanas que regulan la prestación de servicios privados en México.....	125
<b>Tabla 20-</b> Leyes y artículos que abordan el financiamiento privado de la salud en México.....	128

# Lista de Contenido

<b>1. Resumen</b>	1
<b>2. Introducción</b>	3
<b>3. Antecedentes</b>	4
3.1 Internacional	4
3.2 Esfuerzos de caracterización del sector privado en el mundo	6
3.3 El sistema de salud Mexicano	7
3.3.1 Estructura	7
3.3.2 Cobertura	8
3.4 El sector privado en México	9
<b>4 Planteamiento del Problema</b>	12
<b>5 Objetivos del Proyecto de Investigación</b>	14
5.1 Objetivo General	14
5.2 Objetivos específicos	14
<b>6 Justificación</b>	15
<b>7 Marco Teórico</b>	17
7.1 Sistemas de salud	17
7.2 Objetivos del sistema de salud	18
7.3 Funciones y actores de los sistemas de salud	20
7.4 Pensamiento Sistémico y los Componentes del Sistema de Salud	23
7.5 Marco analítico utilizado para el presente estudio	24
<b>8 Metodología</b>	26
8.1 Diseño	26
8.2 Ámbito de estudio	26
8.4 Fuentes de Información	26
8.5 Variables	27
8.6 Análisis de la información	27
8.6.1 Análisis de la Prestación de Servicios	28
8.6.2 Análisis de la Generación de Recursos	29
8.6.3 Análisis del Financiamiento de la Salud	30
8.6.4 Análisis del Marco Regulatorio	30
8.7 Limitaciones	32
8.8 Consideraciones Éticas	33

<b>9</b>	<b>Resultados</b> .....	34
9.1	Objetivo 1: Prestación de servicios de Salud.....	34
9.1.1	Características de la Población.....	34
9.1.2	Atención Ambulatoria.....	42
9.1.3	Atención Hospitalaria.....	44
9.2	Objetivo 2: Generación de Recursos.....	52
9.2.1	Infraestructura.....	52
9.2.2	Recursos Humanos.....	57
9.2.3	Recursos Materiales: Insumos y Tecnologías para la Salud.....	62
9.3	Objetivo 3: Financiamiento de la Salud.....	64
9.4	Objetivo 4: Marco regulatorio.....	69
9.4.1	Prestación de servicios.....	69
9.4.2	Financiamiento privado de los servicios de salud.....	73
	Capacidades regulatorias.....	77
9.5	Objetivo 5: Fortalezas y Debilidades del Sector Privado como aliado potencial en la Cobertura Universal Efectiva en México.....	79
<b>10</b>	<b>Discusión</b> .....	80
10.1	Prestación de Servicios.....	80
	Atención ambulatoria y hospitalaria.....	80
	Uso de Servicios.....	81
	Características de población.....	82
	Problemas de eficiencia.....	84
10.2	Recursos para la salud.....	85
	Subestimación de infraestructura privada.....	85
	Comparación de recursos físicos y humanos en ambos sectores.....	87
10.3	Financiamiento.....	89
	Gasto de Bolsillo.....	89
	Aseguradoras privadas.....	90
10.4	Marco regulatorio.....	91
10.5	Aspectos globales del sector privado.....	93
	Tipificación del sector privado en México.....	93
	Fortalezas y debilidades del sector privado en el marco de la Cobertura Universal.....	95
<b>11</b>	<b>Conclusiones</b> .....	96
<b>12</b>	<b>Recomendaciones</b> .....	100
<b>13</b>	<b>Anexos</b> .....	102

Anexo I- Variables de Estudio .....	102
Anexo II- Capacidades Regulatorias .....	113
Anexo III-Marco Jurídico.....	121
Anexo III-A Claves SCIAN de COFEPRIS para servicios de salud privados.....	132
<b>14 Bibliografía .....</b>	<b>135</b>

## 1. Resumen

El presente estudio describe la interacción del sector privado con las funciones básicas de prestación de servicios, generación de recursos, financiamiento y rectoría del sistema de salud mexicano. En aras de interpretar dicha interacción, se diseñó un marco analítico propio que incluye aportes conceptuales de otros modelos. Se empleó además un diseño transversal con metodología cuantitativa y revisión documental de fuentes oficiales secundarias en donde se analizan los datos más recientes del periodo 2012-2017.

Los resultados muestran que el sector privado es uno de los mayores proveedores de servicios individuales de salud, atendiendo principalmente problemas agudos y de baja complejidad. Sin embargo existen determinantes como la edad, el factor educativo y el nivel socioeconómico que influyen en la utilización de dicho sector.

Aunque la red de unidades privadas es amplia en el territorio nacional, su distribución no es homogénea y existe un subregistro importante de la misma. Dentro de la red de unidades ambulatorias, los Consultorios Adyacentes a Farmacia conforman una porción significativa de la infraestructura disponible.

Los recursos humanos muestran patrones distintivos entre sectores, siendo la fuerza laboral del sector privado hospitalario mucho más especializada que su contraparte pública; sin embargo los hospitales privados aún deben trabajar en estrategias para abaratar costos y mejorar la eficiencia con que administran sus recursos.

La mitad del financiamiento de la salud en México es privado y pese a las reformas estructurales de la década pasada, este sigue siendo casi exclusivamente de bolsillo. Sin duda alguna, las estrategias que busquen aminorar esta forma de financiamiento, deberán enfocar sus esfuerzos en reducir el gasto en medicamentos y en solucionar los problemas de calidad del sector público.

Además del financiamiento público, otro factor sistémico que influye en gran medida en el comportamiento del sector privado se asienta en la capacidad rectora del

estado. Aunque en México el marco regulatorio que aborda al sector privado de la salud es modesto, el número de leyes, normas y reglamentos que lo incluyen sigue siendo menor que el conjunto disponible para el sector público y en la práctica, no siempre se hace un uso adecuado de este marco jurídico.

Las características observadas para el caso del sector privado mexicano no son exclusivas de nuestro país, ya que muchos de los sistemas mixtos de salud en el mundo cuentan con propiedades semejantes. Sin embargo; el comportamiento de nuestro sector privado “estratificado” parece estar influenciado por otros factores sistémicos propios a nuestras circunstancias. En él influyen, además del desempeño del sector público, las características socioeconómicas de la población atendida y la regulación que del mismo se hace.

La realidad nos muestra que pese a contar con algún tipo de afiliación al sector público, la población mexicana sigue optando por hacer uso de los servicios privados. Es así, con servicios ambulatorios accesibles pero de calidad y efectividad cuestionables y con servicios hospitalarios de buena calidad pero de difícil acceso a la población; que el sector privado de México nos afronta con fortalezas y debilidades distintivas.

Resta ahora a los investigadores analizar a profundidad los hallazgos encontrados en este estudio y a los tomadores de decisiones optar por los abordajes más efectivos para interactuar con el sector privado mexicano. Mismo que nos ha acompañado desde los inicios de la práctica de la medicina en el país y del que se espera contar como aliado en esta búsqueda permanente hacia la cobertura universal efectiva en salud.

**Palabras Clave:**

Sector Privado de la Salud, Sistemas de Salud, Cobertura Universal en Salud, México, Servicios Privados, Recursos Privados, Consultorios Adyacentes a Farmacias, Farmacéuticas, Aseguradoras Privadas, Financiamiento Privado, Gasto de Bolsillo, Regulación en México.

## 2. Introducción

Desde mediados del siglo XIX los gobiernos han desplegado grandes esfuerzos para proporcionar servicios públicos de salud a sus habitantes. No obstante, el sector privado ha jugado un rol muy importante en la atención de la salud a través de la participación de organizaciones con y sin fines de lucro, incluso con el apoyo de proveedores informales de servicios. Si bien es cierto que la existencia de un sector privado de la salud dominante tiene múltiples efectos negativos asociados a fallas de mercado, es creciente la idea de que la eficiencia en la prestación de servicios de salud puede ser mejorada con el uso de modelos mixtos público-privados que sean innovadores y más flexibles.(1)

El presente estudio pretende describir la contribución del sector privado de la salud a las cuatro funciones básicas del sistema de salud mexicano: rectoría, prestación de servicios de salud, financiamiento y generación de recursos. En aras de obtener dicha caracterización, se utilizó un diseño transversal con metodología cuantitativa y con revisión documental a partir de fuentes oficiales de información de tipo secundario en el periodo 2012-2017.

Se busca entonces esbozar un panorama general del estado actual del sector privado del sistema de salud mexicano que genere un mayor entendimiento de los servicios que se están demandando, los recursos con que se disponen, la forma en que se financian esos servicios y la regulación mexicana del mismo; esto con el firme convencimiento de incorporar su desempeño en el logro de los objetivos en salud de nuestro país, pues con gastos crecientes y expectativas cada vez más altas, queda claro que el sector privado no puede seguir siendo ignorado y existe la necesidad de sumar esfuerzos junto con el sector público para brindar mejores resultados en salud.

### **3. Antecedentes**

#### **3.1 Internacional**

En el mundo, la mayoría de los sistemas de salud se caracterizan por una mezcla público-privada (PP) tanto en la prestación de los servicios de salud como en el financiamiento.(2) La importancia del sector privado en los sistemas de salud ha generado una gran variedad de estudios en los que se compara su desempeño(3) calidad(4) y satisfacción del personal sanitario que labora en él(5) respecto al sector público. También se ha investigado sobre la regulación del sector privado y la importancia de la función rectora del estado.(6,7)

A nivel global el gasto privado en salud fue del 42.3% con respecto al gasto global total en salud en el 2012 y respecto a ese gasto privado, el 52.6% provino del bolsillo de las familias. Adicionalmente los planes privados de prepago cubrieron el 36.2% del gasto privado en salud en el mundo.(8) En un estudio en 26 países africanos se encontró que casi la mitad de los niños del quintil más pobre de la población hacía uso de los servicios privados(9), en otro más que el 87% de la prestación de servicios de salud en India se encuentra financiado por el sector privado(10) y que el pago de bolsillo ha representado entre un 40-70% del gasto en salud en 20 países en desarrollo.(11)

En los países de ingresos medianos y bajos, los proveedores informales son una parte significativa del sector privado, proveyendo por ejemplo la mayoría de los cuidados en India y Bangladesh y con una prevalencia elevada en África donde los vendedores de farmacia y curanderos tradicionales proveen una parte significativa del tratamiento ambulatorio.(12)

De lo que no existe duda, es que el sector privado juega un papel muy importante en el financiamiento y provisión de los servicios de salud a nivel mundial(13); que existen algunas economías como la India, Myanmar o Pakistán que dependen casi exclusivamente de este tipo de servicios y que independientemente del sistema de salud que han adoptado los países, ha habido un aumento del gasto privado en la mayoría de ellos(14), siendo cada vez más frecuentes los modelos de participación público-privada en la prestación de servicios de salud, no sólo en las economías de

bajos y medianos ingresos(1,15); sino en los países del mundo desarrollado(16–18) llegando a existir en ocasiones cooperaciones público- privadas a nivel internacional.(19)

A pesar de lo anterior, sigue existiendo una variación importante en cuanto a la participación del sector privado a nivel global, jugando por lo general un papel más significativo en los países en desarrollo(1,3,19), mientras que su contribución en los países del primer mundo es menos relevante o menos estudiada.

Son múltiples los problemas asociados a un sector privado dominante en los sistemas de salud; tales como pagos de bolsillo elevados que originan gastos catastróficos en las familias de bajos recursos, transacciones informales con los proveedores sanitarios, prestación de servicios de baja calidad, uso innecesario de procedimientos diagnósticos y quirúrgicos, uso de procedimientos con poca evidencia científica y en algunos países se le ha asociado con el incremento en enfermedades multidrogo-resistentes debido al bajo apego a los tratamientos.(20,21)

Por lo general el sector privado es débil en la prestación de servicios de salud pública como los preventivos (falla de mercado) y carece de una coordinación estructurada con los sistemas de salud públicos en caso de enfrentar epidemias.(3) Sin embargo; son también múltiples las áreas de oportunidad y los modelos innovadores que incorporan la prestación de servicios privados con financiamiento público. Por lo general el sector privado tiene una tendencia muy fuerte a generar demanda para sus servicios, cuentan con una fuerte orientación hacia el cliente, son sensibles en cuanto a la retroalimentación que se hace de su desempeño y por lo general, las organizaciones privadas tratarán de abaratar sus costos.(1)

Actualmente, el debate acerca de la incorporación del sector privado dentro de las estrategias de prestación de servicios de salud sigue siendo importante.(13,22) Existen actores internacionales a favor del sector privado como el Fondo Monetario Internacional quien propone a los países incrementar el componente del sector privado en sus sistemas de salud para otorgar préstamos(3) o actores como la Fundación Rockefeller y el Banco Mundial quienes promueven su estudio y una

mayor participación en los sistemas de salud(1,9) Otros actores internacionales como Oxfam ven en los sistemas públicos el camino idóneo para lograr el tan anhelado acceso universal y equitativo a los servicios de salud.(23) La OMS y la OCDE toman por lo general posiciones más neutrales, pero reconocen que el sector privado tiene una gran contribución, y por lo mismo responsabilidad, en la atención de problemas de salud a nivel mundial y han emitido recomendaciones y estrategias de colaboración conjunta en materia alimentaria, de recursos humanos o de financiamiento de la salud.(24–26)

### **3.2 Esfuerzos de caracterización del sector privado en el mundo**

Históricamente el sector privado no ha recibido suficiente atención, en parte explicado por la deficiente información sobre el mismo y la falta de claridad sobre el rol que puede tomar en los sistemas de salud.(21) Sin embargo; es necesario destacar la existencia de algunos estudios en este campo.

Un estudio realizado a finales del siglo XX, mostró que el número de camas disponibles en instituciones con fines de lucro representa el 20% del total disponible a nivel mundial y que la proporción de médicos privados es alrededor del 40%, aunque existe mucha variación entre países.(27) Otro estudio más, analizó a los proveedores de servicios de salud de base religiosa (faith-based) exponiendo que entre un 30%-70% de los servicios de salud son provistos por este tipo de instituciones en África.(28)

En épocas recientes ha habido a nivel mundial esfuerzos por caracterizar el sector privado en un conjunto de países como Kenia, Ghana, Nigeria y Namibia en el 2010(29–32), Malawi en el 2011(33) o Tanzania y Botswana en 2013(34,35) empujados principalmente por el Banco Mundial a través de los proyectos PSP-One (Private sector partnerships for better health) y la USAID a través de los proyectos SHOPS (Strengthening Health Outcomes through the Private Sector).

En América Latina, específicamente en Costa Rica se realizó un esfuerzo por caracterizar el sector privado. Este estudio analizó, los patrones de utilización de servicios de salud, la provisión privada de servicios, el financiamiento público y

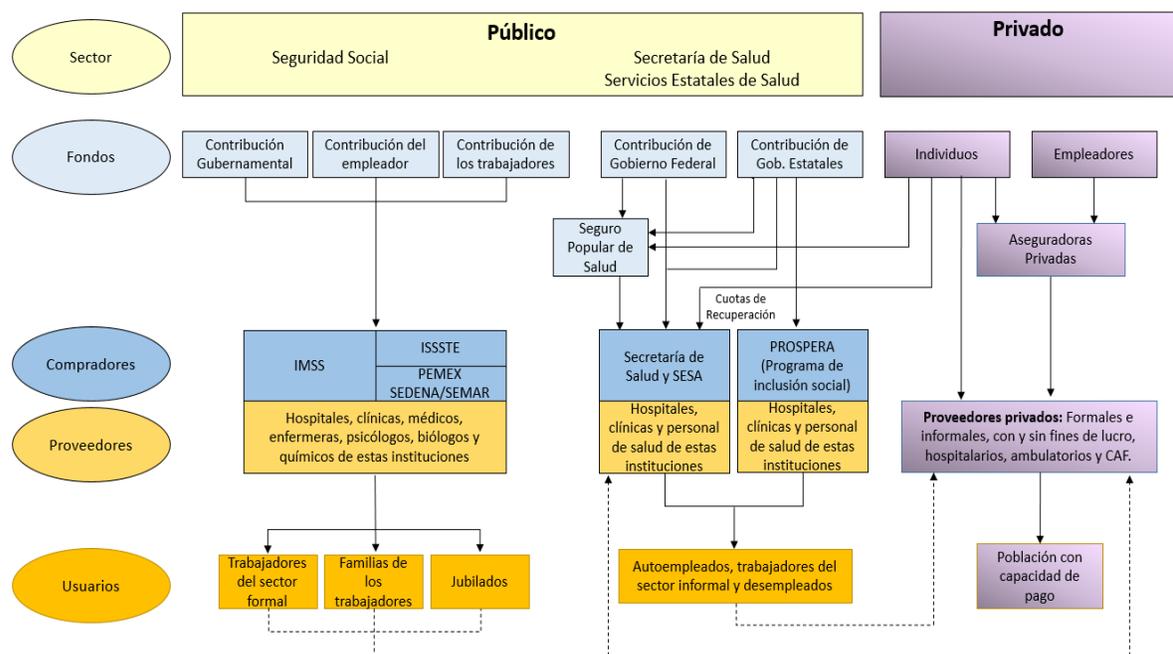
privado, así como una descripción de la regulación existente y el papel que el ministerio de salud desempeñaba en su función rectora.(36)

### 3.3 El sistema de salud Mexicano

#### 3.3.1 Estructura

El modelo mexicano de atención a la salud puede ser mejor descrito como un sistema segmentado compuesto por dos sectores, el sector público y el sector privado (Fig. 1). El sector público incorpora a los institutos de seguridad social como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado o ISSSTE, los de Petróleos Mexicanos (PEMEX), los de la Defensa Nacional (SEDENA) y Marina (SEMAR), los cuales prestan sus servicios a las personas que se encuentran en el sector formal de la economía. También dentro del sector público se encuentran las instituciones que brindan sus servicios a las personas sin seguridad social como el Seguro Popular de Salud (SPS), IMSS- Oportunidades (IMSS-O), la Secretaría de Salud (SSa) y los Servicios Estatales de Salud (SESA).(37)

**Figura 1- Sistema de Salud Mexicano**



Modificada de Dantés OG et al., *El Sistema de Salud en México* (37)

El sector privado brinda sus servicios a las personas que tienen la capacidad de pago ya sea que cuenten con servicios públicos o no. Este está compuesto por las compañías aseguradoras, hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, compañías farmacéuticas, consultorios privados, escuelas para la formación de personal de salud y el personal que en ellos labora.(37,38) La práctica privada se basa primordialmente en la prestación directa de los servicios de consultorios y clínicas pequeñas y medianas con fines lucrativos, aunque también existe la medicina privada no lucrativa que ha tenido un fuerte impulso por parte de benefactores privados como empresarios y agencias internacionales.(39)

### 3.3.2 Cobertura

Del total de la población mexicana en el año 2015, el SPS cubría aproximadamente a la mitad y el IMSS a un 39%; el sector privado contribuyó con un 3.27% y al mismo tiempo los servicios médicos de PEMEX, SEDENA y SEMAR tan sólo proveyeron servicios al 1% de la población. (40) En la tabla 1 se observa el número de derechohabientes o afiliados a diversas instituciones prestadoras de servicios de salud; no obstante la duplicidad de afiliación ocasiona que la suma de derechohabientes/afiliados supere la cantidad de 120 millones de mexicanos que en ese momento habitaban en el país.(40)

**Tabla 1- Población por condición de aseguramiento (2015)**

<i>Institución</i>	<i>No. de derechohabientes o afiliados</i>	<i>% de población <sup>a</sup></i>
<i>IMSS <sup>b</sup></i>	46,837,309	39.18
<i>ISSSTE <sup>c</sup></i>	9,210,801	7.71
<i>SPS</i>	59,651,756	49.9
<i>PEMEX, SEDENA, SEMAR</i>	1,374,794	1.15
<i>Privada</i>	3,907,230	3.27
<i>Otra Institución</i>	1,852,168	1.55

\*Adaptada de Encuesta Intercensal de INEGI (40)

a: La suma de los porcentajes es mayor al 100% dada la duplicidad en la condición de aseguramiento.

b: Incluye la población de IMSS-Oportunidades.

c: Incluye ISSSTE estatal

### **3.4 El sector privado en México**

La práctica de la medicina privada en México remonta a la época prehispánica con el empleo de medicinas tradicionales en las que los individuos se apoyaban en el conocimiento de curanderos, brujos o yerberos; la medicina científica no se desarrolló en México hasta después de la conquista. Durante mucho tiempo la medicina en el país se llevó a cabo en el hogar, donde la iglesia tomó un papel preponderante en la asistencia a los enfermos y menesterosos. No fue hasta 1820 que las órdenes hospitalarias se suprimieron y en 1856 el presidente Benito Juárez desamortizó los bienes de la iglesia; a partir de entonces los servicios de atención a la salud pasaron a ser una obligación del gobierno y no una obra de caridad de la iglesia.(41) Es este el punto histórico en que podríamos distinguir claramente los servicios públicos ofertados por el gobierno, de los privados.

Desde ese entonces, el sector público en el territorio nacional se ha desarrollado notablemente. Por su parte, la medicina privada ha fortalecido desde la década de los setentas su capacidad para prestar servicios mediante más y mejor infraestructura y financiamiento.(39) Durante muchos años la importancia del sector privado en el cuidado de la salud fue descuidada; sin embargo la reforma al sistema de salud en México de la década pasada, consideraba en el MIDAS la formulación de REDESS de atención que aprovechaban tanto los recursos públicos como privados; la estrategia se afianzó en el nuevo Modelo de Atención Integral.(42,43)

Actualmente, en el sector privado de la salud en México se atienden las personas con capacidad de pago, ya sea a través de planes de seguros privados o de pagos de bolsillo. Sin embargo, también lo hacen aquellas personas con bajos recursos, incluso a pesar de tener algún tipo de esquema público de salud.(37,44).

En la década de los 90's cerca de una tercera parte de la población acudía al primer nivel de atención privado, sea cual fuese su condición de seguridad social, y los motivos de atención estaban vinculadas con la deficiencia de los servicios públicos, como el trato personal inadecuado, largos tiempos de espera, problemas con disponibilidad de medicamentos o la falta de percepción de mejoría en su estado de salud.(39)

La presencia del sector privado tanto en la prestación como en el financiamiento es evidente. Aproximadamente la mitad del gasto en salud es de origen privado(38) de este, la mayor parte se debe a la compra de servicios de atención en salud y medicamentos, pues el gasto es mínimo en seguros privados, alcanzando alrededor del 5% del gasto total en salud.(45)

Dada la importancia que el sector privado tiene en casi todas las funciones del sistema de salud en México, llama la atención que hasta la fecha haya permanecido por tanto tiempo desatendido. Si bien son pocos los esfuerzos por sistematizarlo, sería injusto dejar de lado algunos trabajos previos que lo han abordado de manera parcial.

Estudios del sector privado de la salud en México se documentaron desde 1995; año en que se mostraron los resultados de un censo nacional de unidades hospitalarias privadas(46). En el 2002 y 2003 se realizaron dos de los estudios más completos, aunque el primero de la OPS se enfoca en el sistema de salud en general y el segundo de Zurita y Ramirez más bien en la prestación de servicios hospitalarios (39,47); Gómez Dantes y colaboradores en 2011 describen el sector privado en cuanto a su financiamiento, infraestructura hospitalaria y el gasto de bolsillo en medicamentos.(37) y en el 2014 un artículo analiza el uso de servicios ambulatorios curativos públicos y privados(48).

En los últimos años se han propuesto innovadoras e intrépidas alternativas que sugieren una mayor participación de las aseguradoras privadas como agentes articuladores o la presencia de nuevos planes complementarios y voluntarios que involucren al sector privado. (49–51)

Así mismo, el auge de los Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF) originado a partir de la regulación de venta de antibióticos con receta médica en el 2010, los ha ubicado como uno de los temas más estudiados del sector privado en México. Si bien no son los únicos, en la literatura pueden encontrarse 4 artículos científicos publicados en los últimos 3 años. Tres de ellos pertenecen a grupos de trabajo del INSP y uno más publicado por FUNSALUD en colaboración con el INSP e IMS health. El primero caracteriza a la población usuaria de los CAF y detalla sobre los

motivos de elección y patrones de uso de medicamentos(52), el segundo concluye que los médicos del CAF poseen menor experiencia profesional, menos estudios de postgrado, menos salario base, menor cumplimiento de la regulación y en general los aspectos laborales de los médicos que ahí trabajan son más precarios que los demás consultorios no adyacentes a farmacias (53), mediante metodología cualitativa, el tercer artículo se adentra en la percepción de los médicos que laboran en estas entidades, muestra la insatisfacción que ellos tienen de trabajar en los CAF y confirma la existencia de mecanismos de supervisión y presión para activar la venta de medicamentos en farmacia(54).

Por su parte, Funsalud publicó uno de los estudios más completos sobre CAF en México, detallando muy bien el funcionamiento de las distintas cadenas en el país, la forma en que se contrata a los médicos, sus salarios, las consultas y la forma de prescribir medicamentos. Se añaden opiniones de los demás médicos sobre este tipo de consultorios, se discuten razones por los cuales han tenido tanto éxito, algunos aspectos de calidad, la influencia sobre los médicos y el impacto esperado a futuro, entre otras más.(55)

La literatura digital y periodística reporta el sentimiento de algunas organizaciones de consultorios y clínicas privadas quienes argumentan que la legislación que les permite brindar “asesoría” médica en lugar de consulta, es una forma de competencia desleal (56), reportan sobre los motivos de uso por parte de la población; en ellos se asocian la pobreza y las fallas en el sector público al gran realce que ha tenido este modelo de negocio y en general, todos informan del desbordante crecimiento del 340% que tuvieron en el periodo 2010 al 2014. Al parecer, para el 2014 los CAF habían rebasado ya a las instituciones públicas y los demás consultorios privados en el volumen de atención diaria de pacientes.(57–60).

Para esas fechas, Piña y Pichardo habían estudiado ya el fenómeno de la desprofesionalización del médico a través del arquetipo de negocio de las Farmacias Similares y su aparente expansión hacia Latinoamérica.(61)

#### **4 Planteamiento del Problema**

El sistema de salud mexicano está compuesto por dos sectores, el público y el privado. En 2015, la afiliación de la población mexicana al sector público ascendió al 82% y por su parte las pólizas para seguros privados cubrieron entre un 3 y 7% de la población; quedando sin protección financiera el 17% (20.6 millones). Sin embargo, debido a la duplicación de afiliaciones, la suma de las cifras anteriores supera el 100%. (40,62) Al mismo tiempo, la encuesta intercensal del 2015 reportó que la utilización de servicios de salud públicos que comprende IMSS, ISSSTE, PEMEX, Defensa, Marina y SSa representan el 75.5%, mientras que la utilización de servicios privados en 2000 fue de 34.2% y en 2015 del 23.1%.(40,44) Es decir, México tuvo una disminución en la demanda de atención de servicios privados de 10.2 puntos porcentuales entre 2000 al 2010 y de 0.9% entre 2010 al 2015.

La dinámica anterior es diferente a la observada en la mayoría de los países en desarrollo, en los cuales se observa incremento en el uso de servicios privados de la salud.(13,21,27) Esta dinámica en México es en parte explicada por la puesta en marcha del Seguro Popular en 2003 que ofreció protección financiera a alrededor de 50 millones de personas.(62,63)

Si bien se ha mejorado el acceso a servicios de salud, lo cierto es que aproximadamente uno de cada 4 mexicanos emplea los servicios del sector privado independientemente de la afiliación o no a un seguro de salud público.(40,64) Más aún, la evidencia a nivel internacional indica que el sector privado es intensamente utilizado por los pobres en un ambiente poco regulado.(6)

En México la información existente para el sector público es abundante y existen múltiples herramientas y sistemas que permiten acceder y disponer de información sistematizada.(65) Por otro lado, para el sector privado la información es escasa, se presenta de forma fragmentada y su nivel de desagregación en muchos casos no contempla el nivel estatal o municipal; esta falta de información dificulta una caracterización completa del sistema.

Existe entonces la necesidad de disponer de datos que posibiliten una descripción integral del sector privado en el país, los cuales permitan comprender sus

propiedades, potencialidades, debilidades y retos a fin de optimizar su participación como un actor relevante en el campo de la salud y favorecer así el logro de la cobertura universal en México. Teniendo en consideración lo anteriormente propuesto, el presente trabajo pretende responder las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son las características del sector privado del sistema de salud en México?

¿Qué servicios de atención a la salud utiliza la población mexicana en el sector privado?

¿Cuál es la infraestructura y con cuántos recursos humanos y tecnológicos cuenta el sector privado?

¿Cómo se financia el sector privado del sistema de salud mexicano?

¿Cuál es la normatividad que regula la prestación de servicios de salud y el financiamiento en el sector privado de México?

## **5 Objetivos del Proyecto de Investigación**

### **5.1 Objetivo General**

Caracterizar la prestación de servicios de salud, los recursos disponibles, el financiamiento y el marco regulatorio del sector privado a fin de identificar sus fortalezas y debilidades; para ser considerado como un aliado potencial en el logro de la cobertura universal efectiva en el sistema de salud mexicano.

### **5.2 Objetivos específicos**

Identificar los servicios de atención a la salud que demanda la población en el sector privado.

Describir con las fuentes de información existentes, la infraestructura y los recursos humanos y tecnológicos con los que cuenta el sector privado.

Identificar las fuentes de financiamiento del sector privado de la salud en México.

Describir el marco normativo que regula las funciones de prestación de servicios y financiamiento del sector privado mexicano.

## **6 Justificación**

En México, aproximadamente una cuarta parte de la población utiliza servicios privados para la atención de sus problemas de salud.(40) La información anterior es de relevancia si se considera que el análisis de varios de los sistemas de salud en el mundo demuestra que aquellos que han logrado obtener mayor cobertura y mejores índices de satisfacción entre la población, son los que han balanceado de forma apropiada la participación público-privada.(66)

No cabe duda que el sector privado de la salud en México es un actor importante actualmente y probablemente seguirá siéndolo en los próximos años; sin embargo este sector es también el menos estudiado y por lo mismo se dispone de escasa información sistematizada sobre la prestación de servicios, los recursos, el financiamiento o su regulación, información que difícilmente se utiliza para la toma de decisiones. Esto implica que el sector privado no se haya optimizado para contribuir a la universalización de la salud en México.(38,67,68)

Casi la mitad del gasto en salud del país proviene del sector privado, destinándose una pequeña fracción para seguros prepago y la mayor parte en pagos de bolsillo para servicios ambulatorios en consultorios médicos independientes, adyacentes a farmacias y medicamentos.(45,53,69) Es decir, los hogares con deciles más bajos de ingresos y aquellos con mayor necesidad, siguen pagando proporcionalmente más por el cuidado de su salud; esto es una de las formas más inequitativas del financiamiento de la salud y expresa de manera clara la ineficiencia de los sistemas de aseguramiento.(70–73)

El crecimiento del sector privado en la prestación de servicios de salud en México no es el principal problema, pues al contrario, su participación puede ser una ventana de oportunidad para desarrollar intervenciones público- privadas que permitan el cumplimiento de las metas nacionales en salud(1,38); sin embargo la carencia de datos para el sector privado es profunda, y en su papel rector la secretaría de salud debería poder contar con información actual y precisa del sistema en su conjunto.

Por lo mismo, contar con un conocimiento más amplio del sector privado de salud en México viene en franco apoyo para el cumplimiento de los objetivos planteados en el Plan Sectorial de Salud (2013-2018) ya que la información generada en la investigación aquí propuesta, puede apoyar en las acciones de protección en salud y de reducción de riesgos para la población, proporcionará evidencia proximal del acceso efectivo a los servicios de salud y del cierre de brechas entre los distintos grupos sociales, aportará conocimiento para el uso efectivo de los recursos existentes y brindará elementos de apoyo hacia la construcción de un sistema universal en salud.(74)

## 7 Marco Teórico

El marco teórico que rige la presente investigación se respalda en el enfoque de sistemas de salud desarrollado por Frenk y Murray(68). En primer lugar se conceptualiza al sistema de salud y los sectores que lo integran, luego se describen los objetivos y funciones, finalmente se presenta un modelo alternativo para el estudio de los sistemas de salud; mismo que se estructura sobre la base de componentes.

### 7.1 Sistemas de salud

Un sistema de salud, es concebido como el conjunto de todas las organizaciones, instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud ya sea en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, cuyo principal objetivo sea mejorar, promover, restablecer o mantener la salud. La salud, como objeto de intervención de los sistemas de salud, dependerá de la eficacia de los mismos para proveer los servicios sanitarios, financiarlos de manera justa, generar los insumos necesarios y crear las condiciones para proteger el interés público.(75)

Como se mencionó con anterioridad, los sistemas de salud se integran por dos grandes sectores, el público y el privado; clasificados así respecto al origen de los recursos financieros con que operan.(21)

En el sector privado se encuentran actores con fines y sin fines de lucro dependiendo de su interés en generar ganancias económicas(1,27); e incluye una gran variedad de actores que pueden ser clasificados de acuerdo a su función:

El espectro de los proveedores de servicios privados es amplio pues existen profesionales de la salud especialistas y certificados, así como, curanderos tradicionales. Dentro del sector privado no lucrativo que oferta servicios, se ubican las Organizaciones de la Sociedad Civil y aquellas de base religiosa (faith-based). Los proveedores de servicios privados tanto lucrativos como no lucrativos pueden ofrecer servicios curativos, preventivos, auxiliares y de apoyo psicosocial.(1,21,27)

Respecto a los financiadores; mientras que el sector público puede ser financiado sólo por recursos del estado o de manera conjunta con contribuciones de los

trabajadores, empresas e incluso aportaciones de los usuarios; el sector privado se financia ya sea con el pago directo de bolsillo de los consumidores, con la participación de aseguradoras privadas, aseguradoras de base comunitaria, aseguradoras pertenecientes a empresas o mediante el financiamiento directo por parte de los empleadores. (21)

Los proveedores de insumos privados incluyen a los productores, facilitadores y distribuidores de mercancías relevantes para el sector salud, estos incluyen productos tangibles como infraestructura, medicamentos o suministros médicos; pero también productos intangibles como producción de información, incluidas las instituciones educativas.(21)

Sin importar el sector predominante, el objetivo de todo sistema de salud sigue siendo el mismo: Mejorar la salud de la población de una forma digna y equitativa, en el que el riesgo financiero se distribuye de forma progresiva.(75)

## **7.2 Objetivos del sistema de salud**

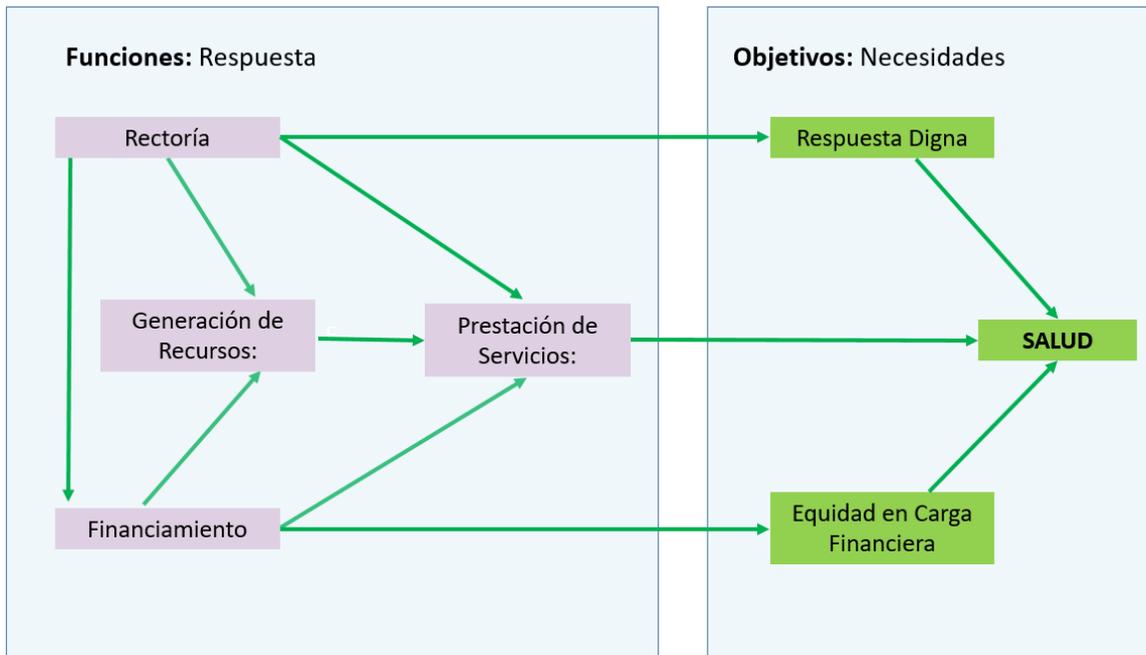
Como se esquematiza en la figura 2, los objetivos de todo sistema de salud son:

**Mejora de la Salud:** “Es el objetivo definitorio del sistema de salud, implica lograr que la situación sanitaria de la población en su totalidad sea lo mejor posible durante todo el ciclo de vida de la gente, teniendo en cuenta la mortalidad y discapacidad prematura.”(75) Implica no solo mejorar la salud, sino también disminuir las desigualdades.(68)

**Respuesta Digna:** Objetivo que busca “mejorar el desempeño del sistema en relación con aspectos que no están vinculados a la salud”. Se hace una distinción básica entre los elementos relacionados con el respeto a los seres humanos como personas y elementos relacionados con la forma en que un sistema resuelve ciertas inquietudes expresadas comúnmente por los pacientes y su familia en calidad de clientes del sistema de salud. Existe un mínimo de consideraciones éticas que se esperan entre los proveedores y pacientes: Consentimiento, confidencialidad, discreción, veracidad, y fidelidad.(75)

**Equidad Financiera:** Este objetivo “busca que los costos imputados a cada familia debido a sus riesgos en salud se asignen debido a su capacidad de pago y no según el riesgo de enfermedad”.(75)

**Figura 2- Funciones y objetivos de los sistemas de salud**



Modificado a partir de OMS, Informe sobre la Salud en el mundo 2000 (75)

**Cobertura Efectiva:** En el año 2003 se incluyó el concepto de cobertura efectiva como un *objetivo intermedio* de los sistemas de salud. Se trata de una medida que representa la ganancia en salud esperada de una población con determinadas necesidades en salud que reciben determinadas intervenciones, ajustada por calidad.(76) Es una manera más completa de medir la provisión de los servicios de salud en comparación con los conceptos de “utilización” o “acceso” a los servicios; lo cual es a su vez una forma más cercana de medir el impacto que tiene la provisión de servicios de salud en el cumplimiento de metas más lejanas como la mejora de la salud.(77)

Para cumplir con estos objetivos, los sistemas de salud deben ejecutar cuatro funciones esenciales: 1) prestación de servicios, 2) generación de recursos, 3) financiamiento y 4) rectoría (Fig. 2)

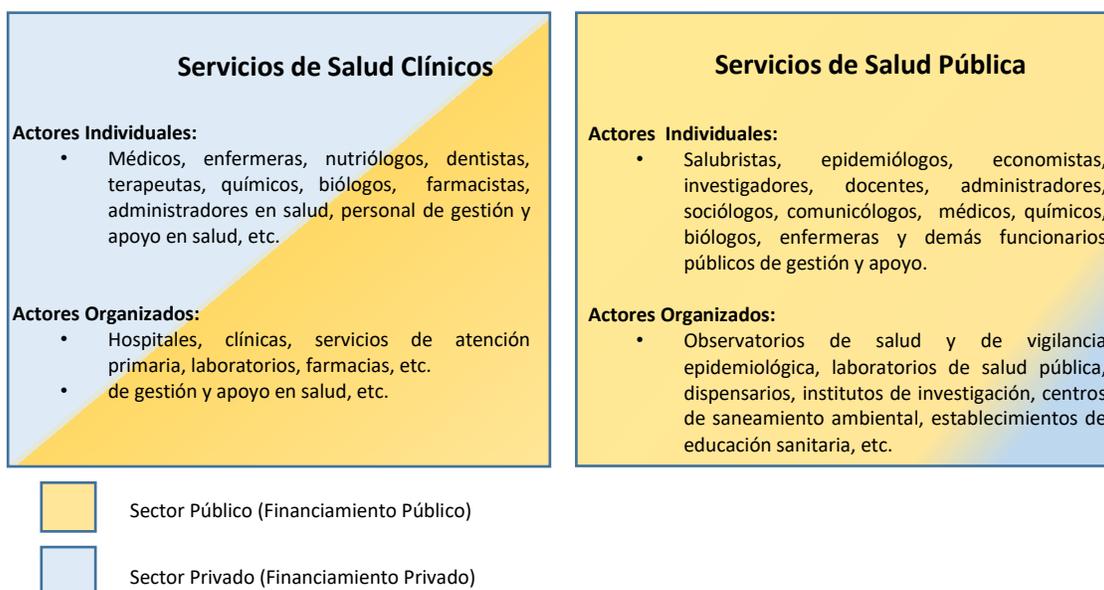
### 7.3 Funciones y actores de los sistemas de salud

**Prestación de servicios:** Función primordial de los sistemas de salud, se refiere a la “mezcla de insumos dentro de un determinado proceso de producción, en una estructura organizacional particular y conduce a una serie de productos que generan un resultado en salud”.(78)

La prestación de servicios de salud, engloba las intervenciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, paliación y rehabilitación que se ofrecen a las personas; esta pueden dividirse a su vez en *servicios públicos o privados* de acuerdo al tipo de financiamiento que posean y en *servicios personales/clínicos*, si se administran directamente a los individuos, o *no personales/de salud pública* si se aplican a las colectividades o al componente no humano del medio ambiente.(75,78)

Típicamente los servicios de salud pública son subvencionados por los gobiernos de las naciones; sin embargo los servicios personales pueden ser costeados ya sea por el sector público o el privado. Dada la intrincada red de servicios de salud existentes, es que una gran diversidad de actores (proveedores) participan en el desempeño de esta función, ya sea de manera individual u organizada. (Ver Fig. 3)

**Figura 3- Actores en la prestación de servicios de salud**



Elaboración propia a partir del marco conceptual de la OMS (75) y el de Frenk y Murray (70)

**Generación de recursos:** Actividad de un grupo diversificado de organizaciones que producen los insumos necesarios (personal capacitado, medicamentos, equipo y artículos de consumo) para los servicios de salud; ejemplo de actores que cumplen esta función son las universidades, los centros de investigación y las empresas de la *industria de la salud*.(78) Al igual que la función anterior, puede tener un financiamiento público o privado; sin embargo con excepción de los recursos humanos que se producen indistintamente en ambos sectores, los demás tipos de insumo se producen mayoritariamente en el sector privado con distintos niveles de intervención de la rectoría (Fig. 4).

**Figura 4- Actores en la generación de recursos en salud**



*Elaboración propia a partir del marco conceptual de la OMS (75) y el de Frenk y Murray (70)*

- **Financiamiento:** Función de recaudación del dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y los organismos internacionales) para su acumulación en fondos reales o virtuales que se asignan a través de diversos arreglos institucionales para la compra o

**Figura 5- Actores en el financiamiento de la salud**

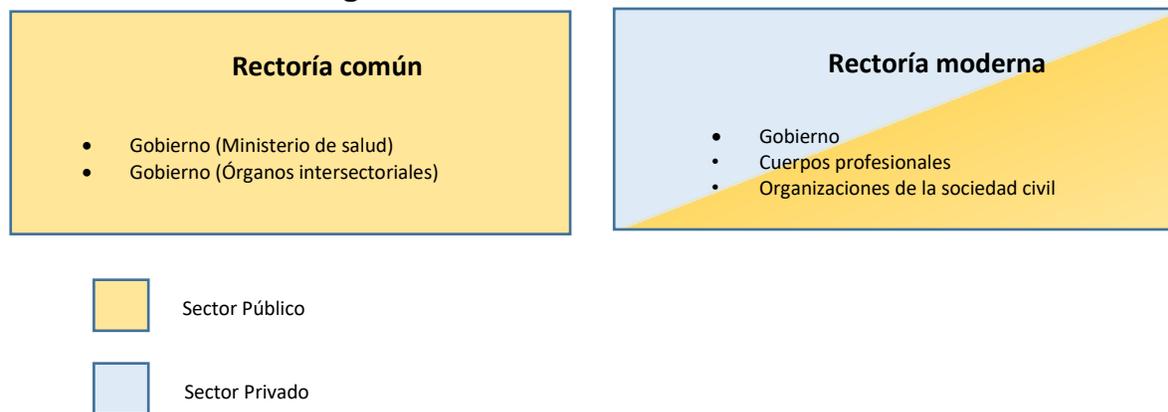


*Elaboración propia a partir del marco conceptual de la OMS (75) y el de Frenk y Murray (70)*

producción de servicios.(78) Los actores que llevan a cabo dicha función se muestran en la Fig. 5.(75)

- **Rectoría:** “La función de un gobierno responsable del bienestar de la población al que le preocupan la confianza y legitimidad con que la ciudadanía considera sus actividades”.(75) La rectoría se puede subdividir en seis subfunciones: Diseño general del sistema, evaluación del desempeño, definición de prioridades, apoyo intersectorial, regulación y protección al consumidor.(68) Comúnmente la función de rectoría es llevada a cabo en su totalidad por los gobiernos a través de los ministerios de salud, pero en algunos casos existe intervención de otros actores que pueden tener una participación pequeña sobre todo en las áreas de regulación de la atención de la salud o la certificación de prestación de servicios. Los proveedores y los compradores ejercen también cierto tipo de rectoría al asegurarse que sus recursos invertidos rindan al máximo (Fig. 6).(37,75)

**Figura 6- Actores en la rectoría de la salud**



*Elaboración propia a partir del marco conceptual de la OMS (75) y el de Frenk y Murray (70)*

#### 7.4 Pensamiento Sistémico y los Componentes del Sistema de Salud

Los sistemas, incluidos los sistemas de salud, comparten un conjunto de características en común, las cuáles los definen como tal y nos proporcionan herramientas para poder caracterizarlos de mejor manera e incluso vaticinar el efecto que una intervención en el mismo desencadenaría. Los sistemas se auto-organizan, cambian constantemente, tienen una interconexión estrecha, se retroalimentan, no son lineales, tienen una dependencia histórica, son contraintuitivos y resistentes al cambio.(79)

Bajo esta perspectiva el enfoque de componentes de los sistemas de salud se respalda en la lógica de la interacción de un conjunto de subsistemas donde el centro del modelo son las personas (Fig. 7).

**Figura 7- Componentes de los sistemas de salud**



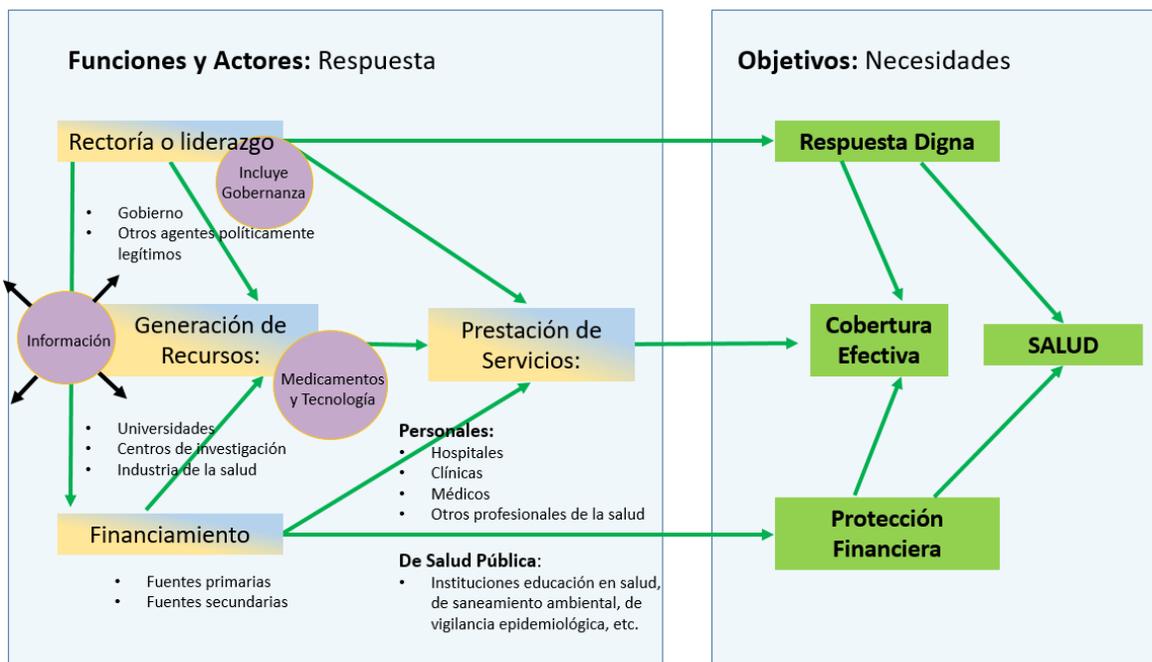
*Tomada de la Organización Mundial de la Salud, Systems Thinking for Health Systems Strengthening (79)*

El modelo de componentes, en comparación con aquel de Frenk y Murray, da una importancia muy especial a las personas al colocarlas al centro del sistema, sigue incorporando al financiamiento y la prestación de servicios, modifica el término rectoría por el de gobernanza y desglosa la generación de recursos, en recursos humanos, información y medicamentos y tecnologías. Al conferir un enfoque sistémico, el modelo de componentes pierde la direccionalidad implícita del primer modelo, para sugerir una interacción múltiple entre cada uno de los subsistemas.

## 7.5 Marco analítico utilizado para el presente estudio

A partir de los marcos teóricos previamente presentados se organizó un marco de análisis que integra diversas dimensiones de cada uno de ellos. La estructura principal es la propuesta por Frenk y Murray, la gobernanza se incluyó al interior de la metafunción de rectoría o liderazgo que tiene injerencia sobre todas las demás. Los medicamentos, tecnologías y la información son recursos que se generan tanto por actores públicos o privados, siendo la información un recurso que apoya también a todas las demás funciones. Un resultado intermedio que incorpora este marco teórico es la cobertura efectiva, apoyada por la respuesta digna y la protección financiera (Fig. 8).

**Figura 8- Marco analítico que aborda la contribución del sector privado al sistema de salud.**



Por cuestiones metodológicas y sabiendo de antemano que las funciones en estudio son mucho más complejas y extensas de lo que aquí se muestra; para el presente estudio entendemos por prestación de servicios, aquellos servicios de salud destinados a la persona y por generación de recursos, a la infraestructura, recursos

humanos y recursos materiales cuyo principal objetivo es servir como input en la provisión de servicios de salud. Por financiamiento privado se comprende al gasto de bolsillo y el financiamiento prepago a través de las aseguradoras, dejando de lado las cuotas de recuperación en el sector público (también una forma de financiamiento privado). Finalmente al hablar de la función rectora, nos estaremos refiriendo solamente a la subfunción de regulación en las funciones de prestación y financiamiento de servicios; dejando de lado la regulación en la generación de recursos, la regulación sanitaria y las demás subfunciones como la evaluación del desempeño o la abogacía intersectorial.

## 8 Metodología

**8.1 Diseño:** Se llevó a cabo un diseño transversal, descriptivo, cuantitativo y con revisión documental.

**8.2 Ámbito de estudio:** Sector privado del sistema de salud en México.

**8.3 Temporalidad:** El periodo de estudio comprende los años 2012 al 2017, sin embargo sólo se reporta el dato del año más reciente encontrado para cada variable.

**8.4 Fuentes de Información:** Las fuentes de información fueron del tipo secundario. Entre ellas se encuentran bases de datos oficiales como las presentadas por INEGI para establecimientos particulares, COFEPRIS y la de Gastos globales en salud de OMS. También se consideraron encuestas como la Intercensal 2015 y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), los Cubos Dinámicos, datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) y sus subsistemas como SINERHIAS, SINAC o SICUENTAS. Adicionalmente se hizo uso de la herramienta de georreferenciación ArcGIS/ArcMap de Esri, las Cuentas Satélite en Salud, el catálogo CLUES, la reglamentación o normatividad vigente y la literatura gris, periodística y digital que se encontró disponible en fuentes oficiales o de renombre. (Ver tabla 2).

Tabla 2- Fuentes de Información		
INEGI	COFEPRIS	Catálogo CLUES (DGIS)
Cubos Dinámicos (DGIS)	SINERHIAS (DGIS)	SICUENTAS (DGIS)
SAEH y SINAC (DGIS)	ENSANUT	ArcGIS/ArcMap
Encuesta Intercensal 2015	Cuentas Satélite en Salud	Gastos Globales en salud de la OMS
Normatividad Vigente	Literatura gris, periodística y digital	

*Fuente: Elaboración propia*

## **8.5 Variables**

Se realizó una búsqueda intencionada en las bases de datos de instituciones gubernamentales y otras fuentes de información del sector privado. De esta búsqueda se seleccionaron un conjunto de variables, las cuales se encuentran organizadas de acuerdo a la función y área de estudio que buscan caracterizar. Ver Anexo I.

## **8.6 Análisis de la información**

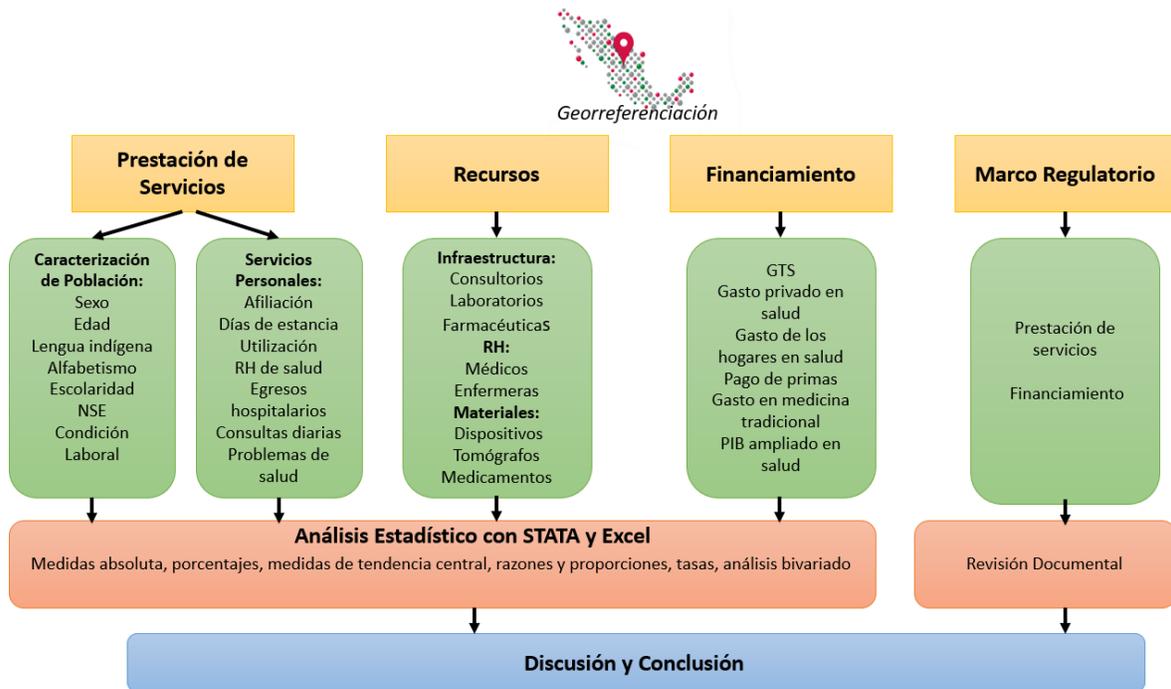
De manera general, las variables abordadas en el primer componente de prestación de servicios fueron analizadas directamente de las bases de datos de ENSANUT utilizando el paquete de software estadístico Stata versión 12 de StataCorp. Las variables correspondientes a la atención hospitalaria de la primera función y las de las funciones de recursos y financiamiento, fueron almacenadas como bases de datos en Excel y posteriormente se procesaron en la misma aplicación para la obtención y comparación de diversas medidas de tendencia central y dispersión, así como razones, proporciones, porcentajes, y cuando procedía también análisis bivariado.

El análisis del marco regulatorio se realizó mediante una revisión documental de las leyes, las normas oficiales en salud y de distintos medios electrónicos publicados en internet o en el Diario Oficial de la Federación.

Del conjunto de datos recopilados, se procedió a diseñar indicadores, figuras, tablas y gráficos que facilitaran un mejor entendimiento y procesamiento de la información. Para el apartado de infraestructura se realizó además una georreferenciación de las unidades médicas privadas en el país con la información del catálogo CLUES y la ayuda del software ArcGIS.

Con la información ya procesada se realizó una descripción de los hallazgos encontrados para las diferentes funciones del sistema de salud, haciendo hincapié en el sector privado y sus similitudes y diferencia con el público. Finalmente se elaboró una serie de discusiones y conclusiones que permiten actualizar el conocimiento y caracterizar de manera global el sector privado de la salud en México. (Fig.9)

**Figura 9- Plan de análisis de la información**



*Fuente: Elaboración propia*

A continuación se describe una metodología más detallada de acuerdo a cada una de las funciones analizadas:

### 8.6.1 Análisis de la Prestación de Servicios

Para abordar las características de la población y el uso de servicios de salud se utilizó mayoritariamente la información proveniente de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, específicamente las bases de datos de “hogar” e “integrantes”.

Dependiendo de las variables analizadas, hubo varios procesos de selección de muestras de trabajo. En el análisis general del sector privado, primero se seleccionaron aquellas personas con problemas de salud en las últimas dos semanas previas a la encuesta y de ellas, aquellas que efectivamente se atendieron en alguna institución de salud. Además, para el grupo que buscó atenderse en el sector privado, de los 542 lugares de atención clasificados originalmente como “otro lugar”, 315 fueron reclasificados manualmente en “otro privado” y 227 en “Otro

público o Mezcla público-privada” de acuerdo a la procedencia del financiamiento con que cuentan.

Para el estudio de las características de la población, se hizo una comparación entre sectores cruzando las variables pertenecientes a esta categoría con la de uso de servicios públicos y privados, además se calcularon los intervalos de confianza para verificar significancia estadística. Al comparar el uso de servicios públicos y privados en los estados se calculó una razón público/privada dividiendo el número de usuarios atendidos en el sector público, entre el número de usuarios que acudieron al sector privado.

Al abordar las enfermedades crónicas durante el último año decidió usarse la población que refiere un uso habitual de determinado prestador de servicios, ya que el lugar de atención en las últimas dos semanas no reflejaría el periodo de tiempo necesario para abordar dicha variable.

Finalmente, para el estudio de la atención hospitalaria, la población en estudio fue aquella que refirió haber estado hospitalizada durante el último año. Es necesario aclarar además que todas las variables fueron examinadas con el empleo de cálculos de expansión muestral con el comando “svy” de STATA para el análisis de encuestas; por lo cual los números reportados van más allá de una simple observación y reflejan la totalidad de personas que al 2012 vivían en México. El cálculo de estas estimaciones incluye el diseño y detalles del procedimiento de recolección de datos, así como las ponderaciones muestrales requeridas, el muestreo en aglomerados y la estratificación de la información.(80)

#### *8.6.2 Análisis de la Generación de Recursos*

Los recursos disponibles del sistema de salud mexicano fueron clasificados en infraestructura, recursos humanos y recursos materiales. Estos últimos contienen los insumos y tecnologías.

Para el estudio de la infraestructura privada en México se crearon mapas que representan la distribución de las unidades privadas en el país, así como su

concentración a nivel estatal y municipal. Dado que el catálogo CLUES no proporciona las coordenadas exactas de las unidades, para el primer mapa fue necesario crear la clave compuesta de las localidades en donde se ubicaban las unidades y cotejarlas con el catálogo de localidades de INEGI. Una vez obtenidos los valores de georreferenciación se exportaron a un archivo shapefile.

Todas las demás variables se analizaron mediante cálculos simples de porcentajes, tasas o comparación de números absolutos. La mayor parte de la información sobre el sector privado se obtuvo de los registros administrativos de “salud en establecimientos particulares” proporcionados por INEGI; mientras que el estudio de los recursos públicos se llevó a cabo con información proveniente de cubos dinámicos. Cuando fue requerida, la información se complementó con aquella proveniente del “Boletín de Información Estadística 2014-2015” o con bases de datos disponibles en la página web de COFEPRIS.

#### *8.6.3 Análisis del Financiamiento de la Salud*

Para el análisis de financiamiento se empleó principalmente la base de datos de Cuentas Nacionales de Salud “Gasto en salud por fuentes de financiamiento 1993-2014 (pesos corrientes)” disponible en SICUENTAS, la base de datos de “Gastos globales en salud de la OMS” y el reporte del año 2013 para las Cuentas satélite del sector salud de México. En los casos en que una misma variable contó con valores discordantes entre fuentes de información, se priorizó aquella proveniente de las Cuentas Nacionales. A su vez, todos los valores “ampliados” provienen de la información proporcionada en las cuentas satélite.

La exploración de las variables pertenecientes a esta función no requirió cálculos más allá que los de obtención de porcentajes y tasas. El cálculo de los dólares internacionales se realizó con el empleo del factor de conversión de 8.002 reportado por la OECD para el año 2014 (año analizado en SICUENTAS).

#### *8.6.4 Análisis del Marco Regulatorio*

Dado que la metafunción de rectoría es muy amplia y cuenta con múltiples subfunciones ya descritas en el marco teórico, el alcance de este estudio se restringió al análisis de la regulación.

Para cumplir con el objetivo de describir el marco regulatorio existente en cuanto a la prestación y financiamiento de los servicios de salud en México, se realizó una búsqueda bibliográfica en las páginas de los organismos oficiales mexicanos como el Diario Oficial de la Federación y publicaciones en internet con el uso de palabras clave que involucraran términos asociados al sector privado y a la regulación de la prestación de servicios y el financiamiento en salud. Dado que el marco jurídico en salud de México comprende el nivel internacional, nacional y estatal; dentro de este trabajo sólo se incorporó el estudio de las leyes y normas oficiales a nivel nacional, obviando también los casi 600 reglamentos nacionales registrados en el DOF.

Adicionalmente, en la sección de Anexos II se incorporó una matriz de capacidades regulatorias en las dos funciones estudiadas. En ella fue posible semaforizar y realizar un análisis comparativo entre ambos sectores de la salud respecto a un número definido de cualidades. Para su mejor entendimiento, los prestadores de servicios de salud fueron divididos en dos categorías: prestadores de servicios institucionales y los profesionales de la salud. El primer grupo contiene a los hospitales, centros de salud, clínicas y cualquier otra institución que provea de servicios de salud con un régimen fiscal del tipo moral. El segundo se refiere a todos aquellos profesionales como médicos, enfermeras, dentistas o cualquier otro profesionista que de manera individual ofrece sus servicios a la población.

En la prestación de servicios, el estudio de las primeras dos variables sobre la regulación de precios y la resolución de conflictos incluye a ambos tipos de prestadores públicos y privados.

Si bien el financiamiento privado incluye el gasto de bolsillo directo, las cuotas de recuperación y el prepago; para abordar el marco y las capacidades regulatorias solamente se contempló la última modalidad de financiamiento, es decir las aseguradoras privadas de la salud.

Para el estudio de las capacidades regulatorias en el financiamiento de los servicios de salud se valoró tanto la existencia de un plan de beneficios obligatorio por parte de las aseguradoras públicas y privadas, los precios cobrados a la población, la

existencia de métodos de resolución de conflictos, medición de la satisfacción y la viabilidad financiera de los aseguradores en salud.

Con color verde, han sido categorizados aquellos casos en que la revisión documental mostró que existe regulación al respecto y se aplica de forma correcta o con ligeras fallas que de manera general no repercuten drásticamente en la funcionalidad del marco legal.

Con color amarillo, han sido marcados aquellos casos en que la regulación existe, pero en la práctica no se cumple del todo, hay barreras detectadas que dificultan su aplicación o existen múltiples modalidades dentro de la variable que son discrepantes entre sí.

Finalmente, con color rojo se clasificaron los escenarios en que no existe un marco regulatorio y por lo tanto no se puede aplicar alguna acción de evaluación. Aquí entran incluso aquellos casos en los que no habiendo regulación, hay algún actor que de manera informal interviene en ese proceso.

También en la sección de Anexos III se encuentra una tabla que concentra la información recabada sobre las leyes y normas oficiales mexicanas relacionadas a ambas funciones. En el caso de las leyes se proporciona una breve síntesis de los artículos en donde se hace referencia al sector privado.

## **8.7 Limitaciones**

La principal limitante en el presente proyecto fue la fragmentación y poca disponibilidad de la información para caracterizar el sector privado. El no contar con un sistema único de información propició que en ocasiones existiese duplicación de información y discordancia entre las fuentes, en otras se obtuvo sólo información parcial que no permitió una comparación entre ambos sectores.

Para la sección de prestación de servicios, dado que se trabajó sólo con fuentes secundarias y la ENSANUT, no fue posible ahondar sobre las cuestiones de

servicios ambulatorios; además los resultados presentados son estimaciones realizadas a partir de estadística inferencial y expansiones muestrales.

Para el componente de recursos humanos de la salud, las comparaciones realizadas entre los sectores público y privado no pueden ser del todo equiparables; ya que mientras el sector público incluye la totalidad de recursos humanos, el sector privado sólo recopila información de los trabajadores en el ámbito hospitalario. Adicionalmente, es prácticamente imposible distinguir aquellos profesionales de la salud que se desempeñan paralelamente en ambos sectores y tampoco existe información suficiente sobre los trabajadores del sector informal.

Para la sección de financiamiento, el no poder acceder de manera directa a la base de datos de Cuentas Satélite de Salud, repercutió en la cantidad y calidad de la información presentada, en algunas ocasiones volviendo complicado el cruce de datos entre las fuentes. Otra limitante es que no se incorporó información sobre la base de datos de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, misma con la que se pudo haber ahondado en el gasto prepago.

Finalmente, el presente estudio se enfocó en capturar sólo una fracción de la metafunción rectora y el abordaje empleado fue del tipo “revisión documental”; un análisis del tipo mixto podría aprovechar la riqueza de información accesible a través de métodos cualitativos.

**8.8 Consideraciones Éticas:** La información que se obtuvo proviene solamente de fuentes secundarias y fue única y exclusivamente empleada con fines científicos. La veracidad de la información fue un tema prioritario. No existió participación directa de individuos en el diseño de estudio por lo que el riesgo a la integridad de terceras personas fue mínimo.

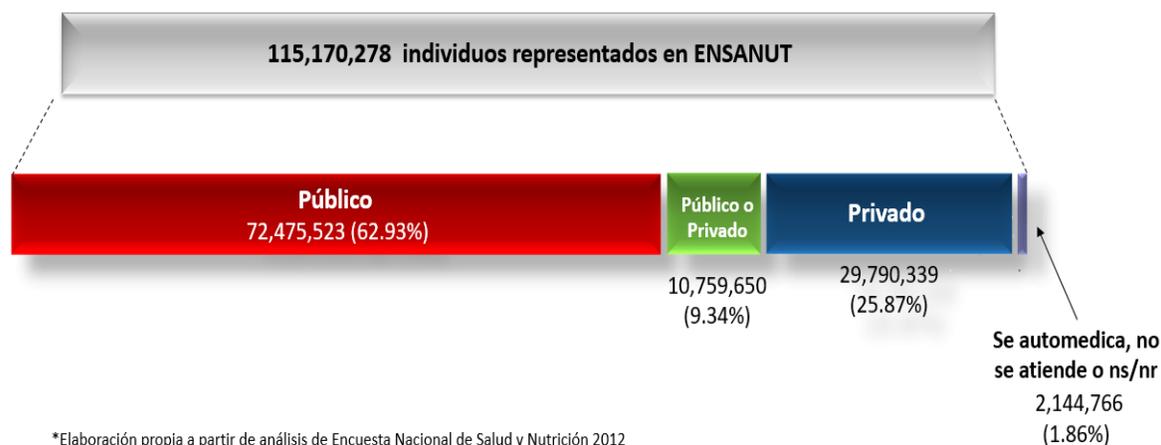
## 9 Resultados

### 9.1 Objetivo 1: Prestación de servicios de Salud

#### 9.1.1 Características de la Población

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 hubo un total de 194, 923 individuos entrevistados, los cuales representan a 115, 170, 278 personas que vivían en México para ese mismo año. De esta cantidad, una cuarta parte (25.87%) refiere utilizar usualmente los servicios del sector privado cuando presentan problemas de salud. (Fig. 10)

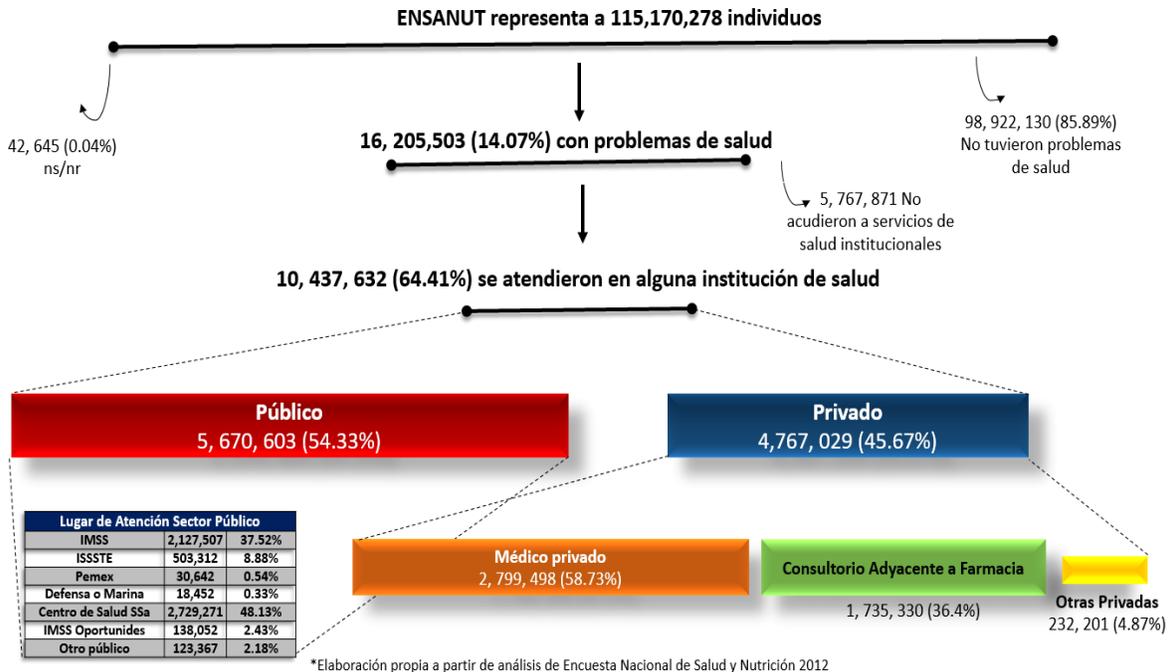
**Figura 10- Expansión muestral de usuarios habituales de los servicios personales de salud por sectores**



No obstante, del total de entrevistados, sólo 16, 2015, 503 (14.07%) tuvieron problemas de salud durante las dos semanas previas a la encuesta. (Fig. 11) De este total con algún problema de salud, sólo 10, 437, 632 (64.41%) reportaron haberse atendido en alguna institución de salud fuese esta pública o privada, o de atención ambulatoria u hospitalaria. De la totalidad de personas atendidas en alguna institución de salud las últimas 2 semana; 4, 767,029 (45.67%) de los casos se atendieron en unidades privadas. De las personas atendidas en el sector privado 36% se atendieron en un consultorio dependiente a farmacia, 58.7% con un médico privado y casi un 5% en otra institución de carácter privado. De este último grupo, la cruz roja o verde y el lugar de trabajo fueron las respuestas más frecuentes.

Dentro del sector público, los lugares más frecuentados en la atención de problemas de salud fueron los centros de salud pertenecientes a Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

**Figura 11- Usuarios de servicios personales de salud en las dos semanas previas a las encuesta (Expansión muestral)**



Respecto a las variables que describen a la población de estudio, se puede decir que existen diferencias estadísticamente significativas para casi todas ellas entre la población que hizo uso del sector público respecto a aquella que decidió emplear el sector privado de la salud. (Tabla 3) Si bien las mujeres asisten en mayor cantidad que los hombres a los servicios de salud independientemente del sector, se puede decir que los hombres dan una ligera preferencia al sector privado para atender sus problemas de salud. Lo mismo ocurre para los niños de 0-9 años de edad, pero un efecto contrario se observa en las personas de 60 años y más quienes se ven sobrerrepresentadas en el sector público de la salud. Quienes asisten al sector privado en general tienen una mayor escolaridad, grado de alfabetismo y

proporcionalmente hay una menor cantidad de hablantes de alguna lengua indígena.

**Tabla 3- Usuarios que reportan problemas de salud en las 2 semanas previas a la encuesta**

Usuarios que reportan problemas de salud en las 2 semanas previas a la encuesta						
Variables	Usuarios sector público 5,670,603 individuos			Usuarios sector privado 4,767,029 individuos		
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)
<b>Sexo:</b>						
masculino	2,305,155	40.65	39.31 - 41.99	2,133,957	44.76	43.20 - 46.33
Femenino	3,365,449	59.35	58.01 - 60.69	2,633,072	55.24	53.67 - 56.80
<b>Edad:</b>						
0-9 años	1,353,973	23.88	22.55 - 25.21	1,528,536	32.06	30.31 - 33.82
10-19 años	660,567	11.65	10.83 - 12.47	653,132	13.70	12.57 - 14.84
20-59 años	2,633,868	46.45	45.00 - 47.89	2,052,029	43.05	41.37 - 44.72
60 y más	1,022,195	18.03	16.79 - 19.26	533,332	11.19	10.11 - 12.27
<b>Lengua indígena:</b>						
Sí	285,150	5.54	04.55 - 06.53	122,635	2.96	02.26 - 03.66
No	4,861,783	94.46	93.47 - 95.45	4,023,982	97.04	96.34 - 97.74
<b>Alfabetismo:</b>						
Sí	4,226,741	87.59	86.62 - 88.57	3,401,001	89.93	88.87 - 90.99
No	598,689	12.41	11.43 - 13.38	380,823	10.07	09.01 - 11.13
<b>Escolaridad:</b>						
Ninguna	407,739	8.45	07.55 - 09.35	200,563	5.30	04.55 - 06.05
Preescolar	224,183	4.65	04.03 - 05.26	243,568	6.44	05.54 - 07.34
Primaria	1,974,542	40.92	39.23 - 42.61	1,405,745	37.17	35.34 - 39.00
Secundaria	1,052,013	21.80	20.49 - 23.12	742,995	19.65	18.24 - 21.05
Bachillerato	517,753	10.73	09.69 - 11.77	520,288	13.76	12.28 - 15.23
Normal o estudios técnicos	329,221	6.82	06.02 - 07.63	228,366	6.04	05.18 - 06.90
Licenciatura y postgrado	319,980	6.63	05.78 - 07.48	440,298	11.64	10.27 - 13.01

\*Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

La condición laboral no parece ser un factor que afecte en la selección de la atención en el sector público o privado de la salud. (Tabla 3 cont.) Dentro de los usuarios del sector público, se observa que la mayoría se encuentra afiliada ya sea al seguro popular con 42.6% o al IMSS con 36.5%. Más sorprendente aún es que un 63% de los usuarios del sector privado cuentan con afiliación al sector público, un 29% con afiliación al seguro popular y 26.45% al IMSS. Adicionalmente un 34% reporta no tener ninguna afiliación, siendo este el grupo más grande de usuarios de servicios privados. De manera general sólo el 0.44% de la población en México contaba con una afiliación a algún tipo de seguro privado en el momento de la encuesta. Respecto al nivel socioeconómico (NSE), el primer y último quintil se encuentran sobre y subrepresentados en el sector público, mientras que en el privado se observa un patrón de uso creciente conforme aumenta también el nivel socioeconómico de los individuos.

**Tabla 3 (Cont.)- Usuarios que reportan problemas de salud en las 2 semanas previas a la encuesta**

<b>Usuarios que reportan problemas de salud en las 2 semanas previas a la encuesta (Cont.)</b>						
<b>Variables</b>	<b>Usuarios sector público 5,670,603 individuos</b>			<b>Usuarios sector privado 4,767,029 individuos</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC (95%)</b>
<b>Condición Laboral:</b>						
Sí	1,579,532	27.85	26.65 -29.06	1,430,322	30.00	28.49 -31.52
No	4,091,071	72.15	70.94 -73.35	3,336,707	70.00	68.48 -71.51
<b>Afiliación:</b>						
IMSS	2,069,850	36.50	34.59 -38.42	1,261,009	26.45	24.52 -28.38
ISSSTE	496,009	8.75	07.74 -09.75	282,611	5.93	05.01 -06.84
Pemex	28,377	0.50	00.23 -00.77	7,455	0.16	00.06 -00.25
Defensa o Marina	13,709	0.24	00.11 -00.37	19,877	0.42	00.14 -00.69
Seguro Popular	2,416,446	42.61	40.80 -44.43	1,380,844	28.97	27.09 -30.84
Seguro Privado	1,841	0.03	-5.90E-06 -0.07	51,485	1.08	00.53 -01.63
Alguna afil + Seg popular <sup>§</sup>	107,831	1.90	01.49 -02.32	49,742	1.04	00.68 -01.41
Otras Dobles afiliaciones	80,588	1.42	01.00 -01.84	53,586	1.12	00.71 -01.54
Otra	40,204	0.71	00.42 -00.99	35,220	0.74	00.45 -01.03
No afiliado	411,400	7.25	06.44 -08.07	1,621,238	34.01	31.87 -36.15
ns/nr	4,349	0.08	00.01 -00.14	3,961	0.08	00.00 -00.16
<b>NSE:</b>						
Quintil 1	1,554,072	27.41	25.76 -29.05	665,782	13.97	12.45 -15.49
Quintil 2	1,085,768	19.15	17.81 -20.49	812,176	17.04	15.57 -18.50
Quintil 3	1,095,684	19.32	17.96 -20.69	967,094	20.29	18.61 -21.97
Quintil 4	1,121,382	19.78	18.43 -21.12	1,186,122	24.88	22.88 -26.89
Quintil 5	813,698	14.35	12.99 -15.71	1,135,854	23.83	21.80 -25.85

*Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012*

§Es interesante notar además, que del total de personas encuestadas en la ENSANUT, aproximadamente un 1.9% tienen dobles afiliaciones, de los cuales más de la mitad (1, 210,130) corresponden a personas que además del seguro popular cuentan con algún otro tipo de afiliación.

Si se ordena a los estados de acuerdo a la atención público-privada existente en su territorio Puebla, Ciudad de México, Michoacán, Morelos, Estado de México y Veracruz tienen una razón público-privada (RPP) menor a la unidad, es decir, en estos estados el número de personas que se atendió en el sector privado fue mayor que las que se atendieron en el sector público. (Fig. 12) De manera general, en los estados con mayor población, la participación privada en la atención de los problemas de salud también es mayor y por lo mismo la media nacional se encuentra un poco más cargada hacia los primeros lugares.

Respecto a la atención institucional de problemas de salud, es destacable que el sector privado es el mayor prestador de servicios personales de salud, empatando

**Figura 12- Participación público-privada por estado**

Participación del sector privado en la atención de problemas de salud		
Entidad	Razón Púb/Priv	Lugar Nac
Puebla	0.858	1
Ciudad de México	0.922	2
Michoacán	0.935	3
Morelos	0.957	4
Estado de México	0.982	5
Veracruz	0.988	6
Baja California	1.064	7
Jalisco	1.149	8
Guanajuato	1.155	9
Quintana Roo	1.172	10
Tlaxcala	1.187	11
Media Nacional	1.19	
Querétaro	1.231	12
Chihuahua	1.264	13
Guerrero	1.286	14
Tamaulipas	1.340	15
Chiapas	1.430	16
Coahuila	1.434	17
Nuevo León	1.441	18
Aguascalientes	1.458	19
Tabasco	1.481	20
Yucatán	1.482	21
Campeche	1.506	22
Hidalgo	1.518	23
Colima	1.519	24
San Luis Potosí	1.605	25
Sonora	1.716	26
Durango	1.734	27
Nayarit	1.795	28
Sinaloa	1.813	29
Zacatecas	1.974	30
Oaxaca	2.195	31
Baja California Sur	3.214	32

Fig. 12 Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. La columna central se encuentra semaforizada para denotar en rojo una participación privada alta, en amarillo una participación media y en verde una participación baja.

en primer lugar con la secretaría de salud. Le seguirían en segundo lugar el IMSS y en tercer lugar otro actor del sector privado, los consultorios adyacentes a farmacias (CAF). (Tabla 4)

Si bien ambos sectores parecen estar sumamente medicalizados, ya que en más del 90% de los casos fue requerido el empleo de fármacos, el sector privado muestra cifras ligeramente mayores. Dentro del sector privado fueron los médicos privados y no los CAF quienes en la mayoría de los casos requirieron del uso de medicamentos.

No parece haber una gran diferencia respecto al tipo de recursos humanos que atienden los problemas de salud en el ámbito institucional, esto tanto para el

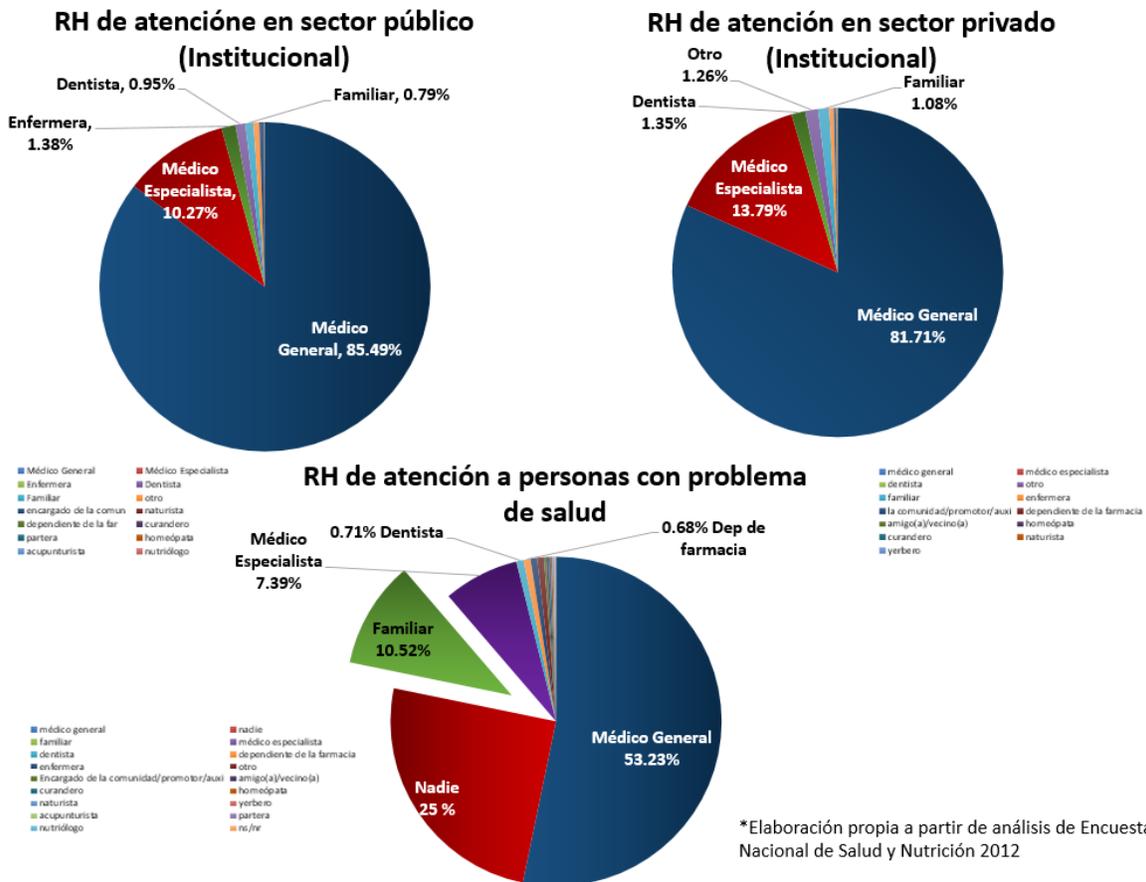
**Tabla 4- Comparación de la atención de problemas de salud en ambos sectores (Institucional)**

Variables	Sector Público			Sector Privado		
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)
<b>Lugar de atención</b>						
IMSS	2,127,507	20.38	19.14 -21.63			
ISSSTE	503,312	4.82	04.28 -05.36			
Pemex	30,642	0.29	00.14 -00.45			
Defensa o Marina	18,452	0.18	00.09 -00.26			
SSA	2,729,271	26.15	24.93 -27.36			
IMSS Oportunidades	138,052	1.32	00.95 -01.69			
Otro Público	123,366	1.18	00.93 -01.43			
Médico privado				2,799,498	26.82	25.55 -28.09
Consultorios adyacentes a farmacias				1,735,330	16.63	15.54 -17.71
Otro privado				232,200	2.22	01.88 -02.57
<b>Uso de medicamentos</b>						
Sí	5,199,432	91.69	90.92 -92.46	4,463,815	93.64	92.86 -94.42
No	467,899	8.25	07.48 -09.02	301,218	6.32	05.54 -07.10
Ns/nr	3,273	0.06	0.000 -00.11	1,996	0.04	0.000 -00.10
<b>Uso de medicamentos privado</b>						
Médico privado				2,601,530	54.57	34.33 -38.47
Consultorios adyacentes a farmacias				1,665,425	34.94	56.62 -60.83
Otro privado				196,861	4.13	04.12 -05.62
No				301,218	6.32	05.54 -07.10
Ns/nr				1,996	0.04	00.00 -00.10

\*Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

sector público como para el privado. En ambos casos son los médicos generales quienes atienden más del 80 % de los problemas de salud y en conjunto con los médicos especialistas este porcentaje aumenta a más del 90%. (Fig. 13)

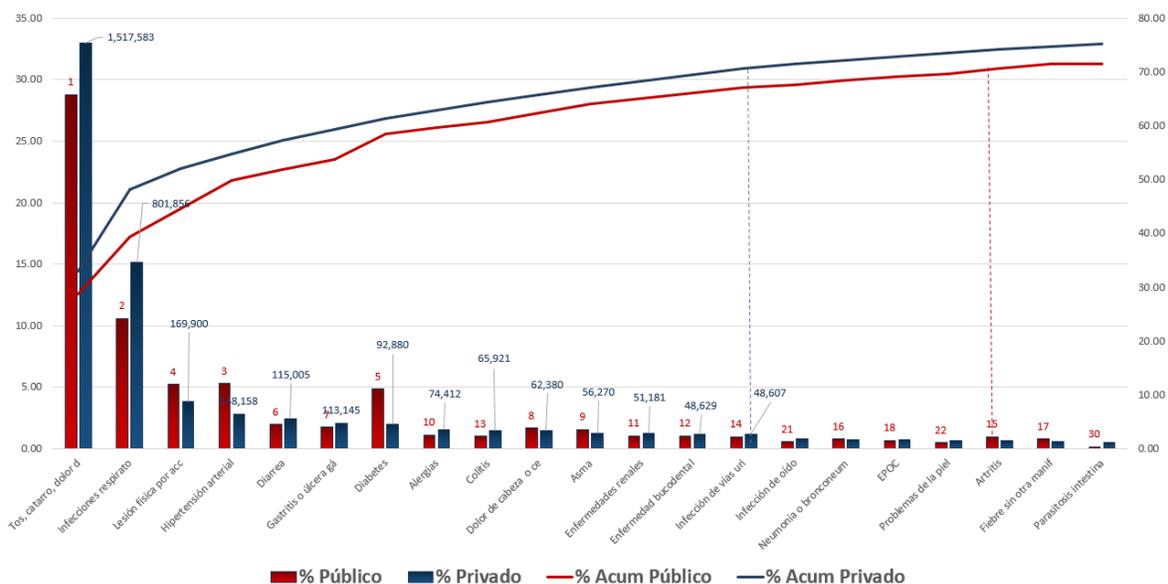
**Figura 13-Tipo de recursos humanos que atienden los problemas de salud en ambos sectores**



Es sólo cuando se toma en cuenta el ámbito no institucional, que se observa el rol importante de la familia en el cuidado de los problemas de salud. Los familiares atienden aproximadamente un 10% de los casos de enfermedad y dado que este recurso humano no ha sido subsidiado por un gasto gubernamental o recurso público, la familia también puede ser considerada como un actor informal importante del sector privado de la salud. Si bien, ENSANUT 2012 toma en cuenta otro tipo de prestadores formales e informales como acupunturistas, homeópatas, yerberos,

curanderos, parteras y hueseros; su participación en la atención de problemas de salud parece ser mínima.

**Figura 14- Motivo de atención en ambos sectores**



\*Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

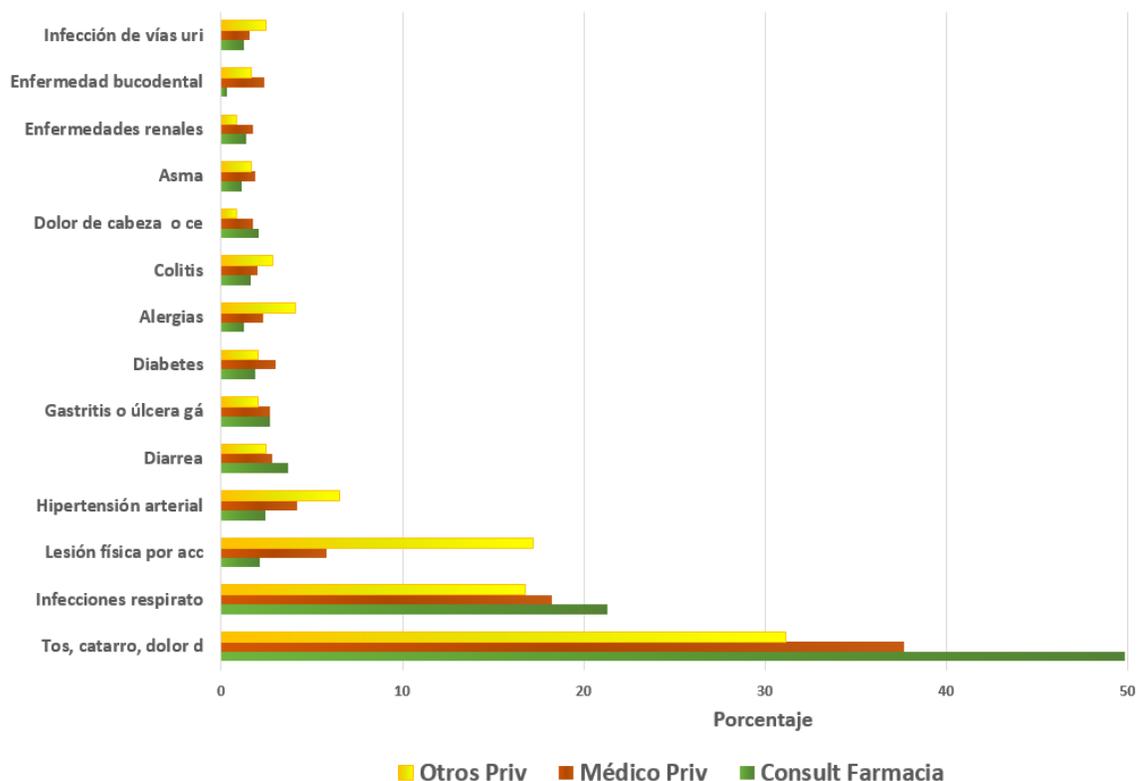
Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. La nomenclatura de los motivos de atención aquí mostrados representa la empleada en la misma encuesta. Los motivos de atención se encuentran ordenados por orden de importancia respecto al sector privado, y en color rojo se muestra el lugar que dicho motivo representa dentro del sector público. Los números en color azul indican el número de casos atendidos para el sector privado. Las líneas punteadas verticales muestran el punto de corte para los motivos de consulta que cubren poco más del 70% de la totalidad de consultas institucionales.

Los principales problemas de salud atendidos en el sector privado fueron la tos, catarro y dolor de garganta (33%), infecciones respiratorias (15.15%) y la lesión física por accidente (3.82%). Entre los dos primeros motivos de consulta se suman casi la mitad (48.15%) de los problemas de salud atendidos en el sector privado. (Fig. 14) También se observa que en el sector público los motivos de consulta tienden a ser más variados.

Aunque en números absolutos los médicos privados atienden un número más grande, proporcionalmente los CAF atienden muchos más casos de tos, catarro o dolor de garganta y de infecciones respiratorias que los demás prestadores de servicios privados de la salud. Sin embargo, son los “otros” prestadores de servicios, quienes atienden mayoritariamente las lesiones físicas por accidentes. Dentro de la

categoría “otros prestadores privados” se clasifican la cruz roja y verde, los servicios médicos de las empresas que atienden a sus trabajadores y las OSCs, por dar algunos ejemplos. (Fig. 15)

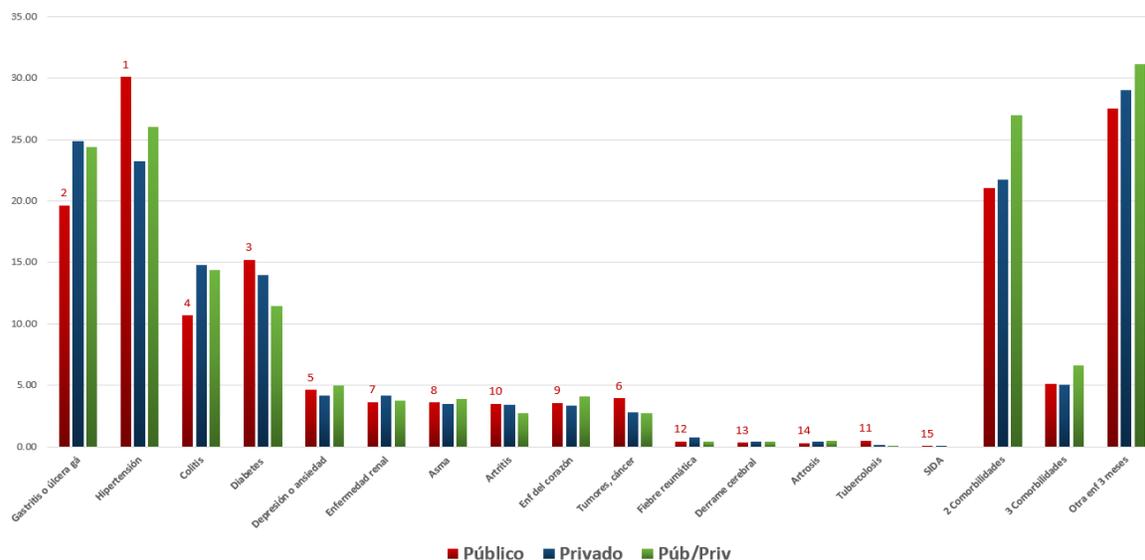
**Figura 15- Proveedores y motivos de atención proporcional dentro del sector privado (2012)**



\*Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Para analizar las enfermedades crónicas se emplearon las respuestas de la población que refiere un uso habitual de determinado sector, ya que el periodo de las dos semanas previas no es el más apropiado para abordar dicha variable. Los tres diagnósticos más comunes durante el año previo a la encuesta en el sector privado fueron la gastritis o úlcera gástrica, hipertensión y colitis; para el sector público las primeras tres causas fueron hipertensión, gastritis y diabetes. Los diagnósticos de dos y tres comorbilidades en el mismo periodo de tiempo parecen ser de los más frecuentes, sobre todo en las mezclas PP (Fig. 16)

**Figura 16- Diagnóstico de enfermedades crónicas en ambos sectores**



\*Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. La nomenclatura de los tipos de diagnósticos aquí mostrados representa la empleada en la misma encuesta. Los diagnósticos se encuentran ordenados por orden de importancia respecto al sector privado y en color rojo se muestra el lugar que dicho diagnóstico representa dentro del sector público. En color verde se encuentran los prestadores que son mezclas público privadas, como las universidades o los servicios médicos municipales, entre otros.

### 9.1.2 Atención Ambulatoria

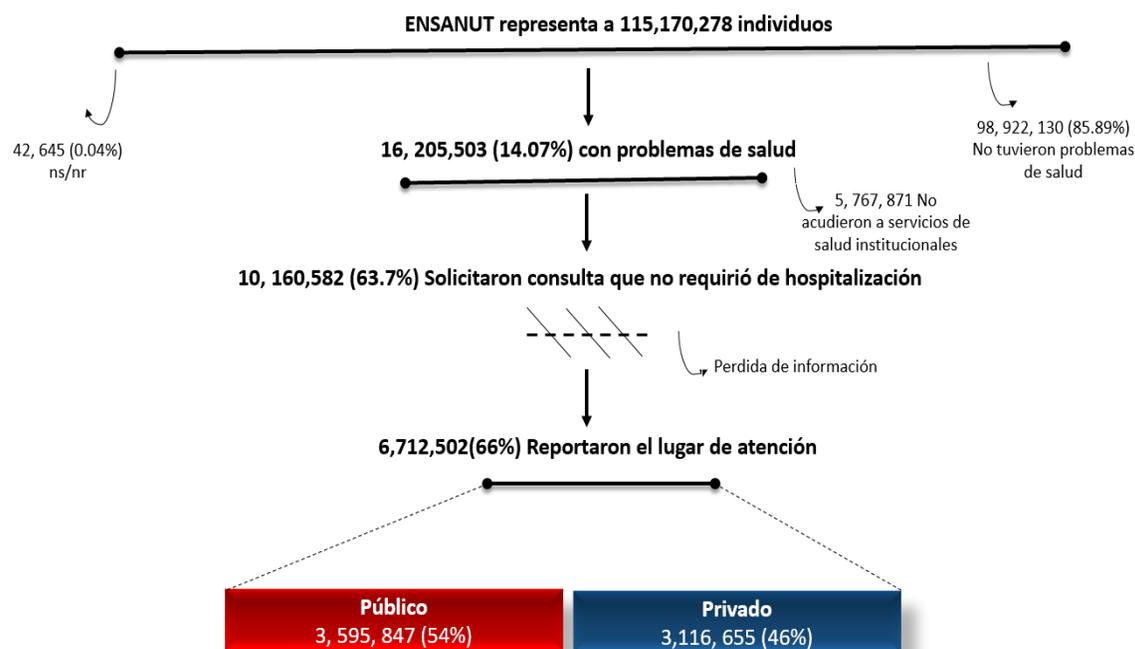
De los más de 16 millones que reportaron un problema de salud, aproximadamente 64% de las personas solicitó consulta que no requirió de hospitalización, hubiese sido esta institucional o no. Sin embargo al cruzar esta variable con otras como “lugar de atención” o “tipo de recurso humano” se observa que hay una gran pérdida de información ya que del total de usuarios de servicios ambulatorios sólo 66% y 69% respondieron la primer y segunda pregunta respectivamente.

En los pocos casos en que se dio respuesta a la pregunta ¿Quién lo atendió? pero no al lugar de atención, las respuestas más comunes fueron “familiar” y “nadie”. Si bien la primera respuesta concuerda con el hecho de que no todas las personas que requirieron de atención ambulatoria lo hicieron en el ámbito institucional, la segunda respuesta denota errores en el diseño y aplicación del instrumento, respecto a esta variable.

Tomando en cuenta los 6 millones 712 mil personas que sí respondieron al lugar de atención, se obtienen patrones de utilización público y privado muy similares al de la población general. (Fig.17) Adicionalmente un análisis preliminar de la información respecto a los problemas de salud presentados por este grupo de personas y el tipo de recurso humano que los atendió, se observan resultados muy similares a los ya obtenidos para la población general, esto muy probablemente debido al peso que la atención ambulatoria tiene en los resultados globales.

Es precisamente debido a esta pérdida de información y la similitud de resultados obtenidos entre las poblaciones de usuarios de servicios ambulatorios y la totalidad de usuarios de servicios de salud, que la prestación de servicios ambulatorios no ha sido explorada a mayor profundidad.

**Figura 17- Usuarios de servicios ambulatorios en las dos semanas previas a las encuesta (Expansión muestral)**

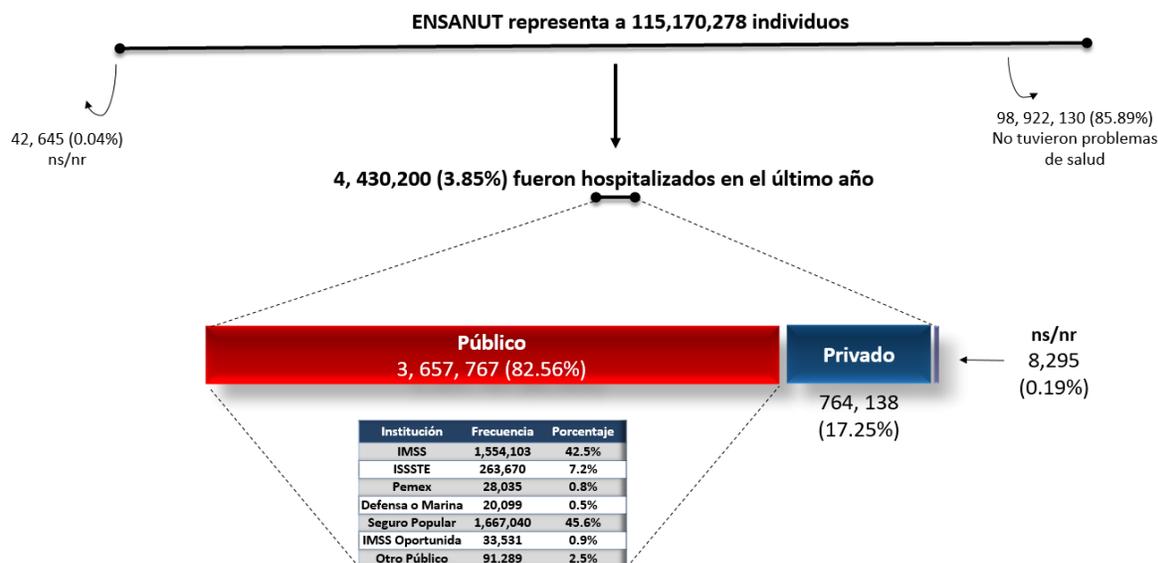


\*Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

### 9.1.3 Atención Hospitalaria

Del total de 115 millones que representa la ENSANUT, 3.85% fueron hospitalizados en el último año previo a la encuesta, de estos, menos de la quinta parte refiere atenderse en el sector privado de la salud. De la gran mayoría atendida en el sector público, SSa y el IMSS son las instituciones que más servicios de hospitalización proveen. (Fig. 18)

**Figura 18- Usuarios de servicios hospitalarios en el año previo a la encuesta (Expansión muestral)**



\*Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Respecto a las características de la población atendida en hospitales, existe un menor número de variables en los que hay una diferencia estadísticamente significativa entre sectores. Sólo lengua indígena, escolaridad (en los niveles educativos de primaria, secundaria, licenciatura y postgrado), condición laboral, no afiliación, afiliación al IMSS y NSE en sus quintiles 1, 2 y 5, contaron con esta condición. (Tabla 5)

**Tabla 5- Caracterización de usuarios hospitalizados en el último año**

Caracterización de usuarios hospitalizado en el último año						
Variables	Usuarios sector público 3,657,767 individuos			Usuarios sector privado 764,138 individuos		
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)
<b>Sexo:</b>						
masculino	1,233,067	33.71	32.15 – 35.27	264,731	34.64	30.87 – 38.42
Femenino	2,424,700	66.29	64.73 – 67.85	499,407	65.36	61.58 – 69.13
<b>Edad:</b>						
0-9 años	443,001	12.11	11.05 – 13.17	71,886	9.41	06.99 – 11.82
10-19 años	436,532	11.93	10.86 – 13.01	68,188	8.92	06.42 – 11.43
20-59 años	2,220,406	60.70	59.10 – 62.31	479,444	62.74	58.93 – 66.55
60 y más	557,827	15.25	13.82 – 16.68	144,619	18.93	16.01 – 21.84
<b>Lengua indígena: Púb (94%) Priv (94%)</b>						
Sí	148,882	4.33	03.60 – 05.06	17,245	2.39	01.60 – 03.19
No	3,287,314	95.67	94.94 – 96.40	704,001	97.61	96.81 – 98.40
<b>Alfabetismo: Púb (92%) Priv (92%)</b>						
Sí	3,078,703	91.55	90.60 – 92.51	653,319	92.57	90.74 – 94.39
No	284,026	8.45	07.49 – 09.40	52,468	7.43	05.61 – 09.26
<b>Escolaridad: Púb (92%) Priv (92%)</b>						
Ninguna	224,062	6.66	05.80 – 07.53	46,303	6.56	04.99 – 08.13
Preescolar	58,418	1.74	01.31 – 02.16	6,078	0.86	00.31 – 01.41
Primaria	1,117,723	33.24	31.42 – 35.06	190,806	27.03	23.88 – 30.19
Secundaria	946,189	28.14	26.54 – 29.73	128,893	18.26	15.33 – 21.19
Bachillerato	493,374	14.67	13.36 – 15.98	121,610	17.23	14.03 – 20.43
Normal o estudios técnicos	233,947	6.96	06.01 – 07.90	72,527	10.28	07.71 – 12.84
Licenciatura y postgrado	289,016	8.59	07.42 – 09.77	139,570	19.78	16.41 – 23.14
Variables	Usuarios sector público 3,657,767 individuos			Usuarios sector privado 764,138 individuos		
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)
<b>Condición Laboral:</b>						
Sí	998,274	27.29	0.2567 - 0.2892	266,062	34.82	0.3112 - 0.3852
No	2,659,493	72.71	0.7108 - 0.7433	498,075	65.18	0.6148 - 0.6888
<b>Afiliación:</b>						
IMSS	1,374,820	37.59	0.3564 - 0.3953	203,109	26.58	0.2281 - 0.0.3035
ISSSTE	253,919	6.94	0.0607 - 0.0782	53,132	6.95	0.0456 - 0.0935
Pemex	24,837	0.68	0.0031 - 0.0105	154	0.02	-0.0002 - 0.0006
Defensa o Marina	15,406	0.42	0.0015 - 0.0069	3,313	0.43	-0.0028 - 0.0115
Seguro Popular	1,535,862	41.99	0.4002 - 0.4396	213,995	28.00	0.2447 - 0.3154
Seguro Privado	4,547	0.12	0.0001 - 0.0023	18,070	2.36	0.0087 - 0.0386
Otra	23,055	0.63	0.0037 - 0.0089	8,177	1.07	0.0020 - 0.0194
No afiliado	320,070	8.75	0.0774 - 0.0977	240,314	31.45	0.2759 - 0.3531
Alguna afil + Seg popular	71,696	1.96	0.0147 - 0.0245	7,891	1.03	0.0047 - 0.0159
Otras Dobles afiliaciones	31,690	0.87	0.0050 - 0.0123	13,598	1.78	0.0062 - 0.0294
ns/nr	1,865	0.05	0.0000 - 0.0011	2,384	0.31	-0.0007 - 0.0070
<b>NSE:</b>						
Quintil 1	953,669	26.07	0.2433 - 0.2782	78,944	10.33	0.0829 - 0.1238
Quintil 2	750,010	20.50	0.1900 - 0.2201	92,716	12.13	0.0923 - 0.1503
Quintil 3	668,732	18.28	0.1685 - 0.1972	131,103	17.16	0.1432 - 0.2000
Quintil 4	718,098	19.63	0.1808 - 0.2119	163,384	21.38	0.1822 - 0.2454
Quintil 5	567,258	15.51	0.1400 - 0.1702	297,992	39.00	0.3471 - 0.4328

\*Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Los estados con una mayor participación privada en el ámbito hospitalario son Michoacán, Puebla y Querétaro; siendo Sonora, Baja California Sur y San Luis Potosí, aquellos en donde la participación pública es mayor. En ningún caso, la

razón es menor a 1, pero la dispersión del valor de la RPP entre los estados, es mucho más importantes en población hospitalaria que en la población general. (Fig. 19) Llama la atención el Estado de México que de encontrarse en 5° lugar para la atención general de problemas de salud (esto probablemente debido al efecto de la atención ambulatoria), pasa al lugar 20 en atención hospitalaria. El efecto inverso se observa con los estados de Querétaro y Nuevo León, lo anterior nos habla de patrones muy distintos de prestación de servicios ambulatorios y hospitalarios entre estados.

La participación global del sector público en el ámbito hospitalario es casi 5 veces más que la reportada para el sector privado en la atención de problemas de salud. Sin embargo, la frecuencia y tiempo que una persona requiere hospitalización, parece tener también un impacto entre la elección por un hospital de uno u otro sector. En la tabla 7 se observa como la RPP aumenta drásticamente en ambas variables conforme el número de días y veces hospitalizado también aumentan; cuadruplicándose en aquellas personas que han tenido que acudir 7 veces o más en comparación con aquellas que sólo asistieron de 1 a 3 y casi quintuplicándose en las personas cuya estancia duró más de 50 días en comparación con quienes sólo estuvieron internados de 1-3 días. (Tabla 6)

Los motivos de atención en el ámbito hospitalario son considerablemente distintos a aquellos mostrados en población general, siendo en ambos sectores la

**Figura 19- Participación público-privada por estado en el ámbito hospitalario**

Participación del sector privado hospitalario en la atención de problemas de salud		
Entidad	Razón Pú/Priv	Lug Nac
Puebla	2.421	1
Michoacán	2.698	2
Querétaro	2.920	3
Nuevo León	3.198	4
Jalisco	3.417	5
Ciudad de México	3.507	6
Tlaxcala	4.192	7
Guanajuato	4.252	8
Hidalgo	4.357	9
Chiapas	4.491	10
Morelos	4.672	11
Baja California	4.685	12
<b>Media Nacional</b>	<b>4.787</b>	
Chihuahua	4.836	13
Tamaulipas	5.093	14
Veracruz	5.185	15
Yucatán	5.668	16
Sinaloa	5.942	17
Oaxaca	5.969	18
Coahuila	6.276	19
Estado de México	6.848	20
Quintana Roo	6.897	21
Aguascalientes	7.096	22
Zacatecas	7.479	23
Guerrero	7.625	24
Tabasco	8.383	25
Nayarit	8.836	26
Campeche	8.991	27
Colima	9.008	28
Sonora	9.136	29
Durango	9.238	30
Baja California Sur	10.417	31
San Luis Potosí	11.125	32

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

**Tabla 6- Razón público/privada respecto a la frecuencia y tiempo de hospitalización por sector**

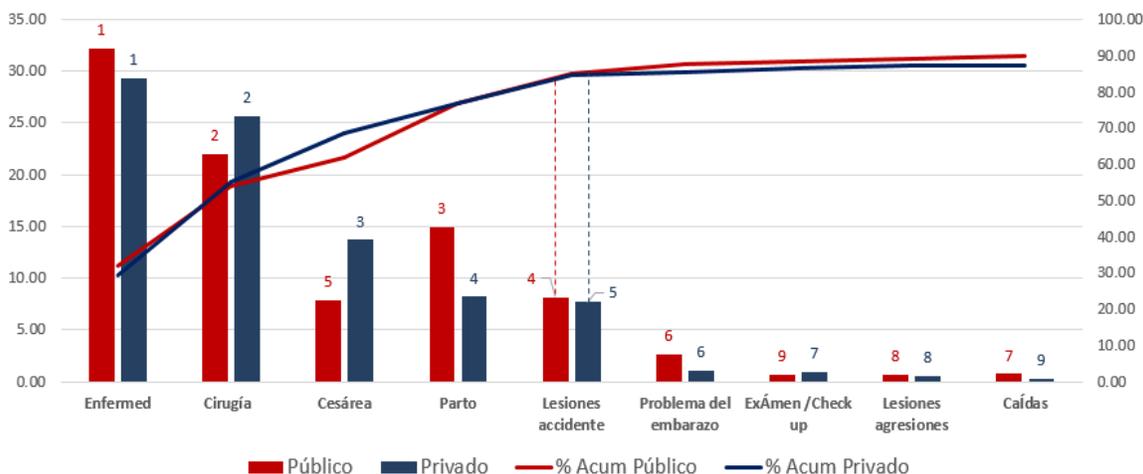
**Razón de usuarios Púb/Priv General: 4.79**

Tabla 4. Comparación hospitalizados ambos sectores (último año)							
Variables	Usuarios sector público 3,657,767 individuos			Usuarios sector privado 764,138 individuos			Razón Pub/Priv
	n	%	IC (95%)	n	%	IC (95%)	
<b>Veces Hospitalización</b>							
1 a 3	3,504,699	95.82	95.11 – 96.52	753,932	98.66	97.91 – 99.42	4.65
4 a 6	100,690	2.75	02.16 – 03.34	6,852	0.90	00.25 - 0.0155	14.70
7 o más	47,393	1.30	00.97 – 01.63	2,916	0.38	00.00 - 0.0076	16.25
ns/nr	4,985	0.14	-00.05 – 00.32	438	0.06	-00.02 - 00.14	11.39
<b>Días Hospitalización</b>							
1-3 días	2,189,294	59.85	58.11 – 61.60	561,211	73.44	69.99 – 76.90	3.9010
4-10 días	923,904	25.26	23.70 - 26.82	166,339	21.77	18.48 – 25.06	5.5544
11-20 días	307,637	8.41	07.36 - 09.46	21,405	2.80	01.73 – 03.87	14.3723
21-50 días	176,517	4.83	04.11 – 05.54	9,494	1.24	00.58 – 01.91	18.5920
Más de 50 días	60,414	1.65	01.11 – 02.20	5,689	0.74	00.22 – 01.27	10.6192

Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012.

enfermedad y cirugías los motivos número uno y dos de atención, se observa también cómo el sector privado favorece el uso de cesáreas, mientras que en el sector público el parto es empleado en mayor número de casos. El internamiento para la realización de chequeos y exámenes generales también es mayor en el sector privado (Fig. 20).

**Figura 20- Motivo de atención hospitalaria en ambos sectores**



Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. La nomenclatura de los motivos de atención aquí mostradas representa la empleada en la misma encuesta. Los motivos de atención se encuentran ordenados por orden de importancia respecto al sector privado, y en color rojo se muestra el lugar que dicho motivo representa dentro del sector público. Las líneas punteadas verticales muestran que se ha hecho un punto de corte para el tipo de motivos de consulta que representan alrededor del 85% de las consultas institucionales.

Adicionalmente, se observa que los primeros cinco motivos de hospitalización aquí presentados, representan el 85% de todos los motivos de hospitalización de los pacientes encuestados.

La satisfacción hospitalaria es mayor al 80% en ambos sectores, sin que exista una diferencia significativa entre ambos. Sin embargo, el motivo principal de insatisfacción en el sector público es el mal trato con poco más del 40% de los casos, siendo en el sector privado el costo de los servicios el principal motivo de queja en casi la mitad de los usuarios de dicho sector. Aun así, es de notar que el mal trato existe también en el sector privado, representando aproximadamente el 15% de los motivos de insatisfacción de los usuarios. (Tabla 7)

**Tabla 7- Calidad y motivos de satisfacción/ insatisfacción en hospitales**

<b>Calidad de la atención hospitalaria en ambos sectores</b>						
<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC (95%)</b>
	<b>Usuarios sector público 3,657,767 individuos</b>			<b>Usuarios sector privado 764,138 individuos</b>		
<b>Satisfacción de la Atención</b>						
Sí	3,157,289	86.32	85.10 – 87.53	647,513	84.74	81.71 – 87.77
No	483,970	13.23	12.03 – 14.43	111,704	14.62	11.72 – 17.52
ns/nr	16,508	0.45	00.24 – 00.66	4,920	0.64	-00.06 – 01.35
	<b>Insatisfechos hospital público 500,478 individuos</b>			<b>Insatisfechos hospital privado 116,624 individuos</b>		
<b>Motivo Insatisfacción</b>						
Mal trato	207,704	41.50	36.21 – 46.79	18,123	15.54	06.29 – 24.79
No acuerdo Dx o Tx	83,447	16.67	12.74 – 20.61	10,513	9.01	03.00 – 15.03
No mejoría	9,586	1.92	00.97 – 02.86	1,869	1.60	-00.64 – 03.84
Servicio caro	10,195	2.04	00.99 – 03.09	54,582	46.80	37.03 – 56.58
Lejanía del hogar	18,222	3.64	02.02 – 05.27	1,338	1.15	-00.29 – 02.59
No medicamentos o materiales	27,154	5.43	03.02 – 07.83	432	0.37	-00.37 – 01.11
No permitieron entrar familiares	3,951	0.79	00.01 – 01.57	0	0.00	-
Otro	127,159	25.41	21.03 – 29.79	25,469	21.84	10.44 – 33.24
ns/nr	13,059	2.61	01.19 – 04.03	4,299	3.69	-00.57 – 07.95
	<b>Usuarios sector público 3,657,767 individuos</b>			<b>Usuarios sector privado 764,138 individuos</b>		
<b>Calidad atención</b>						
Muy buena	698,538	19.10	0.1762 - 0.2058	295,418	38.66	34.64 – 42.68
Buena	2,166,541	59.23	0.5742 - 0.6104	391,608	51.25	47.30 – 55.20
Regular	545,424	14.91	0.1370 - 0.1612	49,397	6.46	04.75 – 08.18
Mala	140,720	3.85	0.0317 - 0.0452	22,834	2.99	01.04 – 04.93
Muy mala	99,481	2.72	0.0211 - 0.0333	4,149	0.54	00.14 – 00.95
ns/nr	7,063	0.19	0.0005 - 0.0033	731	0.10	-00.09 – 00.28

\*Elaboración propia a partir de análisis de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012

Al hablar específicamente del término calidad percibida, existe una diferencia importante y estadísticamente significativa de casi 20 puntos porcentuales entre sectores; ya que mientras que el 19% de los usuarios del sector público reportan una muy buena calidad; los usuarios del sector privado hacen lo mismo en el 38%

de los casos. Casi el 90% de los usuarios del sector privado reportan una buena o muy buena percepción de la calidad en los servicios recibidos.

Según el Boletín de Información Estadística, en el año 2014 hubo un total de 633,641 defunciones registradas. (Tabla 8) De estas, un 44% se registró en los hogares, 42% en el sector público y sólo 4% en el sector privado. Lo anterior es probablemente el reflejo de los patrones de utilización de servicios hospitalarios de ambos sectores, pero también podrían influir otras prácticas médicas y fenómenos sociales, como la búsqueda de atención pública cuando la condición de salud se complica.

**Tabla 8- Defunciones según sitio de ocurrencia en México al año 2014**

Defunciones según sitio de ocurrencia		
Lugar de Defunción	Número absoluto	Porcentaje
Hogares	279,015	44%
Sector Público	263,135	42%
Sector Privado	27,105	4%
Vía Pública	27,120	4%
Otros lugares	37,266	6%
<b>Total</b>	<b>633,641</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de análisis del Boletín de Información Estadística 2014-1015*

En la tabla 9 se observa que el output o nivel de producción del sector privado respecto al público es menor en casi todos los indicadores seleccionados, ya que los egresos hospitalarios son casi cuatro veces mayores en el sector público, los nacimientos quintuplican los registrados al del sector privado, los partos son casi 12 veces más en el sector público y los abortos también se cuadruplican. Llama sólo la atención que, a pesar de esta limitada contribución del sector privado en el ámbito hospitalario, las cesáreas en el sector privado duplican a su contraparte del sector público, de hecho representan el 68% de todas las cesáreas realizadas en el sistema de salud mexicano; lo cual genera dudas acerca del empleo de procedimientos de alto costo y potencialmente innecesarios en el sector privado.

Un análisis más detallado de los indicadores de eficiencia, corrobora que el sector privado tienen un uso menos eficiente de sus recursos, ya que los médicos

generales atienden 3.5 veces más y los especialistas el doble de pacientes en el sector público que en el privado, aun así el nivel de eficiencia de uso de los recursos de salud en el sistema sigue siendo bajo. Un efecto similar ocurre con el uso de infraestructura, especialmente con el caso de los quirófanos en donde es cinco veces más frecuente el uso de estos en el sector público. Sólo observándose una tendencia contraria con los consultorios de especialidad.

**Tabla 9- Indicadores de producción y eficiencia en el ámbito hospitalario**

	Indicador	Año	Operacionalización	Sector Público	Sector Privado
<b>Producción</b>	<b>Total de egresos hospitalarios</b>	2015	Egresos/ 100 mil habitantes	51.7	13.6
	<b>Nacidos vivos en hospitales</b>		Nacidos/1000 habitantes	14.9	2.9
	<b>Partos atendidos en hospitales</b>		Partos por 1000 nacidos vivos	400	33
	<b>Cesareas</b>		Cesareas por 1000 nacidos vivos	60	128
	<b>Abortos</b>		Abortos por 1000 habitantes	1.2	0.3
<b>Eficiencia</b>	<b>Días de estancia hospitalaria</b>	2015	Promedio de número de días de hospitalización	3.6	2.6
	<b>Consultas diarias por médico general</b>		Consultas diarias por médico general	3.9	1.1
	<b>Consultas diarias por médico de especialidad</b>		Consultas diarias por médico especialista	0.4	0.2
	<b>Consultas diarias por consultorio general</b>	2014	Consultas/consultorio/día	6.5	2.5
	<b>Consultas diarias por consultorio de especialidad</b>		Consultas/consultorio/día	1.1	1.8
	<b>Cirugías por quirófano</b>		Cirugías/quirófano/día	2.5	0.5

*Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de la base de datos de INEGI sobre Salud en establecimientos particulares, Cubo de Egresos Hospitalarios para la morbilidad en Sector Salud, el Boletín de Información Estadística 2014-1015, Cubo de SINAC, SINNERHIAS y Cubo Dinámico de Servicios Otorgados.*

Una comparación sobre la prestación de procedimientos diagnósticos en ambos sectores al año 2015, muestra nuevamente una mayor capacidad de producción en los hospitales públicos y refleja que de manera general las personas atendidas en

este sector, reciben un mayor número de procedimientos diagnósticos que en su contraparte privada; sobre todo para el caso de los análisis clínicos. Podría ser que el factor económico influya en estos resultados. (Tabla 10).

**Tabla 10- Indicadores de producción y eficiencia en el ámbito hospitalario en 2015**

<b>Procedimiento Diagnóstico</b>	<b>Operacionalización</b>	<b>Sector Público</b>	<b>Sector Privado</b>
Procedimientos Dx totales	Personas atendidas	101,112,497	9,715,079
	Exámenes realizados	455,962,816	21,924,580
	Exámenes realizados por persona atendida.	<b>4.5</b>	<b>2.3</b>
Análisis clínicos	Personas atendidas	65,776,988	4,362,905
	Exámenes realizados	405,354,078	15,366,152
	Exámenes realizados por persona atendida.	<b>6.2</b>	<b>3.5</b>
Anatomía Patológica	Personas atendidas	3,262,056	291,112
	Exámenes realizados	4,341,952	348,111
	Exámenes realizados por persona atendida.	<b>1.3</b>	<b>1.2</b>
Imagenología	Personas atendidas	2,369,645	1,018,368
	Exámenes realizados	3,019,614	1,203,779
	Exámenes realizados por persona atendida.	<b>1.3</b>	<b>1.2</b>
Radiología	Personas atendidas	19,306,706	2,178,124
	Exámenes realizados	25,500,549	2,855,300
	Exámenes realizados por persona atendida.	<b>1.3</b>	<b>1.3</b>
Ultrasonido	Personas atendidas	6,377,427	1,241,603
	Exámenes realizados	7,000,103	1,400,454
	Exámenes realizados por persona atendida.	<b>1.1</b>	<b>1.1</b>

*Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de la base de datos de Salud en establecimientos particulares de INEGI y SINERHIAS.*

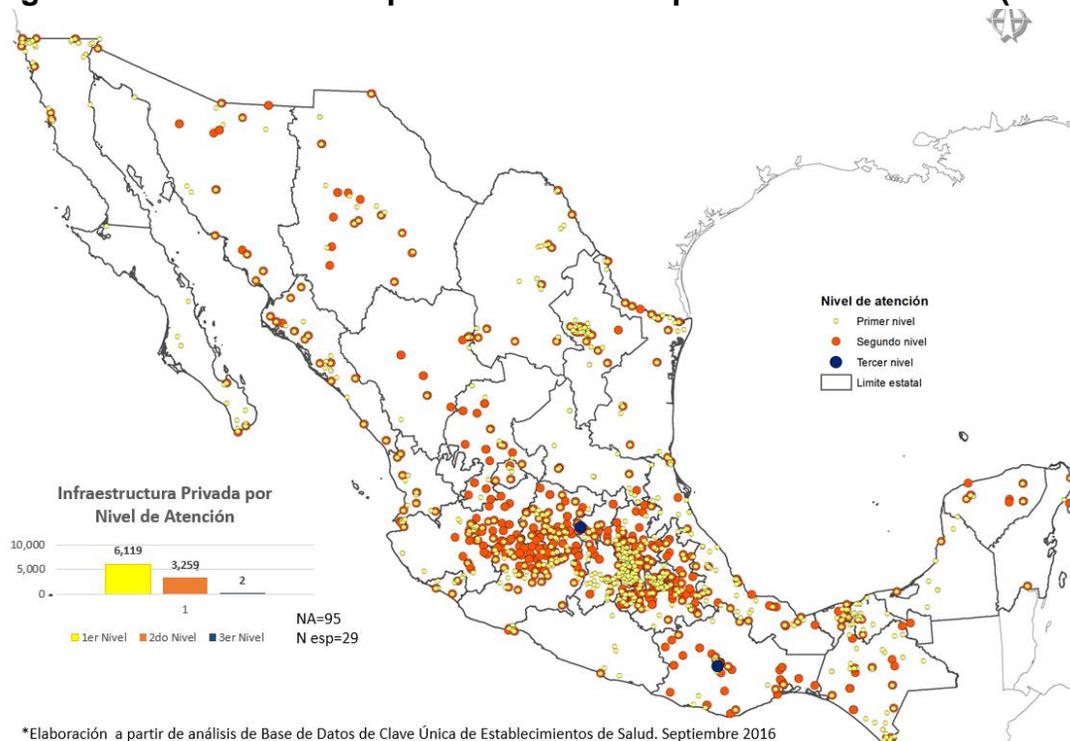
## 9.2 Objetivo 2: Generación de Recursos

### 9.2.1 Infraestructura

La Clave Única de Establecimientos de Salud es de observancia obligatoria para todas las instituciones pertenecientes al Sistema Nacional de Salud (SNS), sean estas unidades médicas, administrativas, de asistencia social o establecimientos de apoyo; y constituye el instrumento rector para integrar el Catálogo Nacional de Establecimientos en Salud.(81)

Para el mes de Septiembre del 2016, existían en el territorio nacional un total de 36,892 establecimientos registrados, de los cuáles 9,504 (26%) correspondían a establecimientos privados. Si bien las unidades privadas se encuentran dispersas a lo largo de toda la república Mexicana, una concentración de unidades al centro del país es francamente notoria. (Fig. 21) Del total de unidades privadas, 6,119 (64%) correspondían a unidades de primer nivel de atención, 3,259 (34%) al segundo nivel y tan sólo 2 unidades privadas en Oaxaca y Querétaro corresponden al tercer nivel.

**Figura 21- Infraestructura privada en México por nivel de atención (2016)**

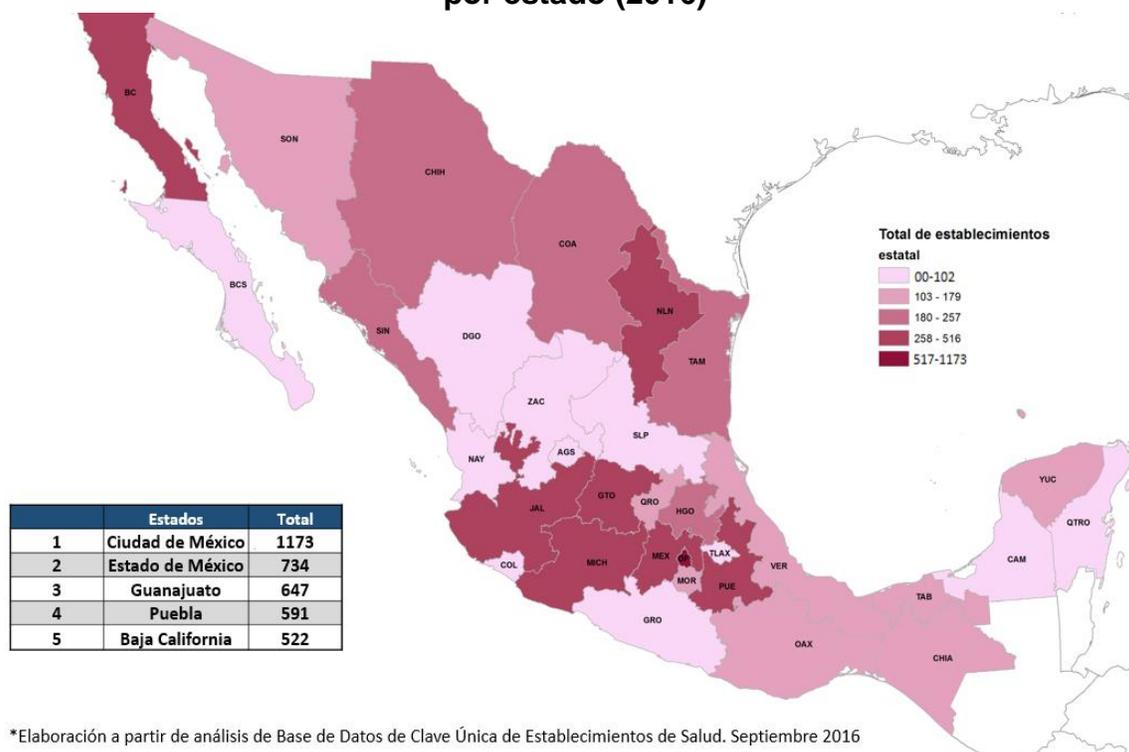


Del total de 36,892 establecimientos con una CLUES, aproximadamente el 26% corresponden al sector privado. En color amarillo se muestran los CLUES pertenecientes a unidades del primer nivel de atención (64%), en color naranja las de segundo nivel (34%) y en color azul oscuro las de tercer nivel (0.02%).

Si bien el estudio de la infraestructura presente en el país a través de las CLUES es un buen abordaje inicial, los resultados obtenidos muestran que existe un claro subregistro de información en el tercer nivel de atención.

Los resultados obtenidos a través del mapeo de la concentración de unidades privadas en el territorio nacional (Fig. 22), muestran concordancia con los patrones de utilización ya reportados en el componente de prestación de servicios (Figuras 12 y 15), ya que precisamente en los estados donde existe una mayor oferta de infraestructura en salud, son también los estados en donde la demanda de servicios es más elevada. De lo anterior no es posible distinguir si una mayor oferta en unidades privadas genera también una mayor demanda o si las necesidades en salud elevadas propiciaron la expansión de infraestructura privada.

**Figura 22- Categorización de la concentración de unidades privadas en salud por estado (2016)**



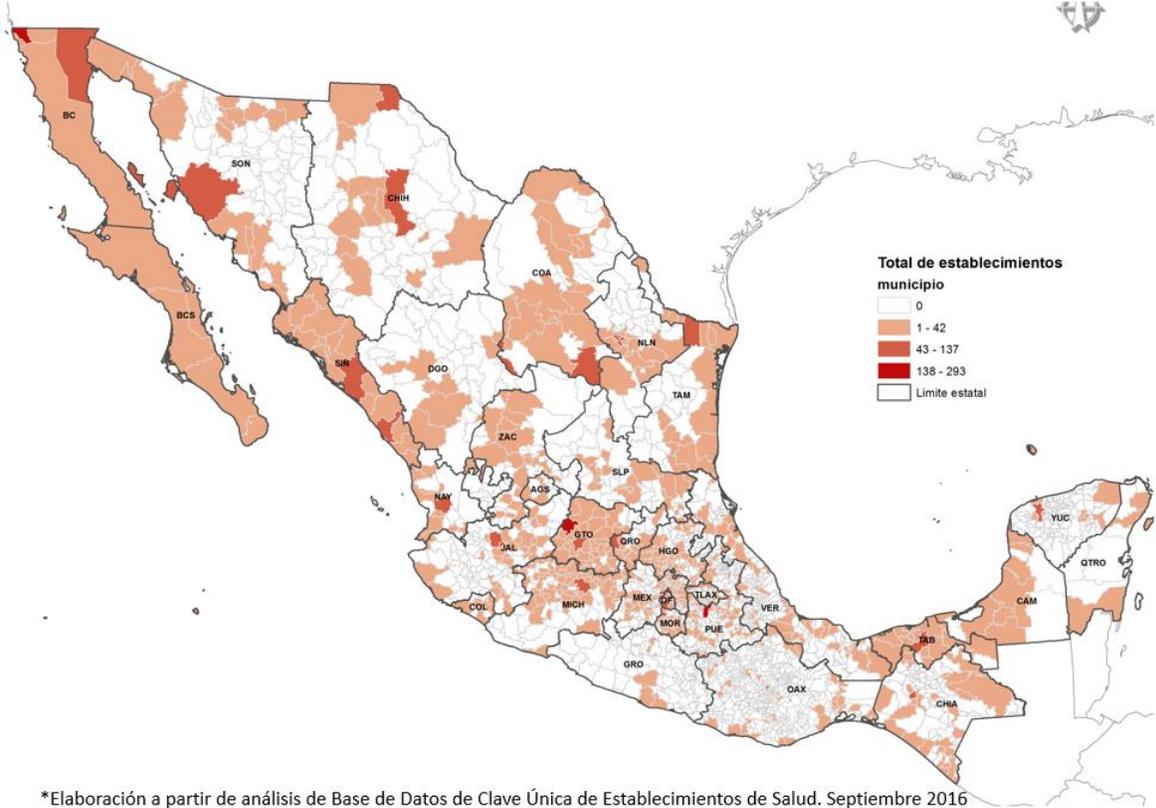
\*Elaboración a partir de análisis de Base de Datos de Clave Única de Establecimientos de Salud. Septiembre 2016

Este fenómeno es muy notorio en los estados de Puebla, Baja California, la Ciudad y el Estado de México. Sin embargo, un efecto similar, para los estados con menor cantidad de infraestructura privada, no es tan claro. Es decir, la presencia de una

mayor cantidad de infraestructura privada se ve asociada con un mayor uso de los servicios del mismo sector; sin embargo en el no uso del sector privado (o mayor uso de los servicios públicos) intervienen otros factores además de la poca oferta de infraestructura física. Factores como la disponibilidad de infraestructura per cápita, el NSE y la calidad de los servicios públicos y privados podrían estar interviniendo en las decisiones de los habitantes de dichas zonas.

El mismo análisis a nivel municipal, muestra que la distribución dentro de los estados no es homogénea, sino que favorece las ciudades capitales, las zonas fronterizas del país y en general las zonas con mayor densidad poblacional. (Fig. 23)

**Figura 23- Densidad de Infraestructura Privada en Salud por Municipio (2016)**



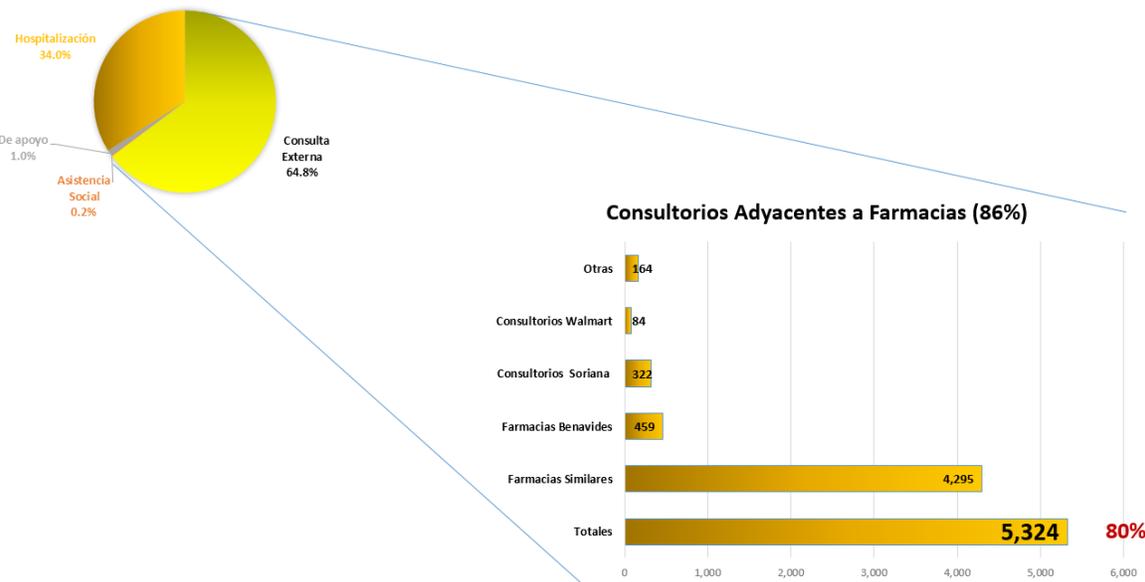
Excepciones a esta regla serían Guanajuato, Sinaloa y Tabasco en donde parece existir una buena oferta de infraestructura privada en la totalidad de los estados. El gran tamaño característico de los municipios de las dos entidades de la Península

de Baja California, no permite apreciar en detalle la distribución de los establecimientos privados de la salud, un análisis a nivel comunidad sería más apropiado para esta región.

El problema del subregistro en el Catálogo Nacional de Establecimientos en Salud es aún más evidente cuando se analiza la infraestructura por tipología. La base de datos de CLUES considera como unidades de apoyo a los laboratorios, bancos de sangre, almacenes, unidades administrativas y en general cualquier otro establecimiento que si bien no ofrece servicios médicos directamente a la población, sí lo facilitan. CLUES sólo tiene registro de un total de 98 unidades de apoyo para el sector privado entre ellos algunos laboratorios de las grandes cadenas como Laboratorios Chopo, Laboratorio Médico Polanco y algunas unidades privadas de apoyo diagnóstico. (Fig. 24)

Un caso similar ocurre con las unidades de asistencia social registradas en CLUES, ya que para el sector privado sólo se reportan 15 establecimientos; entre ellos varios asilos, centros de rehabilitación, una fundación y en general organizaciones de la sociedad civil. Un mejor registro de las unidades de salud del tipo de asistencia social se lleva a cabo en el Sistema de Información del Registro Federal de las OSC

**Figura 24- Infraestructura privada por tipología y consultorios adyacentes a farmacias (2016)**

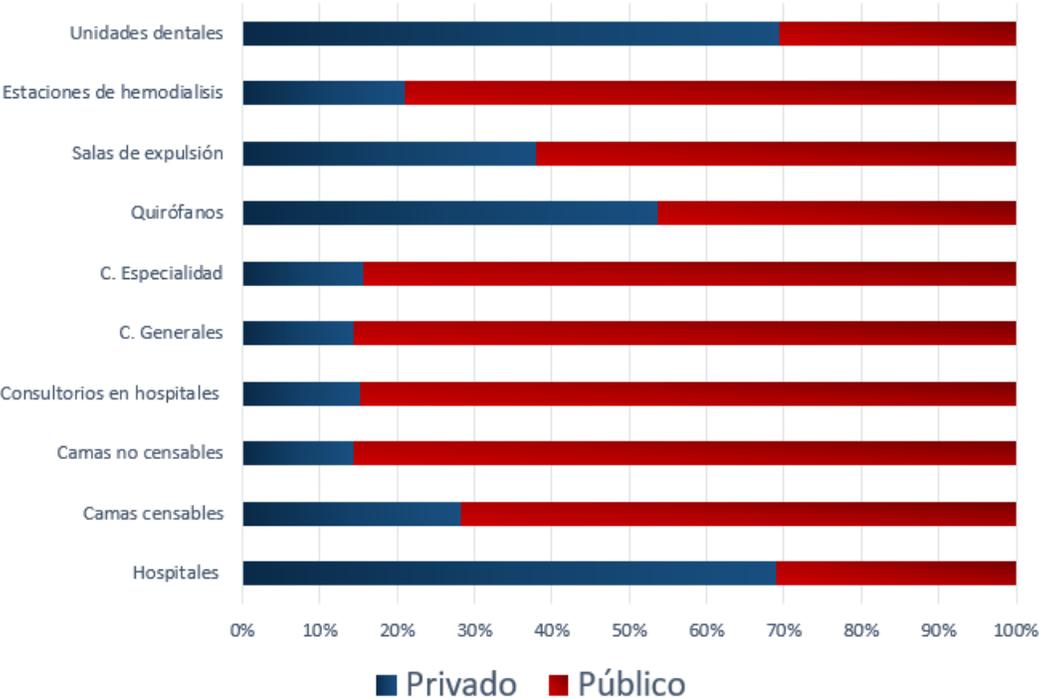


\*Elaboración propia a partir de análisis de Base de Datos de Clave Única de Establecimientos de Salud. Septiembre 2016

(SIRFOSC), en donde se reporta que en México existe un total de 4,517 Organizaciones de la Sociedad Civil (OSCs) activas cuya principal actividad es la promoción y aportación de servicios para la atención de la salud y cuestiones sanitarias.(82) De este conjunto, 2657 (58.82%) tienen además como actividad conjunta principal, labores de asistencia social como se definen en la ley del Sistema Nacional Asistencia Social, abarcando de esta manera no sólo aspectos de salud, sino también algunos determinantes sociales de la misma. El estado con mayor número de OSCs de este tipo es la Ciudad de México con poco más de una quinta parte de las mismas, seguido por el Estado de México con una décima parte y en tercer lugar el estado de Veracruz con poco más del 5% de todas las OSCs de salud y asistencia social.

Mucho mejor caracterizadas se encuentran las unidades hospitalarias privadas, siendo de hecho la base de datos CLUES, la fuente de donde se alimenta el Boletín de Información Estadística de la SSa. Cómo se observa en la Fig. 25, del total de 4,722 hospitales en el SNS, 3,234 (68%) corresponden al sector privado. Si bien el

**Figura 25- Infraestructura privada hospitalaria en México**



Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de la base de datos de Salud en establecimientos particulares de INEGI y SINERHIAS.

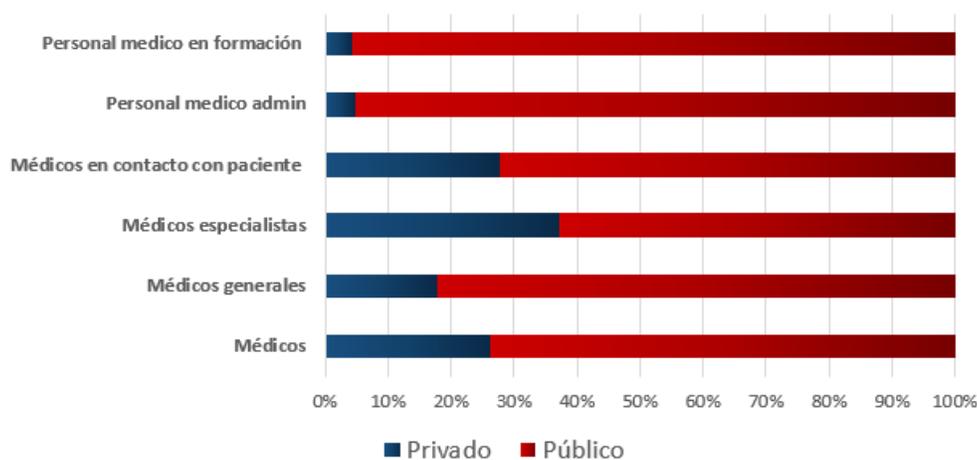
número total de hospitales y por ende los respectivos indicadores por mil habitantes (Púb: 1.2/ Priv: 1.7) son mayores en el sector privado que en público; el número de camas censables (Púb: 0.7/ Priv: 0.3 por mil hab.) y no censables (Púb: 0.5/ Priv: 0.1 por mil hab.); así como la proporción de consultorios (85%) sean estos generales (86%) o de especialidad (85%), las salas de expulsión (62%) y las estaciones de hemodiálisis (79%) es mayor en el sector público. Lo anterior nos habla de una gran cantidad de hospitales privados con poca capacidad de atención individual y pocos hospitales públicos de gran tamaño que atienden a una gran cantidad de personas. Sólo los quirófanos y las unidades dentales, parecen estar mejor representadas en el sector privado.

Los 6,157 establecimientos de consulta externa conforman casi el 65% de todas las unidades privadas registradas en el catálogo CLUES; de ellas 5,324 (86%) son consultorios adyacentes a farmacias (CAF), advirtiéndose una presencia casi monopólica de las Farmacias Similares o “Consultorios Simi” en el 80% de todos los CAF. (Fig. 24).

### 9.2.2 Recursos Humanos

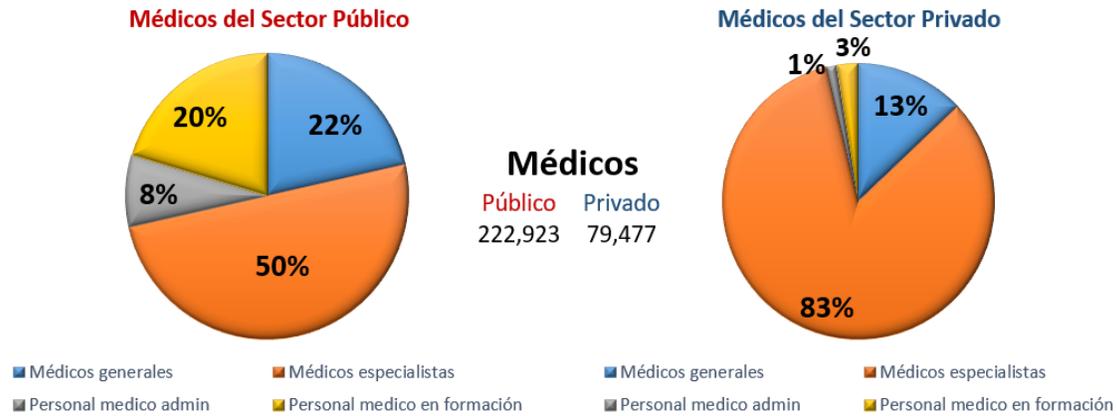
Al año 2015 existían en el territorio nacional un total de 302, 400 plazas laborales para médicos en México, de las cuáles 79, 477 (26%) se encontraban en el sector privado. (Figuras 26 y 27)

**Figura 26- Proporción de médicos entre sectores (2014)**



\*Elaboración propia a partir de análisis de base de datos de Cubos Dinámicos (SINERHIAS) de la DGIS.

**Figura 27-Proporción de médicos dentro de los sectores en 2014**



\*Elaboración propia a partir de análisis de base de datos de Cubos Dinámicos (SINERHIAS) de la DGIS y Salud en establecimientos particulares de INEGI.

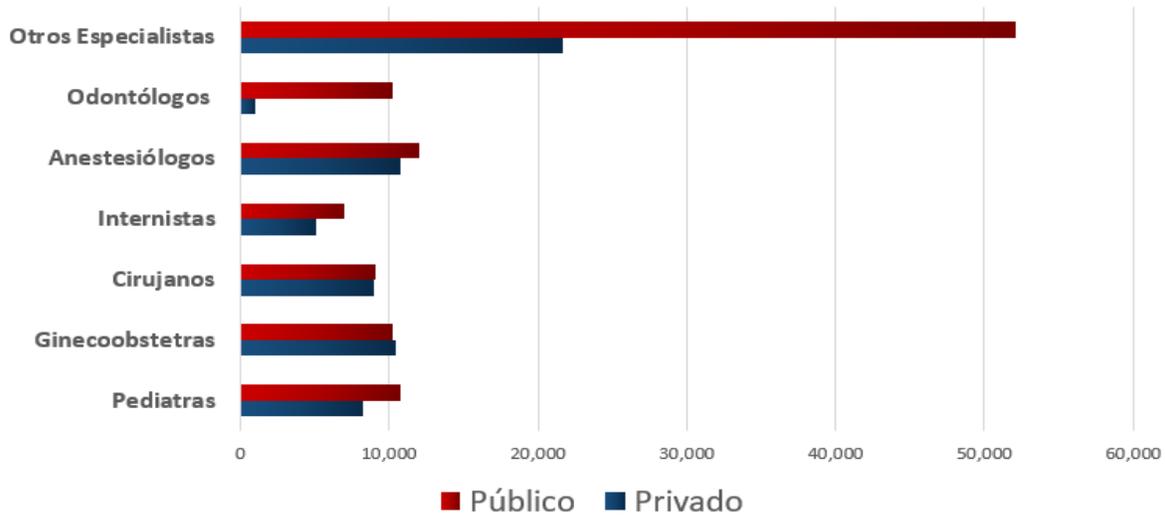
Si bien la cifra de médicos, y en general de todos los profesionales de la salud, trabajando en el sector privado parece ser mucho menor que los que se desempeñan en el público; es necesario considerar ciertas cuestiones metodológicas mencionadas ya en el apartado de limitantes y abordadas en la discusión con mayor detalle.

Aun así, tomando en consideración las limitaciones y haciendo uso de la información oficial rescatada, es posible llegar a algunas conclusiones. En términos absolutos, la cantidad y proporción de médicos laborando en el sector público parece ser mayor en todos los casos, ya sea que se consideren a los médicos generales (82%), especialistas (63%), en contacto con el paciente (72%), en puestos administrativos (95%) o en formación (96%). (Fig. 26) De lo anterior es importante rescatar, que el recurso humano en formación (médicos residentes y pasantes) está adquiriendo su práctica profesional casi en su totalidad dentro del sector público.

Un efecto interesante ocurre al interior de los sectores, ya que la proporción de especialistas (PE) parece ser mucho mayor en el sector privado (PE= 0.83), que en el público (PE= 0.50). (Fig. 27)

En términos absolutos, la cantidad de médicos especialistas entre ambos sectores no parece diferir mucho para los cirujanos o los ginecoobstetras; sin embargo esta diferencia se acrecienta al considerar otro tipo de RH especializado. (Fig. 28)

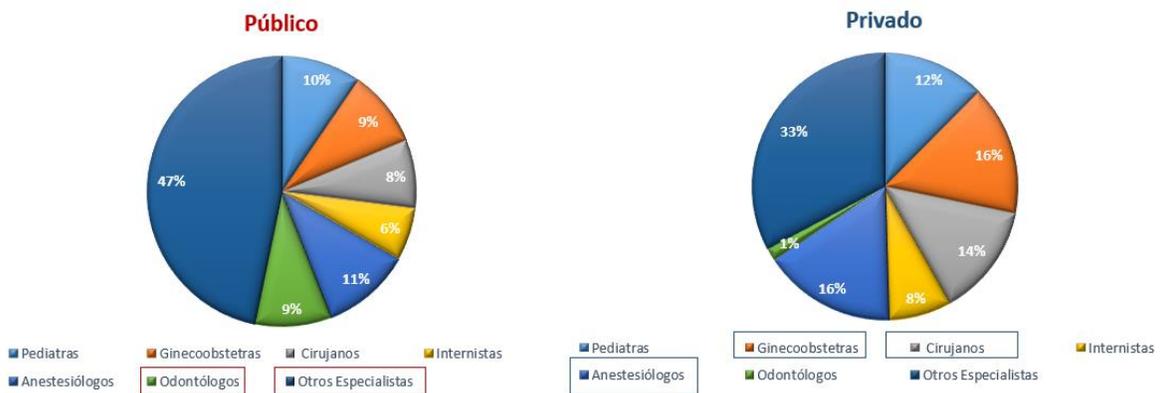
**Figura 28- Comparación entre sectores del número absoluto de médicos especialistas en 2014**



\*Elaboración propia a partir de análisis de base de datos de Cubos Dinámicos (SINERHIAS) de la DGIS y Salud en establecimientos particulares de INEGI.

Analizando con mayor detalle a los médicos especialistas, se descubren patrones muy distintos de distribución al interior de los sectores. (Fig. 29) En términos porcentuales, mientras que el sector privado parece dar preferencia a los ginecoobstetras, cirujanos y anestesiólogos; la proporción de médicos odontólogos y otro tipo de especialistas es mayor en el sector público. Se refleja entonces que la

**Figura 29- Proporción de médicos especialistas dentro de los sectores público y privado (2014)**

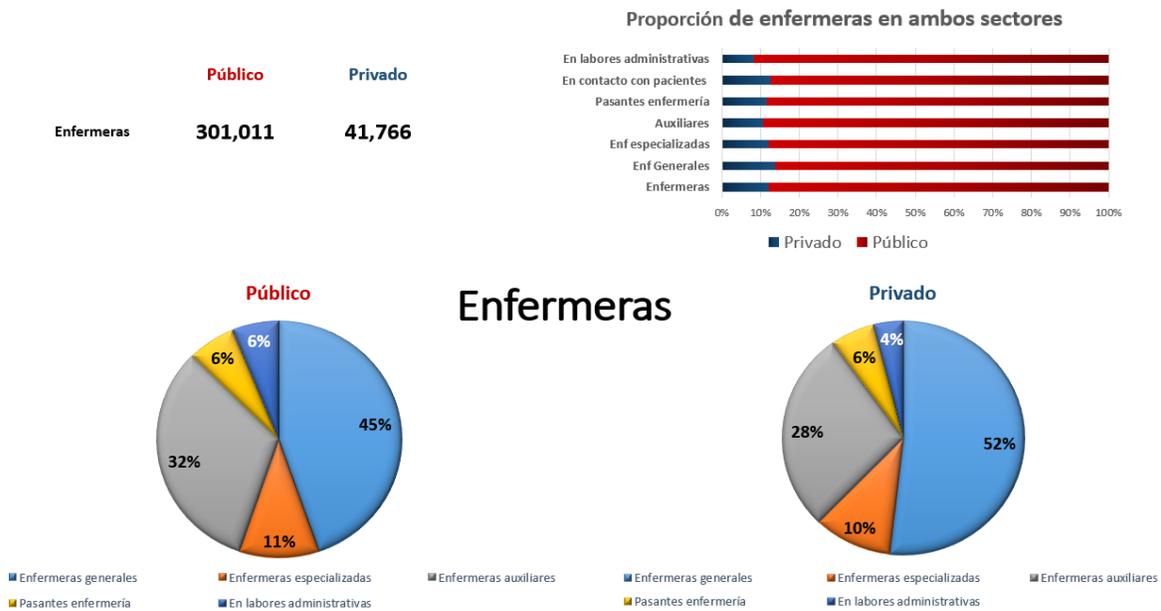


\*Elaboración propia a partir de análisis de base de datos de Cubos Dinámicos (SINERHIAS) de la DGIS y Salud en establecimientos particulares de INEGI.

oferta de médicos especialistas es más variada dentro del sector público, esto es válido al menos respecto al ámbito hospitalario del sector privado.

El caso de las enfermeras no parece ser muy distinto al de los médicos; tanto el número, densidad y proporción de enfermeras de todo tipo es mayor en el sector público. (Fig. 30) Si bien la proporción de enfermeras especialistas es igual entre ambos sectores (0.10), al analizar los patrones de distribución al interior de los mismos se observa que el privado utiliza un mayor porcentaje de enfermeras generales que su contraparte pública. Por su parte, el público tiene un mayor porcentaje de enfermeras auxiliares que el sector privado.

**Figura 30- Número y proporción de enfermeras en ambos sectores (2014)**



\*Elaboración propia a partir de análisis de base de datos de Cubos Dinámicos (SINERHIAS) de la DGIS y Salud en establecimientos particulares de INEGI.

Del reducido número de enfermeras disponibles en el sector privado resulta que tanto la razón de enfermeras/médicos, como el indicador de enfermeras por cama censable sea también mayor en el sector público. (Fig. 31)

Dado que la diferencia en la proporción de especialización (PE) es notoria entre médicos (0.58) y enfermeras (0.10), podría argumentarse que de manera global en México existe un sector salud muy dependiente de médicos y ampliamente especializado. Esta diferencia de dependencia médica y especialización se acentúa en el sector privado, mismo que hace muy poco uso de su capital humano de enfermería, el cual se encuentra a su vez muy poco especializado. (Fig. 31)

**Figura 31- Análisis global de los recursos humanos en salud (2014 y 2015)**

## Recursos Humanos en Salud

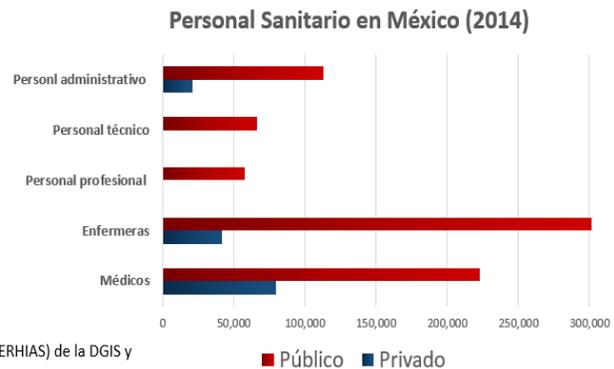
2014	Público	Privado	Total	Tasa / 10,000
Médicos	222,923	79,477	302,400	25.26
Enfermeras	301,011	41,766	342,777	28.63
Médicos y Enfermeras	523,934	121,243	645,177	53.89
Personal Profesional	57,394	5	57,399	4.79
Personal Técnico	66,008	10	66,018	5.51
Personal administrativo	112,936	21,052	133,988	11.19

2014	Público	Privado
Razón Enf/Med	1.35	0.53

2015	Público	Privado
Médicos/cama censable	2.5	2.4
Enfermeras/cama censable	3.4	1.3

\*Elaboración propia a partir de análisis de base de datos de Cubos Dinámicos (SINERHIAS) de la DGIS y Salud en establecimientos particulares de INEGI.

**Metas OPS/OMS**  
 25/ 10 mil habitantes  
 40/ 10 mil habitantes ← **Estrategia de RH para la Salud Universal**



La tasa de 53.9 recursos humanos en salud por cada 10 mil habitantes coloca a México en una posición bastante segura respecto a la disponibilidad de recursos humanos para la salud, incluso tomando en cuenta los nuevos límites establecidos por la Organización Mundial de la Salud y su oficina regional de las Américas. (Fig. 31)

Finalmente, queda claro que dentro del sector privado, otros tipos de recursos humanos como el personal profesional de apoyo (Biólogos, químicos, psicólogos, nutriólogos, etc.) y otro personal técnico, se encuentra subregistrado, lo que vuelve casi imposible realizar una comparación entre sectores. (Fig. 31)

### 9.2.3 Recursos Materiales: Insumos y Tecnologías para la Salud

Al 2016, existían en México un total de 295 fábricas de medicamentos vigentes, de las cuáles, la mayoría se encontraban en la Ciudad de México. (Fig. 32)

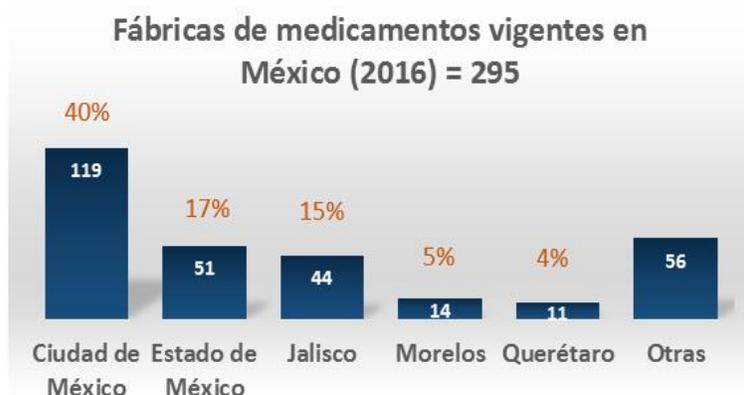
Mientras que en 2017 habían 280 fabricantes de dispositivos médicos con certificados de buenas

prácticas de fabricación dispersos en la república mexicana. (Tabla 11)

Del total de 2,028 registros de medicamentos alopáticos en 2017, sólo el 24% correspondía al grupo de genéricos; este número se reduce a menos de 5% cuando hablamos de sustancias activas presentes en formato genérico. Si bien, los medicamentos biotecnológicos representan tan sólo 3.3% de todos los medicamentos registrados en el país, estos cobran relevancia si se considera que 35% de todas las solicitudes de nuevos registros de sustancias innovadoras se encuentran relacionados con moléculas derivadas de procesos biotecnológicos.(83)

Empresas multinacionales como Pfizer, Sanofi -Aventis y Bayer, ocupan los primeros lugares en cantidad de medicamentos alopáticos innovadores registrados en el país, mientras que por lo general las farmacéuticas mexicanas aportan con cifras más pequeñas. Una excepción a lo anterior sería

**Figura 32- Fabricantes de medicamentos en 2016**



\*Elaboración propia a partir de análisis de base de datos de Licencias sanitarias de fábricas de medicamentos alopáticos, homeopáticos y herbolarios de COFEPRIS

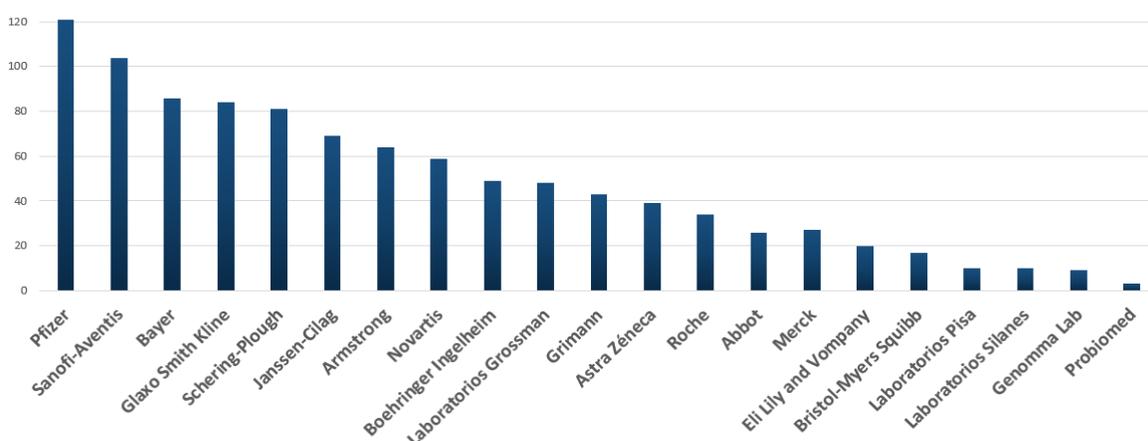
**Tabla 11- Productores de dispositivos médicos y medicamentos en 2017**

Variable	Operacionalización	Privado
Productores de Dispositivos Médicos	Numero de establecimientos con CBPF	280
Medicamentos Halopáticos	Halopáticos de Referencia	1537 registros 734 sustancias activas
	Genéricos	491 registros 37 sustancias activas
Medicamentos Biotecnológicos	Biotecnológicos de Referencia	67
	Biocomparables	4

\*Elaboración propia a partir de análisis de base de datos de Certificación de Buenas Prácticas de Fabricación de dispositivos médicos y listados de medicamentos alopáticos y biotecnológicos de COFEPRIS

Grimann S.A. de C.V, que logra posicionarse por arriba de otras grandes farmacéuticas como Astra Zeneca o Roche. (Fig. 33) La distribución de otro tipo de tecnologías disponibles en ambos sectores no tiene un patrón definido y depende más bien del equipo analizado. (Tabla. 12) Lo que sí queda claro es que la cantidad de equipos de mamografía, scanners de TAC o RMN es muy baja en comparación con otros países de la OECD.

**Figura 33- Medicamentos alopáticos “innovadores” registrados en México a Julio del 2017**



\*Elaboración propia a partir de análisis del Listado de medicamentos de referencia de COFEPRIS.

**Tabla 12- Tecnologías disponibles por sectores (Equipos/ millón de habitantes)**

Variable	Año	Público	Privado
Cunas de recién nacidos	2013	66.7	91.0
Incubadoras <sup>a</sup>	2014	34.2	46.8
Equipos de radioterapia <sup>b</sup>		0.4	0.6
Equipo para mamografía		5.8	3.7
Scanners de tomografía axial computarizada		3.2	2.7
Resonancia Magnética		0.6	1.6

\*Elaboración propia a partir de análisis de base de datos de Cubos Dinámicos (SINERHIAS) de la DGIS y Salud en Establecimientos Particulares de INEGI.

Los indicadores se reportan en millón por habitantes para igualar a los indicadores de la OECD. <sup>a</sup> En el sector público se refiere a las cunas de calor radiante <sup>b</sup> En el sector público se refiere a los aceleradores lineales.

### 9.3 Objetivo 3: Financiamiento de la Salud

De acuerdo al Subsistema de Cuentas en Salud, en el 2014 México gastó el 6.1% de su Producto Interno Bruto (PIB) en el cuidado de la salud de su población, asignando en promedio \$8, 745 MXN o poco más de \$1, 000 dólares internacionales a cada uno de sus habitantes. (Tabla 13)

**Tabla 13- Principales indicadores económicos de la salud en México (2014)**

Gasto total en salud (GTS)	Número absoluto en pesos corrientes 2014	<b>\$1,046,908,002,550.00</b>
	Número absoluto en dólar internacional PPA 2014	<b>\$ 130,830,792,620.60</b>
Gasto público total en salud	Número absoluto en pesos corrientes 2014	<b>\$ 543,502,820,090.00</b>
	Número absoluto en dólar internacional PPA 2014	<b>\$ 67,920,872,293.18</b>
Gasto privado total en salud	Número absoluto en pesos corrientes 2014	<b>\$ 503,405,182,460.00</b>
	Número absoluto en dólar internacional PPA 2014	<b>\$ 8,487,987,039.89</b>
Gasto total en salud per cápita	Número absoluto en pesos corrientes 2014	<b>\$ 8,745.13</b>
	Número absoluto en dólar internacional PPA 2014	<b>\$ 1,092.87</b>
Gasto público en salud per cápita	Número absoluto en pesos corrientes 2014	<b>\$ 4,540.04</b>
	Número absoluto en dólar internacional PPA 2014	<b>\$ 567.36</b>
Gasto privado en salud per cápita	Número absoluto en pesos corrientes 2014	<b>\$ 4,205.09</b>
	Número absoluto en dólar internacional PPA 2014	<b>\$ 525.51</b>

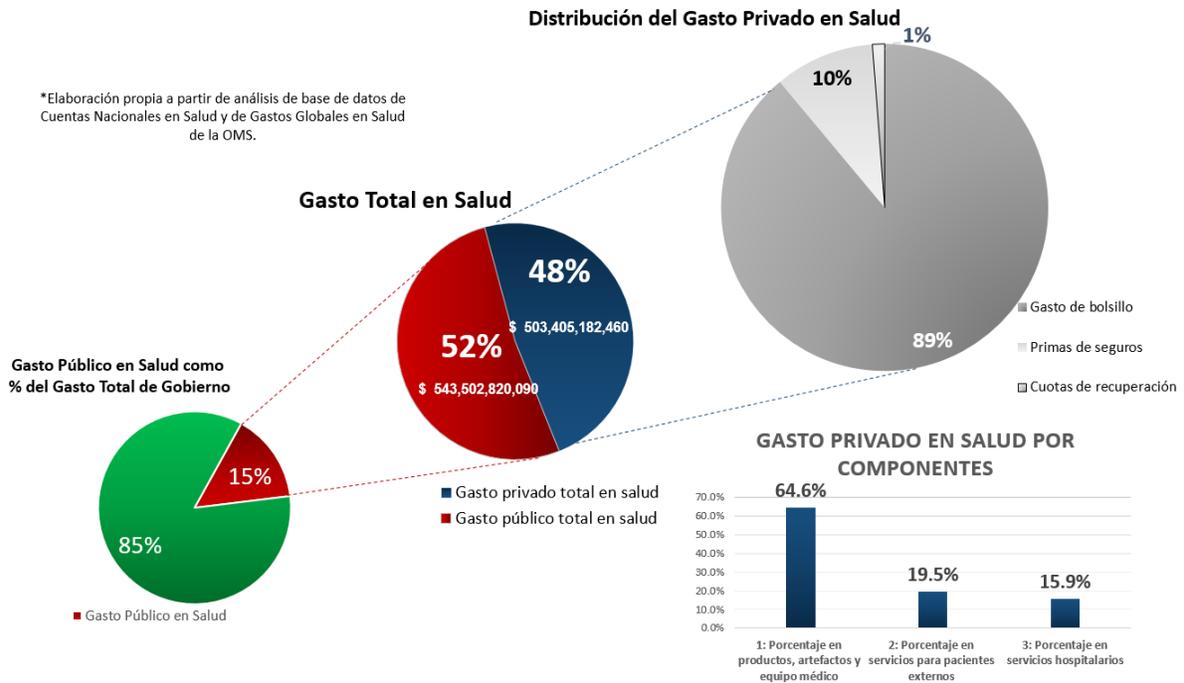
*Fuente: Elaboración propia a partir de análisis de la base de datos de Cuentas Nacionales en Salud*

Del más de un billón de pesos corrientes invertidos en salud, aproximadamente 48% provino del sector privado y 52% del sector público. Es decir el gobierno destinó 15% del presupuesto total para costear el gasto público en salud (Fig. 34)

Del medio billón gastado en el sector privado de la salud, aproximadamente 90% provino del pago directo de bolsillo de las personas. Si bien es cierto que casi la mitad de los servicios ambulatorios son cubiertos por el sector privado, el mayor gasto no se destinó al pago de este tipo de servicios (19.5%), sino que el gasto privado se destinó mayoritariamente a la compra de productos como medicamentos

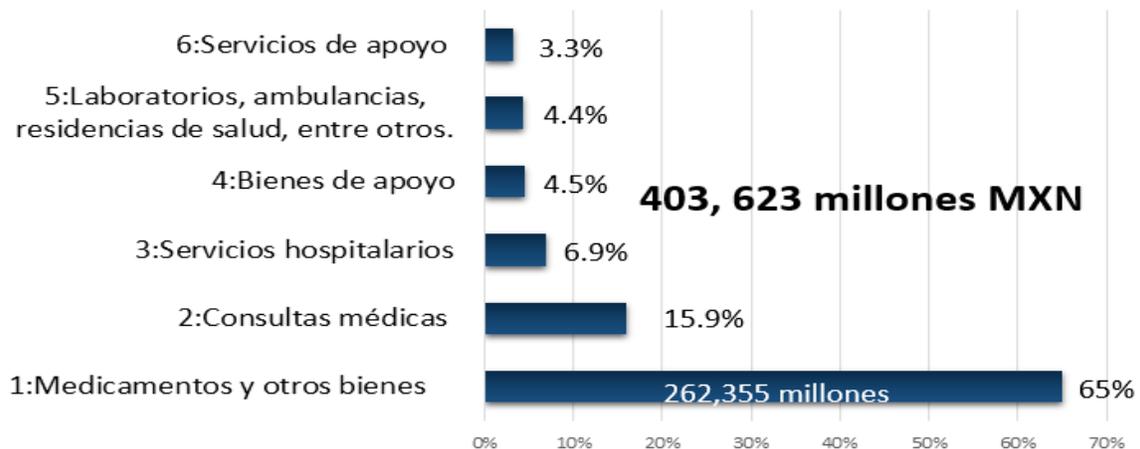
o dispositivos médicos (65%), mientras que un 16% adicional fue usado como pago por los servicios hospitalarios recibidos de este sector.

**Figura 34- Distribución del gasto privado en salud en México en 2014**



Visto desde la perspectiva del gasto en salud de los hogares (que representa entre 80-90% del gasto privado en salud); 65% se destinó a medicamentos y otros bienes como materiales de curación, mientras que sólo un 16% fue asignado a las consultas médicas. (Fig. 35)

**Figura 35- Distribución del gasto de los hogares mexicanos en bienes y servicios de salud (2013)**



Lo anterior tiene lógica cuando se toma en consideración que en la mayoría de los servicios públicos, la proporción de personas que recibió sus medicamentos sin costo alguno, superó el 80% de los casos; mientras que este valor disminuye aún nivel tan bajo como el 8% en el sector privado. Sólo en los servicios ofrecidos por la SSa y otros servicios públicos o de participación público privada (como las universidades o los servicios municipales) el porcentaje de obtención gratuita de medicamentos disminuye a alrededor del 60%.

De acuerdo a la ENSANUT 2012, en el sector privado, casi el 65% de la población realiza gasto en medicamentos de entre \$1 a 400MXN, una quinta parte entre \$400 y \$1, 000 MXN y un 5%, gastos entre los \$1,000 y \$5,000 MXN. (Tabla 14)

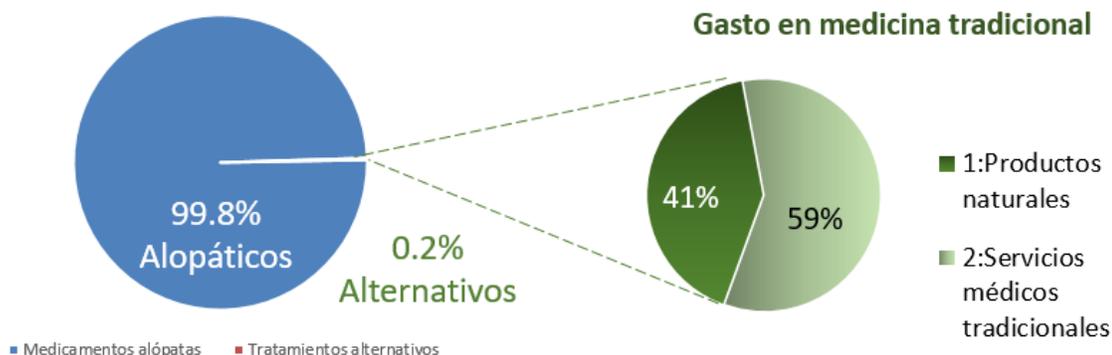
**Tabla 14- Pago por medicamentos en instituciones del sector público y privado**

Pago por medicamentos	Institución de Atención															
	IMSS		ISSSTE		Pemex		Defensa o Marina		Ssa		IMSS-Op		Otro Público		Privado	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No pagó	1,757,671	89.60	392,623	84.40	25,429	92.20	14,832	85.85	1,650,778	66.59	109,095	83.15	72,663	61.79	366,226	8.20
\$1-\$200	88,229	4.50	23,376	5.03	2,150	7.80	344	1.99	452,067	18.24	15,798	12.04	18,624	15.84	1,710,160	38.31
\$201-\$400	48,471	2.47	8,322	1.79	0	0.00	1,196	6.92	175,487	7.08	2,439	1.86	5,890	5.01	1,151,092	25.79
\$401-\$1,000	42,696	2.18	18,063	3.88	0	0.00	0	0.00	99,741	4.02	2,973	2.27	16,548	14.07	848,921	19.02
\$1,001-\$5,000	13,042	0.66	15,651	3.36	0	0.00	905	5.24	60,169	2.43	0	0.00	2,865	2.44	231,612	5.19
\$5,001-10,000	2,190	0.11	3,994	0.86	0	0.00	0	0.00	8,545	0.34	0	0.00	0	0.00	13,150	0.29
ns/nr	9,457	0.48	3,147	0.68	0	0.00	0	0.00	32,063	1.29	0	0.00	1,001	0.85	142,654	3.20
Total	1,961,757	100.00	465,176	100	27,579	100	17,277	100	2,478,849	100.00	131,202	100.00	117,591	100.00	4,463,815	100.00

De acuerdo al Sistema de Cuentas Satélite del Sector Salud en México, la abrumadora mayoría del gasto en medicamentos, se hace en la compra de productos alópatas, mientras que sólo un 0.2% en productos alternativos como

**Figura 36- Gasto en medicina tradicional en México en 2013**

Gasto en medicamentos alópatas y alternativos

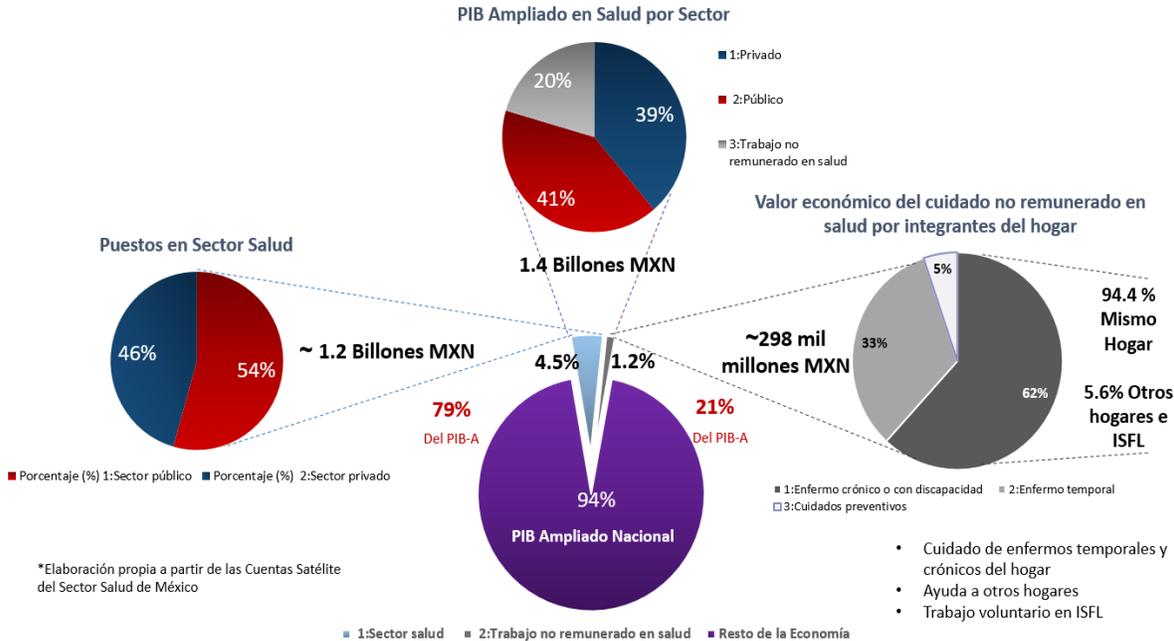


hierbas medicinales o remedios caseros. (Fig.36) En realidad, la mayor parte del gasto en medicina tradicional la realizan los hogares con la contratación de servicios de chamanes, parteras, hueseros, curanderos y otros prestadores informales.

Cuando incorporamos los \$ 298 266 millones de pesos del trabajo no remunerado al valor total de todos los bienes y servicios del sector salud, vemos que el PIB ampliado en salud resultante representa ahora sólo 5.7% del PIB ampliado nacional y se observa además que las proporciones de la participación pública y privada se modifican. (Fig. 37)

La contribución del sector público al PIB ampliado en salud disminuye de un 52 a un 41% y la contribución del sector privado "estricto" en salud representa solamente un 39%. Visto desde otra perspectiva, si sumamos el valor económico del trabajo no remunerado en salud (en donde no hay intervención del gobierno) a la contribución ya reportada para el sector privado, tendríamos entonces que este segmento contribuye con el 59% de la totalidad del PIB ampliado en salud.

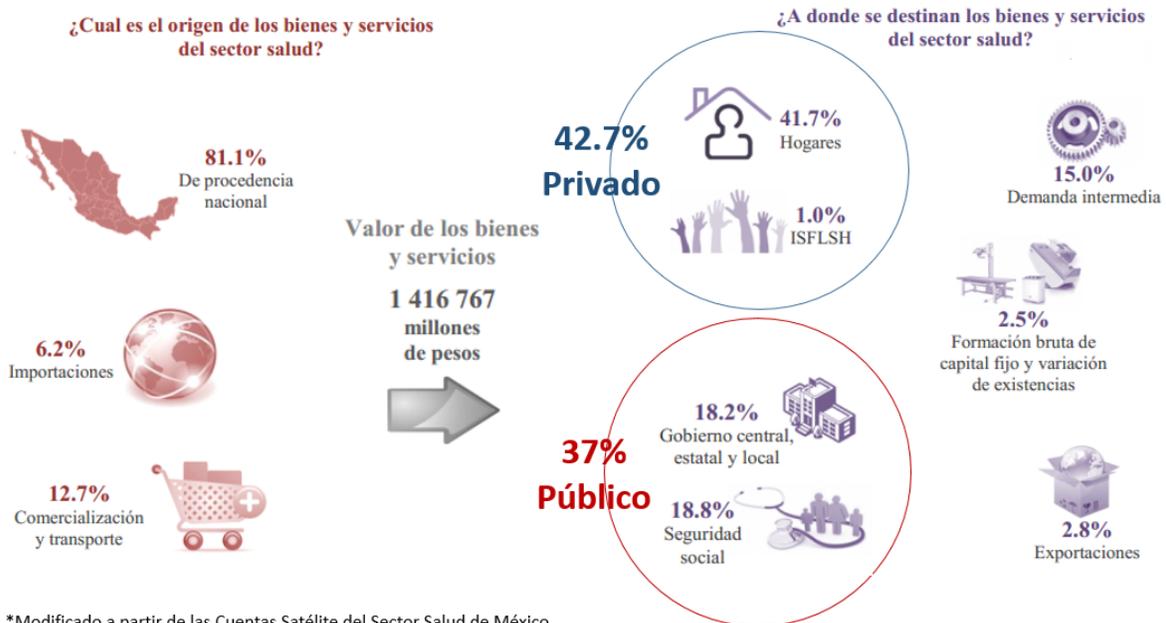
**Figura 37- Gasto Ampliado en Salud en México (2013)**



El sector salud de tipo remunerado contribuye con casi un 80% del PIB ampliado y dentro de este sector 46% de los puestos son de ámbito privado. El valor económico del trabajo no remunerado de los hogares para el cuidado de los enfermos y del trabajo de los voluntarios en las Instituciones Sin Fines de Lucro representa el 20% restante del PIB ampliado en salud. De este valor, casi 95% corresponde al cuidado de los mismos familiares del hogar, destinándose la mayor parte del mismo al cuidado de los enfermos crónicos o con alguna discapacidad.

La mayor parte del valor económico de todos los bienes y servicios de salud disponibles en México es consumido directamente por el sector privado, adquiriendo un 42.7% del valor de la oferta disponible. (Fig. 38) Un 37% adicional es consumido por el gobierno a nombre de los hogares y cantidades menores son empleadas como insumos para los procesos de producción (15%), se destinan a bienes de capital (2.5%) o se exportan al resto del mundo (2.8%).

**Figura 38- Oferta y utilización ampliada del sistema de salud en 2013**



\*Modificado a partir de las Cuentas Satélite del Sector Salud de México

#### **9.4 Objetivo 4: Marco regulatorio**

El Marco Jurídico del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de normas de las personas físicas o morales que prestan servicios de salud, así como los mecanismos de coordinación de acciones, que surgen en el ámbito de la protección de la salud. Este incorpora a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, las leyes, reglamentos y normas oficiales mexicanas (NOMs).

Para abordar el marco regulatorio es pertinente tener una idea de las atribuciones con que cuentan las distintas entidades de la Administración Pública con respecto a la regulación de la prestación y del financiamiento.

De acuerdo a la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal: (84)

Corresponde a la Secretaría de Salud establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios a la salud de la Administración Pública Federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines que, en su caso, se determinen. (Art. 39)

Se le atribuye a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social establecer la política y coordinar los servicios de seguridad social de la Administración Pública Federal, así como intervenir en los asuntos relacionados con el seguro social en los términos de la Ley. (Art. 40)

Finalmente, corresponde a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público ejercer las atribuciones que le señalen las leyes en materia de seguros, fianzas, valores y de organizaciones y actividades auxiliares del crédito. (Art. 31)

##### *9.4.1 Prestación de servicios*

Además de la Secretaría de Salud como principal órgano rector, y por ende regulatorio en cuanto provisión de servicios médicos y de salubridad general; la búsqueda bibliográfica identificó a las Secretarías Estatales, el Consejo de Salubridad General, la Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCES), la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) como las

principales autoridades que abarcan dentro de su ámbito regulatorio la prestación de servicios tanto del sector público como del privado en México.

De manera general, el marco normativo para la prestación de servicios en el país es basto, pero sólo una moderada proporción del total se dirige a la regulación de la prestación de servicios privados. Cuando la normatividad incorpora al sector privado, generalmente lo hace de una manera conjunta con el sector público y en muy contadas ocasiones de manera específica. (Anexo III)

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos es la ley máxima que rige la vida económica, social y política en México y en su artículo 4° establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.(85)

Visto desde un enfoque de salud en todas las políticas, son muchas las leyes que pueden tener un impacto directo o indirecto en la salud; pero de las 299 leyes disponibles para su consulta en el Diario Oficial de la Federación (DOF), sólo se identificaron 6 que podrían de manera directa contemplar la regulación de servicios privados en el país y de ellas 4 efectivamente lo hicieron.(86) (Anexo III)

La Ley General de Salud constituye el principal instrumento legal para estos fines ya que reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4o. de la Constitución Política y establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general.(87) En su Art. 5° establece que las personas físicas y morales del sector privado también forman parte del SNS y en su artículo 10 se compromete a la SSa como un promotor de la participación del sector privado, sin embargo cualquier tipo de acción conjunta entre la SSa y actores privados se realizará por medio de convenios y contratos. (Art. 11).

La misma ley define en su art. 38 a los servicios de salud privados y en el artículo 39 distingue un tipo especial de servicio de salud privado al que denomina “de carácter social”, siendo aquellos que presten los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.

En la LGS se indica que las modalidades de acceso (Art. 40), así como los servicios de salud prestados (Art. 41) sean estos privados o sociales serán las convenidas entre prestadores y usuarios sin perjuicio de los requisitos y obligaciones que se establezcan en la LGS y las demás disposiciones aplicables. Lo anterior tampoco limita la facultad de la SSa para apoyar a las dependencias competentes en la vigilancia de los establecimientos privados dedicados al expendio de medicamentos y a la provisión de insumos (Art. 30).

Un hallazgo interesante es que la LGS, en su art. 43 menciona que los servicios de salud privados, con excepción del servicio personal independiente, estarán sujetos a las tarifas que establezca la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial (Hoy Secretaría de Economía), oyendo la opinión de la Secretaría de Salud. De hecho, en su art. 44 indica que los establecimientos particulares para el internamiento de enfermos, prestarán sus servicios en forma “gratuita” a personas de escasos recursos; sin embargo esto es algo que no sucede en la práctica.

En el Art. 45 se posiciona la SSa como el ente responsable 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 los establecimientos, pero también vigilar desde la construcción y el equipamiento de las unidades según el Art. 46.

En el artículo 47 se estipula que al igual que los servicios públicos, los establecimientos particulares deberán dar aviso de funcionamiento dentro de los primeros 10 días posteriores al inicio de funciones. Este aviso pide 6 requisitos muy sencillos para los establecimientos particulares como nombre y dirección de la persona fiscal, domicilio del establecimiento, clave del establecimiento y cédula profesional del responsable sanitario, este último es requisito específico de los establecimientos particulares.

La clave a la que se hace referencia, es la clave SCIAN que proporciona COFEPRIS de acuerdo al tipo de actividad principal del establecimiento ya sea este un consultorio de medicina general privado, dental, de psicología, de nutriólogos, etc. Sólo los laboratorios diagnósticos que empleen rayos x o medicina nuclear, los

bancos de sangre y de órganos, así como los hospitales requieren de una licencia sanitaria. (Ver Anexo III-A)

En los Art. 48 y 49 se le atribuyen la responsabilidad a la SSa y a los gobiernos estatales vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud sin importar el sector en que se desempeñe y a coadyuvar con las autoridades educativas para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud.

En el 53, se menciona que tanto la SSa como los gobiernos estatales establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios privados. Y en el 55 se obliga a las personas o instituciones privadas que tengan conocimiento de accidentes o de alguna persona que requiera servicios urgentes de salud; a cuidarlos, o trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata.

Finalmente, aunque los prestadores privados deben reportar a la SSa información como estadísticas de natalidad, mortalidad, factores demográficos, sociales y recursos humanos, físicos y financieros (Art. 104 y 106); se subordina a la SSa y a los prestadores privados ante los criterios que establezca la SHCP.

Aunque la Seguridad Social es más bien un ámbito de competencia de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social; tanto el IMSS, ISSSTE y las Fuerzas Armadas contemplan un seguro de salud y con ello, cobertura a ciertos servicios médicos. La Ley del Seguro Social (IMSS) es la única que contempla, en su artículo 209, la participación del sector privado en la prestación de servicios y programas de prestaciones sociales que fortalezcan la medicina preventiva y el autocuidado de la salud.(88) Esta ley es también una de las más progresivas hacia la consecución de un modelo de Atención Primaria de la Salud.

Por otro lado, ni la Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ni la del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas mencionan la posibilidad de una coordinación o concertación de prestación de servicios que incluya al sector privado.(89,90) Llama la atención

que el capítulo referente al Servicio Médico Integral para los militares aún tenga una visión tan aislada de la APS al considerar que la “atención médica quirúrgica” es el sistema por el cual se trata de conservar y preservar la salud de las personas.

El marco regulatorio nacional al nivel de Normas Oficiales cuenta con más de 230 NOM expedidas por la Secretaría de Salud. De estas, sólo 57 están dirigidas explícitamente a la regulación de servicios. Se reglamenta la infraestructura mínima en los centros ambulatorios y hospitalarios que brindan servicios de salud, la implementación del expediente clínico, la obligatoriedad de proporcionar información al SNS y la unificación de criterios para el manejo y tratamiento de pacientes con ciertas enfermedades o condiciones. (91)

De manera general las NOM regulan aspectos muy técnicos y específicos sobre atributos, directrices, características y la calidad esperada en los servicios de salud normados. Algunos de los servicios de salud regulados a este nivel de especificidad son los de planificación familiar, radioterapia, el control de la tuberculosis, la atención de la mujer en el embarazo, el puerperio y los recién nacidos, el sobrepeso y obesidad, la diabetes mellitus, la atención médica especializada, la atención del niño, acupuntura y algunas enfermedades infecciosas. Cuando se menciona al sector privado, generalmente es para recalcar que la normatividad también los abarca. (Anexo III)

#### *9.4.2 Financiamiento privado de los servicios de salud*

La Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF), la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF) y en menor grado la Secretaría de Salud son las autoridades que regulan el financiamiento prepago de la salud.

De las 299 leyes disponibles en el DOF, son 5 las que regulan a los entes privados que aseguran la prestación de servicio en salud.(86) (Anexo III)

Primero que nada, la LGS establece en su Art. 38 que los servicios privados pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros individuales o colectivos y en el 42 que la Ssa proporcionará a la SHCP las Normas

Oficiales Mexicanas de salud para los seguros personales de gastos médicos y hospitalización.(87)

La Ley Sobre el Contrato del Seguro en su artículo 162 define que el contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital y en el 163 que en el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud. Esta ley cubre otros aspectos y detalles importantes como las características de las pólizas de seguros, primas y más disposiciones especiales del contrato de seguro sobre las personas.(92)

La ley de mayor relevancia para este tema y que cubre casi todos los aspectos desde la creación, funcionamiento y disolución de los seguros de salud es la Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas (LGISF).(93) Esta ley abrogó en Abril del 2013 a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) que por mucho tiempo reguló a este tipo de instituciones. El incorporar a las aseguradoras de gastos médicos y a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) dentro del mismo marco regulatorio que otras aseguradoras de distintos ramos y operaciones, asegura el cumplimiento de un marco jurídico que es por sí solo bastante amplio, y no sólo esto, en muchas ocasiones la LGISF aplica cláusulas adicionales a las operadoras del ramo de la salud.

El Art. 20 de esta ley define una operación activa de seguro cuando en caso de que se presente un acontecimiento futuro e incierto, una persona, contra el pago de una cantidad de dinero, se obliga a resarcir a otra un daño.

Con el fin de incorporar a las ISES dentro de este esquema a finales de los años 90`s, el mismo artículo considera que aun cuando se satisfagan con recursos e instalaciones propias; sí se considerará como operación activa de seguros la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen mediante el pago de una cantidad de dinero. El Art. 21 prohíbe contratar seguros de personas con empresas extranjeras y en el 25 define las

operaciones y ramos de seguros, quedando dentro del apartado I la operación “Vida” y en el II la operación de “Accidentes y enfermedades” con los ramos de accidentes personales, gastos médicos (Seguro de gastos médicos mayores) y Salud (ISES).

El Art. 27 define como operaciones de vida, aquellas que tengan como base del contrato riesgos que puedan afectar la persona del asegurado en su existencia, aunque tengan beneficios adicionales basados en los ramos de salud o accidentes personales. En la operación II, quedan los ramos de accidentes personales aquellos que tengan como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital asegurado, como consecuencia de un evento inesperado.

El ramo de gastos médicos contiene 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, hasta hace poco la gran diferencia con el ramo salud, es que estas aseguradoras no podían cubrir servicios de medicina preventiva, pero con una modificación a este artículo, ahora se les permite la cobertura de este tipo de servicios, sólo con carácter indemnizatorio.

El ramo salud incluye los contratos de seguro que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado.

Según el Art 26, se prohíbe a las aseguradoras operar simultáneamente las operaciones de vida y daños, y a las aseguradoras del ramo salud, sólo se les permite operar simultáneamente los ramos de gastos médicos y accidentes.

Para constituirse como aseguradora se requiere de un proyecto de estatutos sociales, proporcionar información sobre las personas que participen en el capital social, su situación patrimonial, historial crediticio, entre otros. (Art 41). Para el ramo salud, se requiere además de un dictamen provisional de la SSa en el que se hace constar que la sociedad cuenta con elementos suficientes para prestar los servicios de salud que estipula en sus contratos.

Estos dictámenes evalúan los recursos materiales y humanos, los manuales de organización y operación, el cumplimiento de las NOM aplicables en materia de prestación de servicios, acreditación de los profesionales, que los planes contemplen servicios de promoción y atención preventiva, que se cuenten con mecanismos de recepción de quejas, y que cuenten con un programa de mejora continua en la prestación de los servicios médicos. (Art 46)

Todas las aseguradoras del ramo salud deben contar además con un contralor médico ratificado por la SSA. Dentro de sus funciones están supervisar el cumplimiento del programa de utilización de la aseguradora, el funcionamiento de la red y de la cobertura, el cumplimiento de las NOMs y dar seguimiento a las reclamaciones presentadas por los usuarios.(Art 73)

Los productos de seguros deben contar con primas netas de riesgo determinadas sobre bases técnicas, a fin de garantizar el cumplimiento de obligaciones con los usuarios, las aseguradoras del ramo salud deben además notificar a los usuarios sobre cualquier cambio en la red de servicios y ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir también a médicos distintos a la red con el pago de cantidades diferenciales. (Art. 200)

El art. 208 estipula que las aseguradoras de los ramos accidentes, gastos médicos y salud deben ofrecer un producto básico estandarizado que cubran riesgos de las población y sean homologables entre todas las aseguradora respecto a los riesgos cubiertos, exclusiones, suma asegurada, deducibles, duración del contrato, periodicidad del pago de la prima, entre otros. Adicionalmente, las aseguradoras deberán informar mensualmente a la CONDUSEF sobre la prima de tarifa total que cobren respecto a este plan básico.

Otros aspectos sobre las fusiones, escisiones, revocación de autorizaciones, publicación periódica de los estados financieros, la comprobación de suficiencia de Fondos Propios Admisibles, la transparencia de esta información, disposición al público, los procesos de auditoría, selección de auditores y demás; se describen en los artículos 271, 272, 304-310 y 332. Más detalles sobre la operación del ramo

salud se pueden encontrar en las “Reglas para la Operación y Desarrollo del Ramo Salud” republicadas en el DOF en el 2010.

Por su parte la Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros reporta sobre las facultades y organización de la CONDUSEF, registro de los prestadores de servicios financieros como los seguros, la defensa de los usuarios y los procedimientos de conciliación y arbitraje.(94) También se describen los procesos de supervisión a las aseguradoras privadas y las posibles sanciones a imputar. El título cuarto de esta ley describe los procesos de difusión de información a los usuarios de seguros, en donde la CONDUSEF pondrá a su disposición información sobre los servicios y productos ofrecidos por las aseguradoras, como tasas de interés, índices de reclamación, etc. La CONDUSEF podrá además tener injerencia en los contratos de adhesión de las aseguradoras e intervenir con propuestas de modificaciones cuando se consideren cláusulas abusivas en los mismos.

Finalmente las leyes para la Transparencia y Ordenamiento de los servicios Financieros, y la destinada a Regular Agrupaciones Financieras detallan más procesos que de manera directa afectan también a las aseguradoras en cuanto a la provisión de acceso a la información y las disposiciones generales en cuanto a responsabilidades, infraestructura, inversiones, protección del interés público, etc.(95,96)

A pesar de lo expuesto en el Art. 42 de la LGS, hasta la fecha no existen Normas Oficiales Mexicanas que cubran la función de financiamiento de la salud de las aseguradoras.

### *Capacidades regulatorias*

Para concluir con la sección de Regulación, en la sección de Anexos II se presenta un ejercicio que evalúa de manera relativa las capacidades regulatorias del sistema en cuanto la prestación y financiamiento de servicios; de manera global el sector privado obtuvo un mayor número de variables clasificadas en las categorías roja y amarilla en ambas funciones evaluadas.

Debido a las características compartidas entre los sectores público y privado, la resolución de conflictos, la mejora de la calidad en las instituciones, la calidad técnica y la formación de profesionales fueron analizadas de manera conjunta. (Tablas 16 y 17 de Anexos II) Es importante resaltar que un color verde en las distintas variables evaluadas para el sector público y privado no reflejan un estado perfecto de las cosas, sino más bien la existencia de un marco regulatorio explícito para abordar dicha variable y la presencia de literatura que evidencia la aplicación de dicha regulación de manera más o menos acorde.

En el sector privado, sólo las variables asociadas a la calidad en la prestación de servicios y la viabilidad financiera y la existencia de un plan de beneficios básicos en las aseguradoras fueron evaluadas con un color verde. Es probable que la heterogeneidad y fragmentación característica del sector privado en México, dificulten la aplicación de medidas conjuntas a todos los prestadores para regularizar atributos como los precios o un plan de carrera conjunto.

Aunque el número de leyes, reglamentos y normas existentes para regular al sector privado en estas dos funciones es moderado, este número sigue siendo menor al del marco jurídico que regula el sector público. Y si además se toma en consideración los resultados del ejercicio de comparación de capacidades regulatorias, es posible concluir de manera global el sector privado está menos regulado que el sector público. (Tabla 15)

**Tabla 15- Resultados globales de la comparación de capacidades regulatorias en la prestación de servicios y financiamiento de la salud en México (2017)**

Capacidades Regulatorias													
País	Prestadores de Servicios									Aseguradoras			
	Todos		Institucionales			Profesionales			Todas				
	Copagos o Precios al Público	Resolución de Conflictos	Mejora de la Calidad	Medición Satisfacción	Plan de Carrera	Calidad Técnica	Formación Profesional	Plan de Beneficios Básico garantizado	Complement./Suplement.	Precios	Resolución de Conflictos	Satisfacción	Viabilidad Financiera
México	Prestador Público	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
	Prestador Privado	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde

## 9.5 Objetivo 5: Fortalezas y Debilidades del Sector Privado como aliado potencial en la Cobertura Universal Efectiva en México

Función	Fortalezas	Debilidades
<b>Prestación de Servicios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El sector privado atiende cerca de la mitad de la demanda de atención ambulatoria.</li> <li>• Se dispone de una amplia red de infraestructura privada, siendo los consultorios médicos privados y los CAF de los mayores proveedores de servicios en el país.</li> <li>• La población confía en la atención brindada por el sector privado, prefiriéndolo sobre el público. La calidad percibida y satisfacción en el sector hospitalario son reportadas como muy buenas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El sector privado no ha desarrollado estrategias para mejorar el acceso de grupos poblacionales como las personas mayores de 60 años, hablantes de lengua indígena o personas con bajo nivel educativo y socioeconómico.</li> <li>• El sector privado no se ha logrado posicionar como un prestador de servicios con financiamiento público.</li> <li>• La dificultad en el acceso ocasiona que el nivel de producción del sector privado sea mucho menor al público, ocasionando una subutilización de los RH y de la infraestructura disponible.</li> </ul>
<b>Generación de Recursos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La infraestructura de primer nivel de atención y la hospitalaria en el territorio mexicano es considerable.</li> <li>• El número de OSCs enfocadas al área de la salud es extenso. A diferencia de las demás organizaciones privadas, su principal objetivo no es el lucro.</li> <li>• La mayor parte de los insumos a la salud como medicamentos y tecnologías se producen en el sector privado.</li> <li>• El sector privado hospitalario cuenta en ocasiones con una mayor disponibilidad de tecnologías que el sector público.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El subregistro de las unidades privadas de la atención a la salud sigue siendo importante, pues es probable que el sector privado cuente con un número similar de unidades que su contraparte pública.</li> <li>• Limitada participación de los RH de enfermería, lo cual podría estar repercutiendo en los costos de atención.</li> <li>• Hay un subregistro importante de RH médico que presta servicios ambulatorios y de otros profesionales de la salud en el ámbito hospitalario.</li> </ul>
<b>Financiamiento de la Salud</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las tendencias en el gasto privado se han modificado en los últimos años. Disminuyendo ligeramente el gasto de bolsillo y aumentando considerablemente la proporción de gasto privado prepago.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Casi el 90% del gasto privado es de bolsillo, una de las formas más inequitativas de financiamiento.</li> <li>• Los medicamentos absorben la mayor parte del gasto privado.</li> <li>• La mitad del GTS proviene del sector privado, este es incluso mayor si se toma en cuenta el valor económico del trabajo no remunerado de las familias y las ISFL.</li> </ul>
<b>Rectoría: Regulación de Servicios y Financiamiento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe un número moderado de leyes, normas, reglamentos y órganos rectores que abarcan este sector.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La regulación existente para el sector privado sigue siendo menor que la del público y en ocasiones no se aplica a cabalidad.</li> </ul>

## 10 Discusión

En las economías de ingreso medio como México, en donde los recursos son limitados y debe hacerse un uso eficiente de los bienes con que se cuenta; la participación del sector privado debiera estar dirigida hacia el logro de los objetivos y metas en salud que mayor beneficio ofrezcan a la población.

### 10.1 Prestación de Servicios

#### *Atención ambulatoria y hospitalaria*

De acuerdo a ENSANUT 2012, la participación del sector privado en la atención de problemas de salud fue del 45.7%, existiendo grandes diferencias de acuerdo al nivel de atención. Aunque el uso de servicios privados a nivel ambulatorio es bastante similar al uso global (46%), este se ve drásticamente reducido al hablar específicamente de los servicios hospitalarios (17%), existiendo además una razón de utilización público/privada de 4.79 en este tipo de atención. El empleo de hospitales privados se ha reducido a través del tiempo, ya que estudios del año 2000 describían que el uso de servicios privados hospitalarios era ligeramente mayor con 25% de todos los internamientos.(39)

En México ya se había reportado que los usuarios buscan ser atendidos en las instituciones a las que están afiliados si perciben que el problema es moderado o severo(52). Con este estudio se observa que mientras los problemas de salud agudos se atendieron principalmente en el sector privado, el sector hospitalario público atendió en mayor proporción enfermedades complejas, partos, accidentes y problemas del embarazo.

De hecho sólo las consultas por tos, catarro, dolor de garganta y enfermedades respiratorias conforman casi el 50% de todos los motivos de consulta en el sector privado. Es probable que la poca utilización del sector privado hospitalario se deba a los altos costos asociados a este tipo de atención, ya que esto último resulta ser el principal motivo de insatisfacción de los usuarios que los emplean, siendo mencionado que “era caro el servicios” por casi la mitad de los casos (46.8%). Al parecer, un sector hospitalario privado de alto costo funciona paralelamente a

servicios ambulatorios privados como los CAF considerados “económicos”.(52,97)  
El alto costo asociado a los hospitales privados parece ser una buena explicación del porqué la razón de utilización público/privada muestra una tendencia a la alta cuando los días y número de veces de hospitalización también aumentan.

### *Uso de Servicios*

Uno de los hallazgos más sobresalientes en el estudio del sector privado en México fue que los consultorios médicos privados (o no adyacentes a farmacia) fueron los más concurridos por las personas, ocupando la primera posición junto con los servicios de secretaria de salud. Este hallazgo se contradice con el trabajo de Pérez-Cuevas y cols. uno de los estudios de mayor similitud al nuestro, en el que también examinaron la encuesta ENSANUT 2012 con un enfoque especial en el estudio de los Consultorios Adyacentes a Farmacia; analizando características demográficas de los usuarios de servicios de salud, razones para atenderse en ellos, percepción de la calidad y gastos de bolsillo asociados.(52)

En nuestra investigación, los CAF también juegan un rol importante en la provisión de servicios al atender aproximadamente un 17% de la demanda en salud nacional, son el lugar más concurrido después de los médicos privados, la SSa y el IMSS. Aunque la expansión acelerada de los CAF en México es reciente, la literatura científica y periodística de los últimos años los ha posicionado como el tema más abordado sobre el sector privado en México. Una breve síntesis, puede encontrarse en la sección de antecedentes de este trabajo. (52–61) Es pertinente mencionar que el auge de los CAF no es un fenómeno exclusivo de México, ya que un estudio de Prata y cols., reportó que en 19 de 22 países de ingresos bajos y medios de África, las personas recibieron más cuidados del sector privado que del público cuando se incluyen a proveedores informales como las farmacias privadas.(98)

Si bien el estudio que mide el efecto de los CAF en México y el nuestro comparten muchas similitudes, el contraste en el uso de servicios se debe principalmente a diferencias metodológicas en el análisis de datos. Una de las principales diferencias que salta a la vista, es que en el estudio alterno la secretaría de salud fue la opción más buscada con un 20.9% de los usuarios (nuestro estudio SSa= 26.15%), seguido

de la seguridad social con un 16.1% (nuestro análisis divide al IMSS=20.38%, ISSSTE=4.82%, Pemex, Defensa y Marina < al 1%), en tercer lugar se posicionó a los médicos privados con 15.4% de todas las consultas (el nuestro 26.82%) y finalmente los CAF con 9.2% (el nuestro 16.63%).

El principal motivo de estas diferencias fue que el abordaje del 2014 tomó en cuenta 9, 951 no usuarios de servicios (9,609 en el nuestro) para el cálculo de las proporciones; es decir, nuestro estudio contempla sólo a las personas que teniendo un problema de salud, efectivamente acudieron a alguna institución para atender su situación, siendo este porcentaje poco más del 60% de las personas con problemas de salud en ambos estudios.

Existen además otros detalles metodológicos que influyen marginalmente en las diferencias observadas. De los 542 lugares de atención clasificados originalmente como “otro lugar” en ENSANUT, en nuestra investigación se reclasificó manualmente a 315 en “otro privado” y 227 en “Otro público o Mezcla público-privada”, el trabajo alterno eliminó además 302 observaciones consideradas con información incompleta.

Finalmente, a pesar de que el trabajo del 2014 examina tanto los números crudos como las expansiones muestrales, ellos prefieren reportar los primeros en su escrito; mientras que el nuestro publica solamente las expansiones muestrales ajustadas por el comando “svy” de STATA. Este comando incluye dentro de su algoritmo factores de ajuste para el diseño y procedimiento de recolección de datos de la encuesta como lo son las ponderaciones muestrales, el muestreo en aglomerados y la estratificación de la información.(80) Son estos mismos ajustes los que reducen drásticamente el peso que tienen las personas atendidas en la secretaría de salud y aumenta ligeramente la proporción asignada a los médicos privados y CAF.

### *Características de población*

A pesar de las diferencias encontradas en cuanto al uso de servicios, existen múltiples similitudes respecto a las características de la población que usan uno u

otro sector de la salud entre este trabajo y otros más publicados a nivel nacional e internacional.

El contar con una afiliación al sector público no parece ser un factor que desmotive el uso del sector privado en México, ya que mientras que esta investigación reporta que un 63% de los usuarios de la totalidad del sector privado cuentan con una afiliación a los servicios públicos, el estudio de Pérez-Cuevas y cols. documenta que 65% de los usuarios de CAF y médicos privados cuentan ya con una afiliación al sector público.(52) Adicionalmente, Morgan y colaboradores argumentan que el pobre financiamiento o la poca eficiencia en el manejo de los recursos públicos pueden ser motivos por los cuales las personas buscan complementar servicios esenciales de salud en el sector privado (99) y relatan de una investigación con encuestas poblacionales en África Sub-Sahara en los que el uso de proveedores privados informales es mayor en lugares donde el sector público es débil.(100)

Una investigación en Tanzania expone que el porcentaje de personas que emplea el sector privado incrementa cuando el sector público se queda sin medicamentos.(101) Y de hecho, son los largos tiempos de espera y la provisión incompleta de medicamentos dos de las tres principales razones por las cuales las personas deciden no regresar a los servicios públicos en México según los resultados de ENSANUT 2012.(52)

Estudios previos concuerdan con los nuestros al advertir que hay un menor número de usuarios que hablan alguna lengua indígena en el sector privado de México y que existe una diferencia en el NSE que favorece el uso de este sector por los quintiles de mayor afluencia económica.(52) Sin embargo, el gradiente de uso del sector privado respecto al NSE no es exclusivo de México, sino que es algo que se repite en todas las regiones del mundo. Tanto en África Subsahara y África del Norte; Europa del este; Asia Meridional, Asia del Sur y del Sureste y por supuesto América Latina y el Caribe, es más probable que las personas acomodadas usen el sector privado cuando se les compara con las personas en situación de pobreza.(100)

El uso desproporcionado de servicios privados de salud en niños también fue revelado por este último estudio del Banco Mundial. En este sentido, Bloom y colegas, exponen que son de hecho las personas en condición de pobreza quienes más cuidados reciben del sector informal.(102)

De manera opuesta, en México las personas que cuentan con estudios de licenciatura y postgrado, prefieren emplear servicios privados de salud. Un estudio en India revela que niveles elevados de educación, incrementan el deseo de tener servicios de salud de calidad, ya sean estos públicos o privados.(103) y según nuestro estudio, en México existe una diferencia de más de 20 puntos porcentuales a favor del sector privado entre aquellas personas que asignaron una “muy buena calidad” a los hospitales en donde se atendieron.

#### *Problemas de eficiencia*

Aunque no es la primera vez que el problema de la doble afiliación se reporta en el país (51,104) esto converge en la duplicación de esfuerzos dentro del sector público y entre los sectores público y privado; por lo mismo sigue siendo un tema pendiente en la agenda que tiene repercusiones importantes en la eficiencia con que se emplean los recursos del sistema. Al igual que en el nuestro, un estudio de Basu y cols. ya había reportado que la prescripción de cesareas es más alta en el sector privado de Nigeria, Uganda, Sudáfrica, Vietnam, Laos, Perú y México respecto al sector público; señalando el fenómeno como una sobreprescripción de procedimientos innecesarios. No sólo esto, la precisión diagnóstica y la adherencia a guías clínicas también parece ser menor en el sector privado de dichos países.(3)

Si bien la práctica dual no pudo ser abordada cuantitativamente con nuestra metodología, existen otros estudios que la reportan en el país, coexistiendo con el fenómeno de migración dentro y entre sectores.(105,106) En general la literatura menciona que la práctica dual incrementa la referencia hacia el sector privado, el costo de pacientes, el ausentismo y una menor calidad en el sector público.(107,108) Lo que sí es posible abordar de manera proxí con nuestro trabajo es la migración de profesionales de salud formados y capacitados en el sector público, hacia las filas del ámbito laboral privado.

Finalmente, la literatura en México también sugiere que los CAF tienen un problema de sobreprescripción de medicamentos ya que los usuarios de este tipo de servicios recibieron en promedio un mayor número de fármacos que los demás(52); sin embargo con este reporte se concluye que en realidad ambos sectores están bastante medicalizados, recetándose el uso de fármacos en más del 90% de los casos, tanto en los servicios públicos como en los privados. En realidad ambos estudios son complementarios y reflejan que si bien los CAF pueden estar recetando medicamento en mayor cantidad, los médicos privados lo hacen de manera más frecuente (poco más de la mitad de los casos).

## **10.2 Recursos para la salud**

### *Subestimación de infraestructura privada*

Si bien, los consultorios de tamaño pequeños tienden a ser inestables y es bien sabido que el sector informal es elusivo por naturaleza(102), este trabajo encontró un subregistro importante de las unidades privadas ambulatorias en el Catálogo Nacional de Establecimientos en Salud, el cual es o debiera ser el repositorio donde se localice la información de todas las instituciones pertenecientes al SNS sean estas de carácter administrativo, apoyo o atención a la salud. (109)

Aunque no da un número de la totalidad de consultorios de medicina general y especialidad, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), reporta que en el periodo 2012-2015 verificó un total de 14,893 consultorios médicos. (110) Por su parte, la UNIFACC publica que el sector de los consultorios médicos no adyacentes a farmacia se compone por 18, 500 unidades y además 850 clínicas privadas que no cuentan con servicio de hospitalización(111), los cuáles son mucho más que las 6,157 unidades de consulta externa privada registradas en CLUES (mismas que ya incorporan a los CAF). Es decir, aunque los consultorios médicos privados son de los mayores prestadores de servicios en el sistema de salud, sigue existiendo un gran vacío de información respecto a ellos.

COFEPRIS también indica que al 2014, de las 28 000 farmacias existentes en el país, al menos 15 mil cuentan con un consultorio anexo(110,112), estos son muchos más que las 5,324 CLUES de Consultorios Adyacentes a Farmacias registradas en

el Catálogo Nacional. Simplemente Fundación Best, asociación civil dueña de 5,881 consultorios atendidos por 11,458 médicos comodatarios, reporta en su página web un número mayor a los 4,295 CAF oficialmente registrados (113)

De tomar estas cifras como ciertas, estaríamos hablando de un total de 34,350 unidades ambulatorias privadas en el país y si se suman los 3,070 hospitales privados y las 4517 OSCs, tendríamos un total de 41,937 unidades de atención privada; las cuáles superan por 10 mil a las 27, 388 unidades ambulatorias, administrativas, de apoyo y hospitalarias públicas registradas en CLUES.

Si tomamos estos números como verdaderos, y aún sin contar las grandes cadenas de laboratorios clínicos privados, estaríamos hablando que de las casi 70 mil unidades de atención a la salud en el país, el 60% pertenecerían al sector privado. Esto último invierte por mucho la tendencia registrada en el Catálogo CLUES ya notificada en este trabajo (74% unidades públicas, 26% unidades privadas).

COFEPRIS no ofrece hasta la fecha acceso a una base de datos pública que incorpore la información de estos 15 mil CAF, pues ellos han obtenido esta información con el apoyo de otras consultoras privadas y la información proporcionada de manera directa por Farmacias Similares, Farmacias del Ahorro y otras cadenas menores.(110,112)

En realidad farmacias similares no representa el 80% de los CAF en México como se reporta en el Catalogo CLUES; sino que con información completa, estas sólo conforman el 32% de todas las CAF en el país. Con el 43% son en realidad las farmacias independientes las que tienen el mayor número de unidades, seguidas de las farmacias similares, farmacias del ahorro (8%) y en cuarto lugar farmacias GI con el 6%. Lo anterior indica que si bien hay un subregistro de todas las CAF en el país, en realidad el mayor subregistro no se encuentra dentro de las grandes cadenas, sino que proviene de todas las demás farmacias de pequeño y mediano tamaño del territorio nacional.

### *Comparación de recursos físicos y humanos en ambos sectores*

La distribución de la infraestructura privada en México no concuerda con la idea de que por sí solo el sector privado puede suplir la falta de cobertura de los servicios públicos en el país, pues ésta se encuentra principalmente en áreas urbanas con mayor densidad de población, dejando de lado las zonas rurales en donde generalmente existen las mayores necesidades en salud. Estos patrones de distribución concuerdan además con los patrones de uso de servicios privados en los estados, mismos que fueron reportados en este mismo trabajo a partir del análisis de ENSANUT 2012. Lo anterior sugiere que para lograr la cobertura universal teniendo como aliado al sector privado, será necesaria la creación de otras estrategias que aborden el problema de distribución e incentiven la migración de las unidades privadas a las áreas rurales. El problema de la distribución urbano-rural de los servicios de salud es algo ya muchas veces discutido tanto en México como en el mundo.(114,115)

Respecto a la infraestructura hospitalaria, estudios en India y China muestran que los hospitales del sector privado generalmente tienen menor número de camas que el sector público, un rasgo compartido con México.(116,117) Adicionalmente, y a diferencia de su contraparte pública, el sector privado hospitalario sumamente medicalizado y especializado, puede aprovechar más a su capital humano de enfermería para disminuir sus costos, lo cual como ya se mencionó, es uno de los principales motivos de insatisfacción de sus usuarios. De hecho, los niveles de empleo de enfermeras en hospitales han sido asociados no sólo con mejores resultados en salud, sino que en mercados competitivos también con un mejor desempeño financiero.(118) Hasta la fecha, lo anterior sigue siendo una ventaja para el sector público, pues no existe competencia por el uso de este capital humano entre sectores.

En México casi la totalidad de los profesionales de la salud (94%) son entrenados en el sector público; pero como lo indican las cifras de médicos en ambos sectores, muchos migran al sector privado. Aunque esto parece ser una práctica común también en otros estados Africanos(119), visto desde el enfoque de Cobertura

Universal en Salud, la participación de un sector tiene un impacto positivo cuando quita menos de lo que ofrece al sistema. Si un sector brinda excelente calidad de atención, pero absorbe una parte desproporcionada de la fuerza laboral, su contribución global al sistema sigue siendo negativa.(120)

De acuerdo a las fuentes oficiales(121), la cifra de médicos trabajando en el sector privado parece ser considerablemente menor que los que desempeñan su labor para el estado; sin embargo esta cifra tiene dos grandes fallas. Primero que nada, el Boletín de Información Estadística 2014-2015 basa sus resultados sobre el número de recursos humanos existentes en el sector privado con información de la base de datos de INEGI sobre Estadísticas de Salud en Establecimientos Particulares.(121,122)

Aunque INEGI es la principal fuente de información para el sector privado en México, lamentablemente sólo contempla estadísticos de unidades médicas privadas con servicio de hospitalización; por lo que deja fuera todos aquellos médicos que ofrecen servicios de salud ambulatorios en consultorios propios y tampoco considera a los médicos laborando en los ya tan mencionados CAF, mucho menos a los prestadores informales de la salud como hueseros, chamanes y parteras que siguen estando arraigados en el país. (123)

Aunque también es posible acceder al número de recursos humanos a través del Cubo Sectorial de Recursos Humanos, Físicos, Materiales y Financieros de Secretaría de Salud, la información aquí presentada para el sector privado no es tan reciente ni tan completa como la recabada por INEGI. (124)

Una segunda fuente de error, es que en ninguna de las fuentes de información es posible discriminar aquellos médicos que cuentan con más de una plaza laboral entre los distintos prestadores del SNS, sean estas dentro del sector público o entre público y privado.

### **10.3 Financiamiento**

#### *Gasto de Bolsillo*

En México, el 90% del gasto privado en salud sigue siendo gasto de bolsillo, y aunque casi la mitad de los servicios ambulatorios son cubiertos por el sector privado, el mayor gasto no se destina al pago de este tipo de servicios (19.5%), sino que el gasto privado se destinó mayoritariamente a la compra de productos como medicamentos o dispositivos médicos (65%), según informa el Sistema de Cuentas Nacionales en Salud (125)

Dado que la frecuencia y la cantidad de medicamentos prescritos por los consultorios privados (adyacentes o no a farmacias) han sido reportadas como elevadas en este y otros estudios; los beneficios que los actores privados pueden traer al sistema se ven opacados. Si bien, por una parte se disminuyen los tiempos de espera y se facilita el acceso geográfico en las zonas urbanas; por el otro lado se estimula el gasto de bolsillo, anulando el efecto de las grandes reformas estructurales en salud de los últimos años como las que llevaron a implementar el seguro popular.(52)

Si tomamos en cuenta los servicios no remunerados y los cuidados por parte de la familia, el financiamiento privado en salud sobrepasa por mucho al financiamiento público en el país; por lo mismo podríamos llegar a la conclusión que México requiere de una mayor inversión pública en salud. Soportan esta idea los estudios que demuestran un mayor uso de servicios privados de baja calidad y la expansión acelerada de droguerías poco reguladas en aquellos países con una baja inversión en salud. Frecuentemente las personas buscan en ellos servicios esenciales primarios que cubren la demanda insatisfecha dejada por el sector público (99,126)

Dentro de los países de la OECD, al 2015 México fue el país que menor proporción de su PIB dedicó a este rubro y, pese a ello, ha hecho recortes presupuestales en salud año tras año desde el 2014 a la fecha; con un recorte importante de 15 mil millones en 2016 y otro más de 10 mil 400 millones (9%) en 2017.(127) Al respecto sería prudente recordar que la relación entre salud y crecimiento económico ha sido corroborada una y otra vez por la evidencia científica, desde las investigaciones del

premio Nobel de Economía Robert Fogel en Inglaterra (128) y el reporte del Banco Mundial en los 90's(129) hasta los aportes ajustados a la realidad mexicana que la Comisión sobre Macroeconomía y Salud hizo a principios del siglo XXI.(130)

### *Aseguradoras privadas*

Aunque la participación de las aseguradoras privadas en el financiamiento de problemas de salud en el país parece ser mínima, no debemos olvidar que por su volumen de primas, México ocupa la tercera posición en Latinoamérica, sólo después de Venezuela y Brasil.(45) Además, el gasto privado asegurado ha tenido un incremento dramático en los últimos 20 años, pasando de 1.7% del GTS en 1995 a 2.5% en 2000, 4.1% en 2013 y 4.7% en 2014.(62,125)

La información sobre la cobertura poblacional de los seguros privados es discordante. Estos actores cubren menos del 1% de la población según la ENSANUT 2012, al 3.27% según la encuesta intercensal 2015 y hasta un 7.6% según un reporte elaborado en 2015 por parte de la AMIS y Funsalud. (40,62,131)

Uno de los temas a poner en consideración es el beneficio de otorgar o no un mayor peso a este tipo de financiadoras. Si bien el gasto en salud prepago es una alternativa a los problemas originados por un gasto de bolsillo que llega en el momento menos apropiado y se asocia frecuentemente a gastos catastróficos y empobrecedores;(71,73) el gasto en salud de 4.7% destinado a este tipo de financiamiento es elevado respecto a la población atendida según las fuentes oficiales (40,131), pero puede ser bastante eficiente y prometedor si se consideran los datos que aporta la misma Asociación de Instituciones de Seguros en México.(62)

Un tema adicional a tratar será la capacidad de estos intermediarios para satisfacer las demandas de sus usuarios, resolver quejas y conflictos, ofrecer planes de beneficios competitivos, brindar servicios de calidad y evitar la burocracia y gastos administrativos que han sido tan criticados en el sector público. (Ver Anexos II-Tabla 17)

Al respecto la OECD realizó una serie de estudios comparativos entre sus países miembros, lanzando un reporte final en donde se llega a conclusiones mixtas. Aquellos países en donde el rol de las aseguradoras privadas es considerable (~30%), gozan también de una mayor inyección de recursos económicos, mayor capacidad de elección por parte de los usuarios y mayor capacidad de respuesta; sin embargo en estos países el costo de los servicios y el gasto total en salud también se incrementa ocasionando problemas importantes de equidad en el sistema, lo cual dicho sea de paso es ya un inconveniente serio para el caso de México.(24)

A pesar de todo, la información para estudiar estos agentes existe y si en verdad tomaremos la hazaña de darles una mayor participación como articuladores de nuestro sistema de salud(50,62), debemos estudiarles a profundidad.

#### **10.4 Marco regulatorio**

Los resultados obtenidos al analizar el marco regulatorio en México, muestran el panorama de un sector privado menos regulado que su contraparte pública. Esta misma percepción se tiene en estudios que datan desde hace ya más de 15 años.(39) Esto último es paradójico, pues la literatura refiere que es precisamente a este segmento al que deben enfocarse los mayores esfuerzos regulatorios debido a sus ya conocidas fallas de mercado. Adicionalmente, se ha visto que una rectoría débil se asocia a un mayor gasto privado en salud, y por lo tanto en una menor eficiencia del sistema.(6,132)

La falta de regulación puede tener dos efectos opuestos, ya sea con el aumento en el número y uso de instalaciones pequeñas y de baja calidad, lo cual ocurre en Ghana, Malawi, Tanzania y Zambia; o desencadenando en un sector privado de muy buena calidad, pero inaccesible a las personas de bajos recursos como en Argentina y Sudáfrica.(133) Como muestran los resultados del componente de prestación de servicios, México parece tener ambos, la primer tendencia para los servicios ambulatorios y la segunda para los hospitalarios privados; aunque como ya se reportó en el anexo del marco regulatorio, en el sector hospitalario privado los

patrones están cambiando, registrándose cada vez más quejas y demandas contra este tipo de servidores.(134)

Con menos del 10% de la población satisfecha con el sistema y la calidad de la atención en salud de México, con 9% de acuerdo en la forma en que el gobierno mexicano toma las decisiones respecto a salud y con sólo 42% de los mexicanos respaldando una mayor incursión del sector privado en el sistema(135); entonces ¿Cuál es la mejor manera de regular a este sector? Según Montagu y Goodman, solo existen 4 formas básicas de regular al sector privado de la salud, ya sea a través de la prohibición total, la restricción mediante regulación, el incentivo o la compra.(132)

Si bien en México, como en todos los demás países, convergen múltiples formas de interacción con el sector privado como la certificación, establecimiento de normas y leyes, estrategias de marketing social, el licenciamiento y la prohibición de algunas prácticas; (136) el país parece haber tomado una posición enérgica de fiscalización regulatoria respecto a los prestadores privados de servicios ambulatorios. Dicho sea de paso, la regulación a través de la implementación y fiscalización del marco jurídico existente es una de las mejores opciones a largo plazo, pero también una de las más costosas.(132)

Respecto al sector ambulatorio privado, el gobierno federal ha tomado recientemente acciones bastante ambiciosas con dos estrategias mediadas por COFEPRIS dirigidas al “Fortalecimiento de la Regulación en Farmacias y Consultorios” y a la “Prevención y Combate de los Servicios Médicos Ilegales”.(110,112) Del 2013 al 2015 se desarrolló la estrategia de regulación en farmacias y consultorios la cual constó de tres fases; una primera de fomento sanitario en donde se aplicó la Guía para las Buenas Prácticas Sanitarias en Farmacias y Consultorios(137), una segunda fase de verificación y control con el fin de sancionar las violaciones y una tercera enfocada en la calidad del servicio.

Esta última fase consta de cuatro acciones: (1: La implementación de un nuevo cuestionario para la detección oportuna de enfermedades crónico degenerativas, (2: La estrategia de promoción de la farmacovigilancia y el manejo de medicamentos

caducos en los consultorios, (3: Línea de acción para la difusión de programas para la promoción de la salud en CAFs y finalmente (4 La incorporación de los CAF al Catálogo Nacional de Establecimientos en Salud. Aunque esta última línea de acción se aplicó durante el año 2015 y hasta Marzo del 2016, los resultados mostrados en esta investigación (Catálogo CLUES de Sept. del 2016) muestran que aún queda mucho por hacer.

La estrategia para la prevención y combate de los servicios médicos ilegales abarca a la estrategia de farmacias, pero también se enfoca en las clínicas de medicina estética “patito”, principalmente en aspectos de vigilancia sanitaria y de acciones para fortalecer el cumplimiento de la regulación. Los esfuerzos al 2015 culminaron con alrededor de 500 suspensiones de consultorios médicos y de 300 CAF, así como multas que superaron los 5 millones de pesos.(110)

Otra estrategia que inició en 2016, es la del cumplimiento para la correcta prescripción y dispensación de medicamentos; en ella se planea combatir la venta excesiva de fármacos (no sólo antibióticos) sin receta, la falta de expedientes clínicos completos (motivo de suspensión de actividades), el diagnóstico clínico incorrecto y la falta de uso de los sistemas de referencia y contrarreferencia, entre otras cosas.(112)

## **10.5 Aspectos globales del sector privado**

### *Tipificación del sector privado en México*

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, es posible realizar una caracterización del sector privado mexicano y comparar algunas de sus propiedades con las de otros sectores privado en el mundo. El reciente trabajo de Mackintosh y cols. hace una propuesta de clasificación de los sectores privados en países de ingresos bajos y medios a partir del análisis de tres dimensiones: el patrón y contribución del Gasto Privado en Salud como porcentaje del GTS, la dependencia del sector público en cobros y cuotas de recuperación y su participación en la atención primaria y secundaria de la salud, todas ellas analizadas en el presente estudio.

Se proponen entonces cinco tipologías del sector privado, a saber: 1) Un sector privado dominante como el caso de la India y Nigeria; 2) un sector privado complementario a un sector público universal como el de Sri Lanka y Tailandia; 3) un sector privado de alto costo asociado a un sistema segmentado como el de Argentina y Sudáfrica, 4) un sector privado que acompaña a un sector público altamente comercializado como el de China y finalmente 5) un sector privado estratificado, estilizado por el sector público y patrones de bajos ingreso, como los de Tanzania, Malawi, Ghana y Nepal. (133)

Si bien el sistema de salud Mexicano tiene características propias de un sistema segmentado en proceso de reforma hacia uno universal que lo hacen compartir algunas características con los modelos dos y tres, la mayor similitud entre propiedades lo clasificaría dentro de la tipología cinco: Un sector privado estratificado. Las particularidades propias a esta tipología son la de un sector privado de la salud con altos porcentajes históricos de gasto privado, entre 50-74%, que han ido descendiendo a través del tiempo; este sector se encuentra socialmente estratificado con hospitales y clínicas para las personas en mejores condiciones económicas y un uso substancial de droguerías privadas por las personas de bajos ingresos.

Esta última tipología toma en consideración que en algunos escenarios, el sector privado puede retar o incluso sobrepasar al sector público. Situaciones comunes a esta clasificación son el auge de las farmacias y tiendas privadas, usualmente de baja calidad, en donde se oferta tratamiento a la población o presencia de inequidades en la atención secundaria. La atención secundaria incluye a las clínicas y hospitales del sector privado en donde se atienden principalmente los grupos poblacionales de mayores ingresos, ya que la percepción general los identifica con mejor servicio e instalaciones; en contraste con una peor infraestructura y calidad del sector público. La mayor demanda de este tipo de sector privado se encuentra en los pequeños dispensarios, tiendas y farmacias en tendencias de aumento por la poca regulación existente.(133)

Tomando en cuenta los resultados mostrados hasta el momento, el quinto modelo de sector privado propuesto por Mackintosh encaja muy bien con la realidad del sistema de salud mexicano.(133) Se demuestra entonces, que este tipo de sector privado, no está ligada solamente a las economías de ingreso bajo como las de países africanos o del sureste asiático; sino también a economías medias como la de México.

Para este caso en particular, observamos que otros factores sistémicos como el nivel socioeconómico o la capacidad rectora del sistema pueden inclinar la balanza hacia uno u otro tipo de sector privado. Es decir, un sistema de salud segmentado no necesariamente desencadena en un sector privado de alto costo como el de la tipología 3, sino que otros factores como la desregulación del sector público en Argentina y Sudáfrica podrían estar jugando el rol decisivo. Así mismo, pese a estar clasificado como país de ingreso medio por sus indicadores macroeconómicos, México puede presentar un sector privado asociado a países de ingresos bajos si se toman en cuenta otros indicadores como porcentaje de pobreza, gasto en salud, PIB per cápita o índice de Gini que miden recursos destinados a la salud y distribución de la riqueza. Otros estudios ya han especificado los factores sistémicos que modulan al sector privado.(99)

#### *Fortalezas y debilidades del sector privado en el marco de la Cobertura Universal*

Como se ha discutido a lo largo del presente estudio, el sector privado mexicano nos enfrenta con debilidades y fortalezas inherentes a su funcionamiento y objetivos. Sin embargo, los estudios sistemáticos, la evidencia internacional e incluso implícitamente el pensamiento de algunos reportajes y opiniones lo mencionan ya, la mejor manera de tener un sector privado de calidad, accesible, que sea justo y apoye el objetivo de lograr una cobertura universal en salud, es teniendo un sector público con estas mismas características; así como una rectoría eficaz que incentive las fortalezas, comprenda los intereses de un sector privado bastante heterogéneo y module a su vez las fallas distintivas del mismo. (55,58,99,126,132,133,138,139)

## 11 Conclusiones

Con el estudio del sector privado de la salud en México es posible llegar a una serie de conclusiones sobre cada una de las funciones abordadas. Primero que nada, existen características muy distintivas entre la atención ambulatoria y hospitalaria del país. Mientras que el mayor uso de servicios privados se da en el entorno ambulatorio, principalmente con la atención de problemas agudos; el uso de servicios públicos se ve favorecido en el medio hospitalario, sobre todo con la atención de enfermedades de mayor complejidad o que requieren de una mayor frecuencia o tiempo de hospitalización; sin embargo, la calidad del sector privado hospitalario sigue percibiéndose mejor que su contraparte pública. Estas diferencias se ven reflejadas también en la infraestructura y precios encontrados en ambos niveles de atención.

A través del análisis de los patrones de uso de las instituciones prestadoras de salud en el país, sabemos que al año 2012 los consultorios médicos privados fueron los más concurridos por la población mexicana y su participación en la atención de problemas de salud fue al menos igual de importante que los de la Secretaría de Salud. Los Consultorios Adyacentes a Farmacia, también juegan un rol sustancial en la provisión de servicios al atender aproximadamente un 17% de la demanda en el país.

Los patrones de utilización de los distintos servicios de salud en México pueden ser asociados a ciertas características de la población. Un mayor nivel educativo y socioeconómico, el no contar con afiliación a los servicios públicos y la niñez se asocian al uso de los servicios privados. Estas características han sido encontradas en estudios previos de México y del mundo.

Además, el estudio de la prestación de servicios en los sectores público y privado refleja que aún quedan pendientes ciertos problemas de eficiencia por resolver. La doble afiliación dentro del sector público y entre los sectores público y privado refleja una duplicación de esfuerzos. La sobreprescripción de procedimientos como las cesareas en el sector privado y el uso indiscriminado de medicamentos también son una forma de uso ineficiente de los recursos. Esta última particularidad puede ser

también una manifestación de que las razones de consulta en ambos sectores siguen siendo principalmente por motivos curativos o que aún seguimos inmersos en un modelo de atención médico-hegemónico. Independientemente de un sector privado que prescribe medicamentos de más, es un hecho que este sector es menos eficiente en el uso de sus recursos humanos y materiales cuando se le compara con el público.

Al nivel de recursos existe una subestimación de la infraestructura ambulatoria registrada en el Catálogo Nacional de Establecimientos en Salud; pero incluso con esta limitante, se observa que la distribución de unidades privadas se ve favorecida en áreas urbanas donde la densidad de población es mayor y que existe también una expansión importante de los CAF en México.

Las características de la infraestructura hospitalaria y de los recursos humanos que ahí trabajan, son en general muy distintas entre ambos sectores. El sector privado hospitalario mucho más pequeño y disperso que el público, parece estar sumamente medicalizado y especializado, en general desaprovechando el potencial de su recurso humano de enfermería.

La disparidad existente entre demanda de atención en salud de la población y recursos humanos disponibles en el sistema también es notoria. Mientras los médicos generales atienden más del 80% de los problemas de salud indistintamente del sector en que trabajen; estos representan el 22% de los médicos laborando en el sector público y tan sólo el 13% de los que lo hacen en el privado.

Al hablar de recursos humanos totales en el sector privado, será necesario tomar en cuenta las limitantes que nuestros sistemas de información ocasionan; el número aparentemente menor de personal de la salud trabajando en el sector privado podría ser mucho mayor si se toman en cuenta aquellos médicos y enfermeras que trabajan por su cuenta en los consultorios privados adyacentes o no adyacentes a farmacias y a los trabajadores informales de la salud, que por su naturaleza son difíciles de registrar.

En México, el 90% del gasto privado en salud sigue siendo gasto de bolsillo. Y en concordancia con la cifra de más de un 90% de las consultas terminando en la prescripción de medicamentos; el mayor gasto privado en salud no se dedicó al pago de servicios u honorarios médicos (19.5%), sino que éste se destinó a la compra de productos como medicamentos o dispositivos médicos (65%). Este mismo porcentaje se vio reflejado de manera muy similar en el gasto en salud que hacen los hogares.

A pesar de un gasto privado en salud que ha disminuido ligeramente en los últimos años, si tomamos en cuenta los servicios no remunerados y los cuidados por parte de la familia; el financiamiento privado en salud sobrepasa por mucho al financiamiento público. Será necesaria entonces una mayor y más eficiente inversión en salud por parte del estado.

Aunque creciente en los últimos 20 años, la participación de las aseguradoras privadas sigue siendo mínima en el financiamiento de la salud de los mexicanos, ocupando una décima parte del gasto privado o 4.7% del gasto total en salud. Se requiere además de mayor claridad en cuanto a la cobertura ofrecida por estos agentes, pues los números varían de acuerdo a la fuente. Dependiendo del valor de estas cifras, es que el gasto en salud destinado a este tipo de financiamiento sea considerado eficiente o no respecto a la población que atiende.

Respecto al marco jurídico de la salud en México, encontramos de manera general un sector privado menos regulado que su contraparte pública; existiendo un mayor número de leyes, reglamentos y NOMs que regulan la prestación de servicios privados, respecto a las que norman su financiamiento.

Queda en duda también si esta regulación se ve reflejada en la práctica, ya que al menos un ejercicio de búsqueda de información bibliográfica para validar la aplicación del marco jurídico nacional en ciertas características de los prestadores de servicios y las instituciones aseguradoras públicas y privadas indica que lo expuesto en la regulación no siempre concuerda con la realidad. Continúa pendiente entonces discutir cuál es la mejor forma de interactuar y regular al sector privado de la salud en México.

Finalmente, es claro que el sector privado de México cuenta con fortalezas que necesitan ser aprovechadas y debilidades inherentes que deben ser minimizadas. Comparando la literatura científica nacional e internacional y examinando los resultados globales obtenidos a partir del análisis de las cuatro funciones del sistema de salud y la contribución que el sector privado tiene en ellas; se ha llegado a concluir que el sector privado mexicano es un actor de tipología estratificada, estilizado a su vez por patrones de bajo ingreso económico en su población y un sector público que aún puede mejorar la calidad y eficiencia en la prestación de sus servicios, aumentar sus niveles de inversión pública y fortalecer su función rectora.

## 12 Recomendaciones

En un entorno donde los recursos son escasos y las demandas en salud crecientes requerimos de la participación del sector privado para lograr la cobertura universal en México. No obstante, este sector puede funcionar de manera imperfecta cuando se deja su control a la mano invisible del libre mercado.

Dado que es poco probable la desaparición del sector privado de la salud en el país, necesitamos seguir estudiándolo y aprender a interactuar con él, ensayar el fino arte de restringirlo, pero también de incentivarlo de modo que este sea un aliado en la consecución de los objetivos en salud. Y sin embargo, al ser este uno de los pocos estudios que enfocan su atención a la totalidad del sector privado en México, quedan temas que requieren ser estudiados en mayor profundidad.

Estudios próximos necesitan hacer mayor énfasis en los sistemas de información disponibles y ahondar en ciertos recursos como medicamentos y tecnologías. Algunas adaptaciones al marco analítico podrían brindar la justa importancia que tiene la metafunción rectora y abordar así algunas áreas que quedaron descubiertas en este estudio, como la regulación sanitaria y la protección al consumidor, la evaluación del desempeño, abordajes intersectoriales de la salud y la definición de prioridades.

La heterogeneidad del sector privado en México no nos permite generalizar sobre el mismo como un todo, ni siquiera sobre un tipo de proveedor en específico. Requerimos saber entonces cuál es la contribución de las OSCs a la salud en el país, saber si en realidad estos agentes se están alineando para servir el interés público, o si como en algunos casos ya reportados están funcionando más bien como pantallas de humo que ayudan a cumplir intereses particulares.(140)

Será necesario diseñar nuevas estrategias para abordar los gaps de información, tácticas que nos permitan conocer el impacto que tienen los trabajadores informales de la salud, las dobles jornadas laborales e incluso también los consultorios y clínicas formalmente registrados de pequeño y mediano tamaño, sobre los que muy poco se ha escrito en México. Sin lugar a dudas, dar prioridad a un sistema de

información unificado que tome en cuenta tanto el sector público como privado será necesario para asegurar un uso eficiente de los recursos.

La contribución, los intereses y el rol que juegan los grandes corporativos, las grandes cadenas, los distribuidores de materiales y medicamentos, así como la misma industria farmacéutica merecen también un mayor escrutinio. Las iniciativas para reducir el gasto privado en salud deben tomar en cuenta políticas integrales de medicamentos, donde no sólo se asegure un mayor acceso a cuadros básicos, sino que también estimulen la generación de fármacos de patente y genéricos en el país, pues sólo 5% de las sustancias activas se encuentran en este último formato.

Al ser estos uno de los principales insumos para la salud, México requiere tener una mayor y más eficiente inversión en investigación con la cual se apoye en la generación de nuevos medicamentos y tecnologías. Si buscamos reducir costos y el consecuente gasto en salud, el país requiere disminuir la dependencia de insumos del extranjero. Más aún, el que la gran mayoría de las consultas terminen en la prescripción de un medicamento es muy debatible por sí misma.

Quedan también algunas preguntas inconclusas para el futuro, y es que en nuestro estudio se plantea la importancia de incorporar el sector privado en el logro de las metas en salud, pero ¿cuál es la mejor forma de evaluar su contribución en el logro de estas metas? son muy pocos los marcos analíticos disponibles que tratan de abordar esta pregunta(120), necesitamos tener una línea de base que nos permita saber si las intervenciones están surtiendo el efecto deseado. Inclusive, si el objetivo es lograr una cobertura efectiva en salud, son también contadas las herramientas que nos permiten medir el progreso logrado hacia esta meta.(141)

Finalmente, la investigación sobre el sector privado necesita traducirse en políticas públicas que lo regulen, por lo mismo será necesario encontrar las mejores formas de interactuar con él. Es probable que las estrategias más innovadoras y efectivas se obtengan a partir de enfoques que contemplen al sistema de salud en su conjunto, ya que la evidencia muestra que las medidas que se ejecutan sobre un sector repercuten en el otro y que las características del sector privado son dependientes del contexto específico en el que se desenvuelve.

## 13 Anexos

### Anexo I- Variables de Estudio

**Objetivo 1:** Describir los servicios de atención sanitaria que demanda la población en el sector privado del sistema de salud mexicano.

**Cuadro 1- Variables de la función de prestación de servicios**

Área de Estudio	Fuente	Variable	Definición	Tipo de Variable	Operacionalización
1.1 Características de la Población	ENSANUT	Edad	Tiempo que ha vivido la persona desde su nacimiento.	Cualitativa ordinal	Porcentaje (%), 1:0 a 9 2:10 -19 3:20 a 59 4:60 años o más
	ENSANUT	Sexo	Condición biológica que distingue a los hombres de las mujeres.	Cuantitativa	Porcentaje (%), 0: Mujer 1: Hombre
	ENSANUT	Alfabetismo	Condición de saber leer y escribir.	Cuantitativa	Porcentaje (%), 0: No 1: Si
	ENSANUT	Escolaridad	Último grado de estudios aprobado.	Cualitativa ordinal	Porcentaje (%), 0: Ninguno 2: Preescolar 3: Primaria 4: Secundaria 5: Preparatoria 6: Licenciatura 7: Maestría y Doctorado
	ENSANUT	Condición laboral	Actividad laboral que realiza la persona.	Cualitativa nominal	Porcentaje (%), 1: Sí (Trabaja) 2: No (Busca trabajo, jubilado, estudiante o quehaceres del hogar)
	ENSANUT	Lengua indígena	Persona hablante de alguna lengua indígena.	Cuantitativa	Porcentaje, 0: No 1: Si
	ENSANUT y Encuesta Intercensal	Afiliación o Derechohabencia	Ingreso o aseguranza a alguna institución en donde se tenga derecho o acceso a servicios para la salud.	Cuantitativa	Porcentaje (%) 1: IMSS 2: ISSSTE 3: PEMEX, Defensa o Marina 4: Seguro Popular 5: Seg. Privado 6: Alguna afiliación + Seg. Pop 7: Otras dobles afiliaciones 8: Otra inst. 9: No afiliado
1.2 Uso de Servicios	ENSANUT y Encuesta Intercensal	Utilización	Condición de uso de servicios de salud en alguna institución.	Cuantitativa	Porcentaje (%) 1: Público 2: Privado 3: Público o privado 4: Se automédica, no se atiende o no sabe/ no refiere
	ENSANUT	Lugar de atención	Lugar donde se atendió los problemas de salud.	Cuantitativa	Porcentaje (%) 1: IMSS 2: ISSSTE 3: PEMEX, Defensa y Marina 4: Ssa 5: IMSS Op. 6: Otro Pub o mezcla PP 7: Médico privado 8: CAF 9: Otro priv.

**Cuadro 1- Variables de la función de prestación de servicios**

Área de Estudio	Fuente	Variable	Definición	Tipo de Variable	Operacionalización
1.2 Uso de Servicios	ENSANUT	Problemas de Salud	Problema de salud en las últimas dos semanas.	Cuantitativa	Número absoluto y porcentaje; 1:Infecciones respiratorias 2:Neumonía o bronconeumonía 3:Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica o enfisema) 4: Cáncer o tumores malignos 5:Tos, catarro, dolor de garganta 6:Tuberculosis 7:Enfermedades del corazón 8:Fiebre reumática 9:Infección de oído 10:Conjuntivitis 11:Asma 12:Diarrea 13:Enfermedades renales 14:Infección de vías urinarias 15:Gastritis o úlcera gástrica 16:Colitis 17:Parasitosis intestinal 18:Obesidad 19:Dolor de cabeza o cefalea sin otra manifestación 20:Fiebre sin otra manifestación 21:Enfermedad exantemática (varicela, rubéola, escarlatina) 22:Hepatitis Infección de transmisión sexual 24:VIH/SIDA 25:Diabetes 26:Hipertensión arterial 27:Embolia o derrame cerebral 28:Artritis 29:Alergias 30:Problemas de la piel 31:Enfermedad bucodental 32:Paludismo 33:Dengue 34:Intoxicación por veneno de alacrán, serpiente o araña 35:Alcoholismo 36:Tabaquismo 37:Padecimientos generados por consumo de drogas 38:Lesión física por accidente 39:Lesión física por agresión 40:Pérdida de la memoria 41:Estrés 42:Depresión 43:Susto, empacho, mal de ojo o aire 44:Otro problema (especifique) 45: NS/NR
	ENSANUT	Tipo de RH en atención	Recurso humano que atendió el problema de salud.	Cuantitativa	Número absoluto y porcentaje; 1: Familiar 2:Amigo o vecino 3:Dependiente de farmacia 4:Curandero 5:Partera 6:Yerberero 7:Homeópata 8:Naturista 9:Acupunturista 10:Promotor de Salud 11:Médico General 12:Especialista 13:Dentista 14:Enfermera 15:Nutriólogo 16:Otro

**Cuadro 1- Variables de la función de prestación de servicios**

<b>Área de Estudio</b>	<b>Fuente</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Operacionalización</b>
1.3 Atención Hospitalaria	INEGI, Cubo de Egresos Hospitalarios (morbilidad sector salud) y Boletín de Información Estadística 2014-2015	Total de egresos hospitalarios	Total de pacientes que salen de un servicio del hospital e implica la desocupación de una cama censable, incluye altas por curación, mejoría, traslado a otra unidad, defunción o alta voluntaria.	Cuantitativa	Egresos por 100 mil habitantes (OECD)
	INEGI (Salud en establecimientos particulares) y Egresos Hospitalarios Cubos (morbilidad sector salud)	Días de estancia hospitalaria	Total de días transcurridos desde el ingreso del paciente al hospital hasta su egreso. Se contabiliza relacionando la fecha de ingreso con la de egreso contando todos los días excepto el último. El paciente que ingresa y egresa el mismo día, genera un día estancia.	Cuantitativa	Promedio de número de días de hospitalización (OECD)
	INEGI (Salud en establecimientos particulares) y Egresos Hospitalarios Cubos	Partos atendidos en hospitales	Total de procesos mediante los cuales el feto, la placenta y sus anexos son expulsados del organismo materno, a través de las vías genitales, correspondiente a un embarazo de 22 o más semanas de gestación.	Cuantitativa	Número absoluto, partos/ 1000 habitantes
	INEGI (Salud en establecimientos particulares) y SINAC	Nacidos vivos en hospitales	Expulsión o extracción completa de un producto de la concepción del cuerpo de su madre, que después de dicha separación respire o dé cualquier otra señal de vida, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.	Cuantitativa	Número absoluto, nacidos/1000 habitantes
	Boletín de Información Estadística 2014-2015	Defunciones generales	Es la extinción o término de la vida. Desaparición de todas las funciones vitales ocurridas después del nacimiento vivo.	Cuantitativa	Número absoluto por lugar de defunción

**Cuadro 1- Variables de la función de prestación de servicios**

Área de Estudio	Fuente	Variable	Definición	Tipo de Variable	Operacionalización
1.3 Atención Hospitalaria	INEGI (Salud en establecimientos particulares), SINERHIAS y Cubo de Servicios	Consultas diarias por consultorio en hospitales	Número de consultas que se desempeñan por cada consultorio hospitalario.	Cuantitativa	Consultas/ consultorio/ día
	INEGI (Salud en establecimientos particulares), SINERHIAS y Cubo de Servicios	Cirugías diarias por quirófano	Número de procedimientos quirúrgicos que se realizan en cada quirófano.	Cuantitativa	Cirugías/ quirófano/ día

**Objetivo 2:** Estimar la infraestructura, los recursos humanos, económicos y tecnológicos con los que se cuentan en el sector privado del sistema de salud de México.

**Cuadro 2. Variables de la función de recursos**

Área de Estudio	Fuente	Variable	Definición	Tipo de Variable	Operacionalización
2.1 Infraestructura General	Catálogo CLUES	Número de CLUES de servicios privados	La CLUES es una Clave Única de Establecimientos de Salud, la cual se otorga a todos los establecimientos de salud registrados. Sirven como medida indirecta del número de establecimientos existentes, en este caso particular con énfasis en el sector privado.	Cuantitativa	<p>Número Absoluto;</p> <p>Por Institución 1: Cruz Roja y otras OSCs 2:Privados</p> <p>Por nivel de atención 1:Primer nivel 2:Segundo nivel 3:Tercer nivel</p> <p>Por tipo de establecimiento: 1:De apoyo 2:De asistencia social 3:Consulta Externa 4:Hospitalización</p> <p>Por entidad federativa 1:Aguascalientes- 32:Zacatecas</p>

**Cuadro 2. Variables de la función de recursos**

Área de Estudio	Fuente	Variable	Definición	Tipo de Variable	Operacionalización
2.2 Infraestructura Hospitalaria	INEGI (Salud en establecimientos particulares) y SINERHIAS	Consultorios	Establecimiento donde uno o más médicos atienden a los pacientes que asisten a él para realizar una consulta.	Cuantitativa	Número absoluto y porcentaje; 0: Generales 00: De especialidad
	SINERHIAS	Camas censables	Camas instaladas en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos.	Cuantitativa	Número absoluto, Porcentaje (%) público y privado
	INEGI (Salud en establecimientos particulares) y SINERHIAS	Camas no censables	Cama que se destina a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, iniciar tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También es denominada cama de tránsito y cuya característica fundamental es que no genera egresos hospitalarios. Aquí se incluyen las camas de urgencias, de terapia intensiva, de trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas, cunas de recién nacido.	Cuantitativa	Camas no censables/ 1000 habitantes (OECD)
	SINERHIAS	Quirófanos (salas)	Sala de un establecimiento hospitalario especialmente acondicionada para realizar operaciones quirúrgicas.	Cuantitativa	Número absoluto, porcentaje (%) público y privado
	SINERHIAS	Salas de expulsión	Espacios destinados a los partos en los hospitales y clínicas.	Cuantitativa	Número absoluto, porcentaje (%) público y privado
	SINERHIAS	Estaciones (unidades) de hemodiálisis	Unidades dedicadas al tratamiento de pacientes que requieren de hemodiálisis.	Cuantitativa	Número por 100 mil habitantes

**Cuadro 2. Variables de la función de recursos**

<b>Área de Estudio</b>	<b>Fuente</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Operacionalización</b>
2.2 Infraestructura Hospitalaria	INEGI (Salud en establecimientos particulares) y SINERHIAS	Unidades dentales	Áreas dedicadas a favorecer la recuperación dental a través de técnicas o método que realiza un higienista dental o en su efecto un odontólogo.	Cuantitativa	Número por 100 mil habitantes
	INEGI (Salud en establecimientos particulares) y SINERHIAS	Cunas de recién nacidos	Tipos de camas para recién nacidos, en el contexto hospitalario.	Cuantitativa	Número por 100 mil habitantes
2.3 Recursos Humanos	INEGI (Salud en establecimientos particulares) y SINERHIAS	Médicos	Profesional que practica la medicina y que intenta mantener y recuperar la salud humana mediante el estudio, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad o lesión del paciente	Cuantitativa	Número absoluto de médicos generales y especialistas 1:Médicos en contacto con paciente, 2: Personal médico administrativo, 3: Personal médico en formación
	INEGI (Salud en establecimientos particulares) y SINERHIAS	Médicos especialistas	Licenciados en medicina que, mediante un programa de formación de posgrado de Médico Interno Residente (MIR), adquiere un conjunto de conocimientos especializados relativos a un área específica del cuerpo humano, a técnicas quirúrgicas o a un método diagnóstico determinado.	Cuantitativa	Número absoluto y porcentaje; 1:Generales 2:Especialistas
	INEGI (Salud en establecimientos particulares) y SINERHIAS	Enfermeras	Persona que tiene por oficio asistir o atender a enfermos, heridos o lesionados bajo las prescripciones de un médico, o ayudar al médico o cirujano.	Cuantitativa	Número absoluto y porcentaje 1: En contacto con el pacientes 2:En labores administrativas
	SINERHIAS	Personal profesional	Personal con estudios profesionales.	Cuantitativa	Número absoluto, porcentaje (%)
	SINERHIAS	Personal técnico	Personal con estudios técnicos.	Cuantitativa	Número absoluto, porcentaje (%)
2.4 Recursos Materiales: Insumos y Tecnologías para la Salud	COFEPRIS (Base de datos de certificación de buenas prácticas de fabricación de dispositivos médicos)	Fábricas de dispositivos médicos	Productoras de alguna sustancia, material, aparato o instrumento empleado en el diagnóstico, monitoreo o prevención de enfermedades en humanos o auxiliares en el tratamiento de las mismas y de la discapacidad, así como los empleados en el reemplazo, corrección, restauración o modificación de la anatomía o procesos fisiológicos humanos.	Cuantitativa	Número absoluto

**Cuadro 2. Variables de la función de recursos**

<b>Área de Estudio</b>	<b>Fuente</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de Variable</b>	<b>Operacionalización</b>
2.4 Recursos Materiales: Insumos y Tecnologías para la Salud	COFEPRIS (Solicitudes de registro sanitario de medicamentos)	Medicamentos registrados	Número de solicitudes de registro sanitario de medicamentos alopáticos, herbolarios, homeopáticos, vitamínicos, huérfanos.	Cuantitativa	Número absoluto y sustancias activas
	SINERHIAS	Aceleradores lineales	Dispositivo que se usa más comúnmente para dar radioterapia de haz externo a enfermos con cáncer. El acelerador lineal también se puede usar para tratar todas las partes/órganos del cuerpo. Suministra rayos X de alta energía a la región del tumor del paciente.	Cuantitativa	Equipos/ 1 millón de habitantes
	INEGI (Salud en establecimientos particulares) y SINERHIAS	Equipos de radioterapia	Equipo para el tratamiento oncológico que utiliza radiaciones para eliminar células tumorales, en la parte del organismo donde se apliquen (tratamiento local).	Cuantitativa	Equipos/ 1 millón de habitantes (OECD)
	INEGI (Salud en establecimientos particulares) y SINERHIAS	Equipo para mamografía	Equipo que sirve para la exploración radiográfica de las mamas de una mujer.	Cuantitativa	Equipos/ 1 millón de habitantes (OECD)
	INEGI (Salud en establecimientos particulares) y SINERHIAS	Scanners de tomografía axial computarizada	Equipo que utiliza radiación X para obtener cortes o secciones de objetos anatómicos con fines diagnósticos.	Cuantitativa	Equipos/ 1 millón de habitantes (OECD)
	INEGI (Salud en establecimientos particulares) y SINERHIAS	Incubadoras	Aparato donde se tiene a los niños recién nacidos prematuros o con problemas de salud para facilitar el desarrollo de sus funciones orgánicas o para mantenerlos aislados del exterior y en unas condiciones específicas de calor, nivel de oxígeno, alimentación y control médico.	Cuantitativa	Equipos/ 1 millón de habitantes
	SINERHIAS	Cunas de calor radiante	Aparatos médicos diseñados para proporcionar una zona térmica de confort a los neonatos, con el fin de que puedan mantener una temperatura corporal de 36 a 37 °C	Cuantitativa	Equipos/ 1 millón de habitantes

**Objetivo 3:** Describir el financiamiento del sector privado del sistema de salud mexicano.

**Cuadro 3. Variables de la función de financiamiento**

Área de Estudio	Fuente	Variable	Definición	Tipo de Variable	Operacionalización
3. Financiamiento	SICUENTAS	Gasto total en salud (GTS)	Suma de la totalidad de gastos que se emplean para el mantenimiento, restauración o mejora de la salud ya sea pagada en efectivo o proporcionada en especie. Es la suma del gasto del sector público y privado en salud.	Cuantitativa	Número absoluto (Pesos y dólares internacionales)
	SICUENTAS y OMS	Gasto total en salud como porcentaje del PIB	Gasto total en salud expresado como porcentaje del Producto Interno Bruto del país.	Cuantitativa	Porcentaje (%)
	SICUENTAS	Gasto público total en salud	Suma de gastos en salud realizados por entidades gubernamentales como el ministerio de salud, organizaciones paraestatales o agencias de seguridad social. Incluye todos los gastos de estas entidades independientemente de la fuente, así que incluye cualquier financiamiento de donadores que pase a través de ellas. Incluye también transferencia de pagos a los hogares para compensar pagos de bienes y servicios en salud. Incluye gasto corriente y de capital.	Cuantitativa	Número absoluto (Pesos y dólares internacionales)
	SICUENTAS	Gasto público total en salud como porcentaje del GTS	Cantidad del gasto general del gobierno expresado como porcentaje del gasto total en salud.	Cuantitativa	Porcentaje (%)
	SICUENTAS	Gasto privado total en salud	Suma de gastos en salud efectuados por entidades privadas como hogares, aseguradoras, organizaciones no lucrativas, corporaciones o cuasi-corporaciones con una función de prestación de servicios o de financiamiento. Incluye todos los gastos de estas entidades independientemente de la fuente, así que incluye cualquier financiamiento de donadores que pase a través de ellas.	Cuantitativa	Número absoluto (Pesos y dólares internacionales)
	SICUENTAS	Gasto privado total en salud como porcentaje del GTS	Nivel del gasto general del sector privado expresado como porcentaje del gasto total en salud.	Cuantitativa	Porcentaje (%)

**Cuadro 3. Variables de la función de financiamiento**

Área de Estudio	Fuente	Variable	Definición	Tipo de Variable	Operacionalización
3. Financiamiento	SICUENTAS y OMS	Gasto privado total en salud como porcentaje del gasto total en salud	Nivel de gasto privado general en salud expresado como porcentaje del gasto total del gobierno.	Cuantitativa	Porcentaje (%)
	Base de Datos de Gastos Globales en Salud OMS	Gasto total en salud per cápita	Gasto total en salud que se utilizó por cada habitante expresado en dólares internacionales PPP	Cuantitativa	Número absoluto (Pesos y dólares internacionales)
	SICUENTAS	Gasto público en salud per cápita	Gasto gubernamental tota en salud que se utilizó por cada habitante expresado en dólares internacionales PPP	Cuantitativa	Número absoluto (Pesos y dólares internacionales)
	SICUENTAS	Gasto privado en salud per cápita	Gasto privado tota en salud que se utilizó por cada habitante expresado en dólares internacionales PPP	Cuantitativa	Número absoluto (Pesos y dólares internacionales)
	Base de Datos de Gastos Globales en Salud OMS	Gasto de bolsillo como porcentaje del gasto privado en salud	Gasto en salud de los hogares hecho como pago directo a los proveedores de servicios de salud del sector privado	Cuantitativa	Porcentaje (%)
	SICUENTAS	Gasto de hogares e ISFL	Gasto en salud que realizan los hogares y las instituciones sin fines de lucro, forma parte del gasto privado.	Cuantitativa	Número absoluto (Pesos y dólares internacionales)
	SICUENTAS y OMS	Gasto en primas de seguros	Cantidad de dinero que se emplea para el pago de primas de seguros médicos.	Cuantitativa	Número absoluto (Pesos y dólares internacionales)
	SICUENTAS	Cuotas de recuperación	Cantidad de dinero empleada para el pago de servicios de salud que emplea toda persona no afiliada a un régimen de prestación de servicios de salud o de personas afiliadas que necesitan atención con servicios no cubiertos dentro del catálogo de servicios de su régimen respectivo.	Cuantitativa	Número absoluto (Pesos y dólares internacionales)
	SICUENTAS	Distribución del gasto privado en salud por componentes	Distribución porcentual del gasto privado en bienes y servicios de consulta externa y hospitalaria.	Cuantitativa	1: Porcentaje en productos, artefactos y equipo médico 2: Porcentaje en servicios para pacientes externos 3: Porcentaje en servicios hospitalarios

**Cuadro 3. Variables de la función de financiamiento**

Área de Estudio	Fuente	Variable	Definición	Tipo de Variable	Operacionalización
3. Financiamiento	Cuentas Satélite del Sector Salud	PIB ampliado en salud	Valor económico del conjunto de bienes y servicios proveídos en un país en un periodo determinado el cual contempla además el valor económico del trabajo no remunerado de los hogares en el cuidado de la salud.	Cuantitativa	Porcentaje (%) 1:Sector salud 2:Trabajo no remunerado en salud
	Cuentas Satélite del Sector Salud	PIB ampliado en salud por sector	Porcentaje del producto interno bruto ampliado que se emplea en los sectores público, privado y no remunerado en salud.	Cuantitativa	Porcentaje (%) 1:Privado 2:Público 3:Trabajo no remunerado en salud
	Cuentas Satélite del Sector Salud	Oferta de los bienes y servicios del sector salud	Origen de los bienes y servicios en salud que incluye el valor económico del cuidado no remunerado de los hogares	Cuantitativa	Porcentaje (%) 1:Nacional 2:Importaciones 3:Comercialización y transporte
	Cuentas Satélite del Sector Salud	Utilización de los bienes y servicios del sector salud	Destino de los bienes y servicios en salud que incluye el valor económico del cuidado no remunerado de los hogares	Cuantitativa	Porcentaje (%) 1:Hogares 2:Seguridad social 3:Gobierno central, estatal y local 4:Demanda intermedia 5:Formación bruta de capital fijo y variación de existencias 6:Exportaciones 7:ISFLSH
	Cuentas Satélite del Sector Salud	Distribución del gasto de los hogares en salud	Porcentaje del gasto de los hogares en el cuidado de la salud.	Cuantitativa	Porcentaje (%) 1:Medicamentos y otros bienes 2:Consultas médicas 3:Servicios hospitalarios 4:Bienes de apoyo 5:Servicios de apoyo 6:Laboratorios, ambulancias, residencias de salud, entre otros.
	Cuentas Satélite del Sector Salud	Gasto de los hogares en medicina tradicional	Porcentaje de gasto desglosado por servicios profesionales y productos medicinales.	Cuantitativa	Porcentaje (%) 1:Productos naturales 2:Servicios médicos tradicionales
	Cuentas Satélite del Sector Salud	Valor económico del cuidado de la salud no remunerado de los integrantes del hogar	Valor económico del trabajo no remunerado que los miembros del hogar realizan en el cuidado de la salud, permitiendo dimensionar de manera más precisa el aporte de los hogares a la economía nacional, al presentar la producción y el consumo de los servicios del hogar no medidos en la contabilidad nacional.	Cuantitativa	Número absoluto en millones de pesos, Porcentaje (%) 1:Enfermo crónico o con discapacidad 2:Enfermo temporal 3:Cuidados preventivos

**Cuadro 3. Variables de la función de financiamiento**

Área de Estudio	Fuente	Variable	Definición	Tipo de Variable	Operacionalización
3. Financiamiento	Cuentas Satélite del Sector Salud	Puestos de trabajo ocupados en sector salud (remunerados)	Cantidad de puestos de trabajo en el sector privado desglosado por sector público y privado.	Cuantitativa	Porcentaje (%) 1:Sector público 2:Sector privado

**Objetivo 4:** Describir el marco normativo que regula las funciones de prestación de servicios y financiamiento del sector privado en México.

**Cuadro 4. Dimensión y categorías de análisis de la sub-función de regulación**

Dimensión	Definición	Categoría de Análisis	Definición	Cualidades
Marco Legal de la prestación de servicios y el financiamiento en el sector privado	Conjunto de leyes y normas oficiales mexicanas que regulan la prestación de servicios privados en el territorio nacional	Prestación de servicios	Aquellas leyes, normas y reglamentos dirigidos especialmente a regular la prestación de servicios en el sector privado de la salud.	Copagos o precios al público, resolución de conflictos, mejora de la calidad, satisfacción, plan de carrera, calidad técnica y formación profesional
		Financiamiento:	Aquellas leyes, normas y reglamentos dirigidos especialmente a regular el financiamiento de servicios en el sector privado de la salud.	Plan de beneficios, precios al público, resolución de conflictos, satisfacción y viabilidad financiera

## Anexo II- Capacidades Regulatorias

**Tabla 16- Comparación de capacidades regulatorias en la prestación de servicios de salud en México (2017)**

	Todos los prestadores	
Pregunta	¿Se regulan los precios al público que ofrecen los prestadores institucionales y los profesionales de la salud?	¿Existen medios estructurados para la solución de conflictos entre los prestadores de servicios de salud y los usuarios?
	Copagos o Precios al Público	Resolución de Conflictos
Prestadores Públicos	<p>La provisión de servicios de salud sin costo al momento de la atención se encuentra regulada en los distintos reglamentos y leyes de las instituciones públicas, pues la afiliación a los servicios tiene per se una cuota que los cubre.(88,142,143) En el SPS la afiliación es gratuita para la población de muy bajos ingresos y lo mismo ocurre en la seguridad social para ciertos grupos poblacionales como los estudiantes.(144) En los casos en que llega a cobrarse un servicio no contemplado en los catálogos de servicios como el CAUSES del Seguro Popular, estos se establecen a partir de los costos de producción del sector público, por lo que los precios son generalmente menores que los del sector privado.(143)</p>	<p>El art. 54 de la LGS establece que las autoridades establecerán mecanismos para que los usuarios presenten sus quejas, reclamaciones o sugerencias contra los servicios y servidores públicos.(87) Existe un sistema de resolución de conflictos que es común a ambos sectores. El sistema tiene un mecanismo judicial y otro no judicial. En la variante judicial las controversias se dirimen en los tribunales. En la variante no judicial, existe una Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y 25 Comisiones Estatales de Arbitraje Médico (CEAMs). Cuando los procesos de conciliación y arbitraje no resuelvan las diferencias entre proveedores y usuarios, estos pueden recurrir a los tribunales civiles y penales. Los principales problemas que enfrenta el sistema son los de mala práctica.(143,145) Si bien el IMSS tiene el mayor número de quejas generales, una nueva tendencia contraria a lo que ocurría en años pasados, muestra que los hospitales privados son los que más quejas han tenido por malas prácticas médicas.(134,146,147) A pesar de la existencia de medios oficiales para la resolución de conflictos, incluso los mismos funcionarios de la CONAMED reconocen que son mínimos los casos en los que se logró una sanción para los responsables.(147) Esto a su vez genera sentimientos de inconformidad no sólo entre los pacientes, sino también entre los médicos quienes al verse acorralados han montado movimientos para descriminalizar el acto médico y mostrar también la situación desde su perspectiva.(148,149)</p>
Prestadores Privados	<p>La Ley General de Salud en su artículo 43, establece que los servicios de salud de carácter social y privado estarán sujetos a las tarifas que establezca la Secretaría de Economía, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud; de la anterior disposición quedan exentos los prestadores de servicios personales independientes. La LGS llega incluso a mencionar en su art. 44 que “los establecimientos particulares para el internamiento de enfermos, prestarán sus servicios en forma gratuita a personas de escasos recursos, en la proporción y términos que señalen los reglamentos”. (87) Sin embargo, en la práctica no existe regulación de precios, sean proveedores institucionales o servicios personales independientes; los precios son determinados por el mercado.(143) La literatura periodística digital reporta en algunos casos cobros excesivos y abusos por parte de los hospitales privados.(97)</p>	<p>El art. 54 de la LGS establece que las autoridades establecerán mecanismos para que los usuarios presenten sus quejas, reclamaciones o sugerencias contra los servicios y servidores públicos.(87) Existe un sistema de resolución de conflictos que es común a ambos sectores. El sistema tiene un mecanismo judicial y otro no judicial. En la variante judicial las controversias se dirimen en los tribunales. En la variante no judicial, existe una Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y 25 Comisiones Estatales de Arbitraje Médico (CEAMs). Cuando los procesos de conciliación y arbitraje no resuelvan las diferencias entre proveedores y usuarios, estos pueden recurrir a los tribunales civiles y penales. Los principales problemas que enfrenta el sistema son los de mala práctica.(143,145) Si bien el IMSS tiene el mayor número de quejas generales, una nueva tendencia contraria a lo que ocurría en años pasados, muestra que los hospitales privados son los que más quejas han tenido por malas prácticas médicas.(134,146,147) A pesar de la existencia de medios oficiales para la resolución de conflictos, incluso los mismos funcionarios de la CONAMED reconocen que son mínimos los casos en los que se logró una sanción para los responsables.(147) Esto a su vez genera sentimientos de inconformidad no sólo entre los pacientes, sino también entre los médicos quienes al verse acorralados han montado movimientos para descriminalizar el acto médico y mostrar también la situación desde su perspectiva.(148,149)</p>

**Tabla 16- Comparación de capacidades regulatorias en la prestación de servicios de salud en México (2017) Cont.**

	Institucionales		
Pregunta	¿Existe un sistema estructurado de mejora de la calidad en la prestación de servicios institucionales de salud?	¿Se regula la evaluación de la satisfacción de los usuarios de servicios institucionales de salud?	¿Se regula el plan de carrera para los profesionales de la salud que laboran en el ámbito institucional?
	<b>Mejora de la Calidad</b>	<b>Medición Satisfacción</b>	<b>Plan de Carrera</b>
Prestadores Públicos	<p>En su artículo 51, la LGS establece que los usuarios de servicios públicos y privados tienen derecho a obtener servicios de salud oportunos y de calidad, así como una atención profesional, ética, con trato respetuoso y digno.(87) Existe un Comité Nacional por la Calidad en Salud (CONACAS) y un Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS). (150,151) Los aspectos regulados son: Autorización y licenciamiento; certificación de profesionales; acreditación y certificación de establecimientos y de instituciones educativas. Los entes reguladores son: el CSG; la DGCES; los Colegios de Especialidades y el COMAEM.(143,152–154) La acreditación de los hospitales a cargo del CSG ha avanzado con cierta lentitud, lo que sí ha tenido mayor celeridad es la acreditación de unidades que atienden a los afiliados del SPS. (37)</p>	<p>Existe evaluación de los prestadores, como parte de los sistemas de gestión de calidad, que son oficiales y obligatorios para los prestadores que reciben fondos públicos. Las evaluaciones tienen enfoque sistémico y valoran los elementos de estructura, proceso y resultados. (143) Las instituciones de seguridad social tienen sus propios sistemas de medición de la satisfacción.(155) Adicionalmente la encuesta de salud ENSANUT mide satisfacción de los usuarios de manera bianual en los tres sectores.(131)</p>	<p>Los distintos departamentos o subsecretarías emiten tabuladores y perfiles de puesto diseñados para cada una de las ramas médicas, paramédicas y de grupos afines en los servicios de salud públicos. Sin embargo las estructuras orgánicas y características de perfil profesional no son los mismos para cada uno de los segmentos del sistema.(156,157) Es común que en cada una de las instituciones prestadoras de servicios existan departamentos de educación continua para la formación y desarrollo de los profesionales.(153) En el sector público, existe además un sistema de incentivos al desempeño.(37)</p>

<p>Prestadores Privados</p>	<p>Si bien la Ley General de Salud establece que todas las unidades deben acreditarse con ciertos criterios de calidad. (37) en la práctica hay gran heterogeneidad en la calidad del sector, desde los grandes hospitales símbolo de la calidad y seguridad en el país, hasta aquellos en que los accidentes, mal trato y abusos son frecuentes.(158) Un indicador de avance en la materia se ha dado en los últimos años con la puesta en marcha de las Estrategias para el Fortalecimiento de la Regulación en Farmacias y Consultorios y la de Prevención y Combate de Servicios Médicos Ilegales por parte de COFEPRIS. Abordando así el gran vacío histórico que existía en el sector ambulatorio privado, especialmente respecto a los Consultorios Adyacentes a Farmacias (110,112) En general este sector se regula a través de Normas Oficiales Mexicanas.(68)</p>	<p>Sólo si los prestadores privados así lo deciden. No existe un sistema específico de evaluación de la satisfacción de los usuarios de este sector. Aun así, de forma bianual la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición arroja algunos valores sobre la percepción de la calidad de los usuarios de servicios de salud en donde se abordan tanto los sectores público como privado.(131)</p>	<p>No existe el plan de carrera en el sector privado y tampoco se regula. Los salarios y el aumento de este se maneja conforme a las reglas del mercado. Es común que en los grandes hospitales se manejen áreas de educación continua y puede ser que en algunas otras empresas del sector privado se estimule el desarrollo profesional de los trabajadores, pero eso depende mucho de las administraciones locales. Un ejemplo más bien poco común en donde se aplican modelos de desarrollo profesional y de generación de líderes es el hospital ABC.(160) Por otro lado también existen estudios que reportan inconformidad de los médicos en el sector privado debido a la baja remuneración, informalidad en la contratación y ausencia de garantías laborales.(54)</p>
-----------------------------	--	---	---

**Tabla 16- Comparación de capacidades regulatorias en la prestación de servicios de salud en México (2017) Cont.**

	Profesionales	
Pregunta	¿Existe regulación de la calidad técnica en la prestación de servicios por parte de los profesionales de salud?	¿Se regula el contenido curricular que se brinda en la formación del personal de la salud?
	Calidad Técnica	Formación Profesional
Prestadores Públicos	<p>La certificación de los recursos humanos para la salud es responsabilidad de las instituciones de educación superior y la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública. Para laborar, los médicos deben contar con un título expedido por su institución educativa y una cédula que emite la Dirección General de Profesiones. La certificación es un proceso individual y la realizan los colegios y consejos de certificación de especialistas y de medicina familiar. Por otra parte, en el sistema público los médicos generales y especialistas están incorporados a programas de educación continua en sus propias unidades de salud y se evalúa su desempeño anualmente. Según Dantés et al., la mayoría de los médicos están certificados por sus respectivos colegios y asociaciones de profesionales.(37)</p>	<p>Aunque no se existe una armonización de todos los planes de estudio en el país, si existen procesos de acreditación como los brindados por el Consejo para la Acreditación de la Educación Superior (COPAES) que evalúa los planes de estudio y su contenido, así como la articulación de las asignaturas dentro de los programas. Del total de programas de medicina en el país, 73 están acreditados ante el COAPES (161) En México hay al 2017 más de 100 escuelas y facultades de medicina, de las cuales 97 están afiliadas a la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM).(162) Según el Consejo Mexicano para la Acreditación y Certificación de la Enfermería (COMACE), en México a la fecha existen 83 universidades públicas de las cuales 49 están acreditadas; sin embargo sólo una de las universidades privadas se encuentra en proceso de acreditación. (163)</p>
Prestadores Privados		

**Tabla 17- Comparación de capacidades regulatorias en el financiamiento de la salud en México (2017)**

		Aseguradoras	
Pregunta	¿Existe un conjunto de prestaciones/beneficios que se garantice a la población? ¿Se regulan?		
		Plan de Beneficios	
		Básico garantizado	Complementario/ Suplementario
Financiador Público	<p>Para la población abierta atendida por el Seguro Popular, existe el Catálogo Universal de Servicios de Salud 2016 (CAUSES) el cual cubre 287 intervenciones (1,663 enfermedades) y para su versión 2017 cubre además 660 medicamentos.(164,165) El CAUSES cubre también 61 intervenciones del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC) y 149 del Seguro Médico Siglo XXI, también conocido como “seguro médico para una nueva generación”. Cada institución de la seguridad social tiene sus propios cuadros de prestación de servicios. Así por ejemplo el IMSS cuenta con un régimen obligatorio y otro voluntario, que entre otras cosas cubren seguro de enfermedad y maternidad, de trabajo, invalidez, vida y otras prestaciones sociales. ISSSTE, Pemex, SEDENA y SEMAR, aunque con ligeras variantes, cuenta con beneficios similares a los del IMSS.(37)</p>	<p>No existe la figura de un seguro médico público complementario o suplementario, sin embargo hay ya varias propuestas lideradas desde hace algunos años por varias consultoras del sector privado como Pwc, en especial el investigador Miguel Ángel González Block ha estado trabajando en iniciativas que incorporen a las aseguradoras privadas en la creación de seguros voluntarios o complementarios.(51,166)</p> <p>Recientemente la AMIS y el Dr. Block han vuelto a presentar una serie de propuestas al gobierno federal para la creación de un seguro complementario al seguro popular dirigido para las personas de clase media en donde las aseguradoras privadas solventarían los gastos de enfermedades complejas.(49)</p>	
Financiador Privado	<p>Por ley las aseguradoras tienen la obligación de ofrecer servicios básicos estandarizados (seguros básicos); esto como resultado de analizar el perfil epidemiológico, las tasas de morbilidad y mortalidad, así como el record de uso de servicios por la población.(93,143)</p> <p>En el mercado mexicano es posible encontrar las figuras de seguros médicos privados que cubren gastos directos por la experiencia de alguna enfermedad, pero también la figura de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) que incluyen la medicina preventiva.(45,167)</p>	<p>Más que tener un tipo de participación suplementaria o complementaria como en otros países, el sistema de seguros privados en México es del tipo de duplicación, ya que ofrece una doble cobertura a servicios que ya son cubiertos por los esquemas públicos. Por lo mismo su participación en los esquemas de aseguramiento es bajo.</p> <p>Si bien hay un buen número de reformas y cambios en el marco jurídico de los seguros de salud, no existe ninguna regulación acerca de la cobertura expandida que puedan o deban de tener los seguros privados.</p> <p>Es posible contratar coberturas adicionales como las de enfermedades catastróficas, segunda opinión médica, cuarto suite, entre otras. (45,167)</p>	

**Tabla 18- Comparación de capacidades regulatorias en el financiamiento de la salud en México (2017) Cont.**

	Aseguradoras	
Pregunta	¿Se está regulando el precio (primas) con que las aseguradoras ofrecen sus servicios al consumidor/ usuarios?	¿Existen medios estructurados para la solución de conflictos entre las aseguradoras en salud y los usuarios de éstas?
	Precios	Resolución de Conflictos
Financiador Público	Se regulan las cuotas de los trabajadores y de los empleadores, así como la aportación que efectúa el Estado con sus fondos públicos. Los encargados de este tipo de regulación son: los Consejos de cada Institución de Seguridad Social y la Cámara de Legisladores, quienes autorizan la cuota que debe aportar la Federación al Estado Mexicano.(143)	Al igual que con la prestación de servicios, el sistema tiene dos variantes, un mecanismo judicial y otro no judicial. En la variante judicial, las controversias se dirimen en los tribunales. En la variante no judicial para los seguros públicos, existe una Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) y 25 Comisiones Estatales de Arbitraje Médico (CEAMs).(143) En la práctica sigue existiendo múltiples conflictos sin resolver como la falta de financiamiento de algunos procedimientos y disponibilidad a medicamentos que se encuentran dentro de los cuadros básicos de los esquemas públicos, sobre todo con el Seguro Popular.(168,169) Detrás de un buen número de estos casos de quejas e irregularidades se encuentran problemas base de corrupción que ocasionan falta de recursos humanos o medicamentos y a la larga generan inconformidades y tiempos de espera muy largos para algunos procedimientos de mayor complejidad como las cirugías. (168–171)
Financiador Privado	Si bien la Ley General de Salud en su artículo 43, establece que “los servicios de salud de carácter social y privado estarán sujetos a las tarifas que establezca la Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud”.(87) En la práctica no existe regulación de precio de los seguros privados, las primas se establecen mediante la interacción de la oferta y demanda.(143) Lo mismo ocurre con los deducibles, copagos y coaseguros que son gastos fijos que se deben cubrir al momento de un accidente o enfermedad. “No hay un precio fijo, todo depende de las necesidades que se establezcan en el proceso de contratación y	En la variante judicial, las controversias se dirimen en los tribunales. En la variante no judicial, los conflictos relacionados con los aspectos financieros se dirimen ante la Comisión Nacional para la Defensa de los Usuarios de las Instituciones Financieras (CONDUSEF) y los conflictos relacionados con la atención médica, se pueden resolver en la CONAMED o en la comisión estatal de arbitraje médico que corresponda.(143,145,172) A pesar de esto, son múltiples los casos de queja en donde los pacientes señalan como fraudulentas a las compañías aseguradoras y que lucran con la salud de la gente. Se quejan de la falta de pago de las aseguradoras médicas, así como de distintos tipo de estrategias que las compañías emplean para diferir el pago de gastos médicos que ellos mencionan reclamar de forma legítima. Hay quejas acerca de la selección negativa que privilegia sólo la admisión de personas jóvenes y sanas a los esquemas de aseguramiento, quejas

	además influyen factores como la edad y el sexo” Influyen en los precios los planes que se ofrecen, la cobertura, la selección del nivel hospitalario, la zona donde se radica, el estado civil, la aseguradora que ofrece el servicio, entre otras cosas.(45)	también sobre la exigencia de cierta antigüedad para poder empezar a cubrir algunos padecimientos (carencias) y de las “preexistencias” y de los “endosos” en donde se descarta la cobertura de enfermedades que ya se tienen para el primer caso o hasta incluso los padecimientos derivados de las enfermedades previas para el segundo. Las personas entrevistadas en algunos trabajos de investigación hacen mención a un abuso de la “excesiva burocracia” y de las “letras chiquitas” de los contratos.(173) Sin embargo, por el otro lado AMIS reporta que en promedio hasta un 7.29% del gasto en sector salud se pierde a causa del fraude y que en México el sector puede llegar a pagar hasta un 10% del total de indemnizaciones en siniestros fraudulentos.(174)
--	--	---

**Tabla 17- Comparación de capacidades regulatorias en el financiamiento de salud en ambos sectores de la salud en México (2017) Cont.**

	Aseguradoras	
Pregunta	¿Se regula la evaluación de la satisfacción de los usuarios de las aseguradoras en el sistema de salud de su país?	¿La viabilidad financiera de las aseguradoras tanto públicas como privadas es regulada y monitoreada?
	Satisfacción	Viabilidad Financiera
Financiador Público	En los seguros públicos, la evaluación de la satisfacción es parte de los sistemas de gestión de calidad. Es oficial y obligatorio para los aseguradores que reciben fondos públicos. En esta evaluación se incluyen cuestiones de trato, calidad técnica y comodidades de la infraestructura. (143,175)	En los seguros públicos, se realizan estudios actuariales con una visión prospectiva de tiempo en los que se analiza el comportamiento demográfico y del empleo.(93,143) Desde el 2006 la SHCP introdujo la metodología de Gestión para Resultados en los distintos órdenes de gobierno, cuyos pilares son el Presupuesto basado en Resultados y el Sistema de Evaluación del Desempeño.(176–178) No obstante, su aplicación en el sector salud se encuentra aún incipiente y los escándalos por desvíos millonarios que amenazan la estabilidad financiera de las instituciones públicas siguen siendo comunes; lo mismo ocurre con las noticias de paros y manifestaciones por parte de los trabajadores de la salud quienes demandan carencias de insumos y medicamentos básicos, mismos que por algún motivo no habían sido detectados aún por la auditorías financieras en los estados y las instituciones federales y regionales de evaluación y control.(179,180)

<p>Financiado Privado</p>	<p>No existe una evaluación continua de las aseguradoras privadas en salud. Existe una encuesta nacional ENSANUT que se elabora cada 2 años, en ella se abordan aspectos de oportunidad, amabilidad, acceso, efectividad y satisfacción; sin embargo la encuesta se enfoca en evaluar la prestación de servicios y no tanto en la evaluación de las aseguradoras. En ocasiones la CONDUSEF elabora evaluaciones de las aseguradoras, pero en ellas no se incluye la medición de satisfacción de los usuarios.(181) Una aproximación a la medición de satisfacción la ofrece el Buró de Entidades Financieras de la CONDUSEF, en donde es posible acceder a información sobre el desempeño de más de 18 sectores financieros, incluido el de salud. Es posible saber el número de reclamaciones con las que cuenta una determinada aseguradora, el tiempo que tardan en contestar las quejas, si es que tienen sanciones o cláusulas abusivas y una sección de alerta sobre posibles fraudes.(182) Un artículo del periódico "El Economista" del 2014, menciona que las aseguradoras especializadas en salud se encontraban cerca de reprobación con un índice de atención a usuarios de 6.08 (escala 1-10), con 78% de las aseguradoras con al menos un proceso de reclamación y con una resolución favorable en una tercera parte de los casos.(183)</p>	<p>La ley de Instituciones de Seguros y Fianzas contempla en múltiples apartados la verificación de la viabilidad financiera de las aseguradoras desde el momento de solicitar autorización de funcionamiento, verificación de la viabilidad técnica de los productos de seguro y contempla la implementación de mecanismos para el control permanente de las instituciones.(93) En los seguros privados, son las propias aseguradoras quienes se encargan de valorar principalmente la capacidad del sector público para proporcionar servicios, los nichos de oportunidad y el crecimiento de la economía. (143) Por lo general, el sector mexicano de seguros ha demostrado gran solidez y estabilidad en entornos financieros complicados(49)</p>
-------------------------------	---	---

## Anexo III-Marco Jurídico

**Tabla 19-Leyes y artículos que abordan la prestación de servicios privados en México**

Ley	Referencia al sector privado de la salud
<b>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</b>	<b>ARTÍCULO 4.</b> 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.
	<b>ARTÍCULO 73.</b> El congreso tiene facultad: Fracción XVI. Para dictar leyes sobre salubridad general de la república. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.
<b>Ley General de Salud</b>	<b>ARTÍCULO 5.</b> El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección en salud.
	<b>ARTÍCULO 10.</b> La Secretaría de Salud promoverá la participación, en el sistema nacional de salud de los prestadores de servicios de salud de los sectores público social y privado, de sus trabajadores y de los usuarios mismos así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan.
	<b>ARTÍCULO 11.</b> La concertación de acciones entre la Secretaría de Salud y las autoridades de las comunidades indígenas, los integrantes de los sectores social y privado, se realizará mediante convenios y contratos, los cuales se ajustarán a las siguientes bases: Definición de las responsabilidades que asuman las partes; Determinación de las acciones de orientación, estímulo y apoyo que llevará a cabo la secretaría de Salud; Especificación del carácter operativo de la concertación de acciones, con reserva de las funciones de la autoridad de la Secretaría de Salud, y Expresión de las demás estipulaciones que de común acuerdo establezcan las partes.
	<b>ARTÍCULO 30.</b> La Secretaría de Salud apoyará a las dependencias competentes en la vigilancia de los establecimientos de los sectores público, social y privado dedicados al expendio de medicamentos y a la provisión de insumos para su elaboración, a fin de que se adecuen a lo establecido en el artículo anterior.
	<b>ARTÍCULO 38.</b> 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 aplicará lo dispuesto en el artículo 43 de esta Ley.

Ley	Referencia al sector privado de la salud
Ley General de Salud	<p><b>ARTÍCULO 39.</b> Son servicios de salud de carácter social los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 40.</b> Las modalidades de acceso a los servicios de salud privados y sociales se regirán por lo que convengan prestadores y usuarios, sin perjuicio de los requisitos y obligaciones que establezca esta Ley y demás disposiciones aplicables.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 41.</b> Los servicios de salud que presten las entidades públicas o empresas privadas a sus empleados y a los beneficiarios de los mismos, con recursos propios o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, se regirán por las convenciones entre prestadores y usuarios, sin perjuicio de lo que establezcan las disposiciones de esta Ley y demás normas aplicables a las instituciones de salud respectivas.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 43.</b> 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 Comercio y Fomento Industrial, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 44.</b> Los establecimientos particulares para el internamiento de enfermos, prestarán sus servicios en forma gratuita a personas de escasos recursos, en la proporción y términos que señalen los reglamentos.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 45.</b> Corresponde a la Secretaría de Salud 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.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 46.</b> La construcción y equipamiento de los establecimientos dedicados a la prestación de servicios de salud, en cualquiera de sus modalidades, se sujetará a las Normas Oficiales Mexicanas que, con fundamento en esta Ley y demás disposiciones generales aplicables, expida la Secretaría de Salud, sin perjuicio de la intervención que corresponda a otras autoridades competentes.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 47.</b> Los establecimientos de servicios de salud deberán presentar aviso de funcionamiento a la Secretaría de Salud, en el supuesto previsto en el primer párrafo del artículo 200 bis de esta Ley. En el aviso se expresarán las características y tipo de servicios a que estén destinados y en el caso de establecimientos particulares, se señalará también al responsable sanitario. El aviso a que se refiere el párrafo anterior deberá presentarse dentro de los diez días posteriores al inicio de operaciones y contener los requisitos establecidos en el artículo 200 bis de esta Ley. En la operación y funcionamiento de los establecimientos de servicios de salud se deberán satisfacer los requisitos, que establezcan los reglamentos y normas oficiales mexicanas correspondientes.</p>
<p><b>ARTÍCULO 48.</b> Corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias y en coordinación con las autoridades educativas, vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos.</p>	

Ley	Referencia al sector privado de la salud
Ley General de Salud	<p><b>ARTÍCULO 49.</b> La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas coadyuvarán 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 estimularán 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.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 50.</b> Para los efectos de esta Ley, se considera usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 53.</b> La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a los servicios públicos a la población en general y a los servicios sociales y privados.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 55.</b> Las personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o que alguna persona requiera de la prestación urgente de servicios de salud, cuidarán, por los medios a su alcance, que los mismos sean trasladados a los establecimientos de salud más cercanos, en los que puedan recibir atención inmediata, sin perjuicio de su posterior remisión a otras instituciones.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 58.</b> La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado</p>
	<p><b>ARTÍCULO 68.</b> Los servicios de planificación familiar comprenden: III. La asesoría para la prestación de servicios de planificación familiar a cargo de los sectores público, social y privado y la supervisión y evaluación en su ejecución, de acuerdo con las políticas establecidas por el Consejo Nacional de Población.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 106.</b> Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, los gobiernos de las entidades federativas, los municipios y las autoridades de las comunidades indígenas cuando proceda, así como las personas físicas y morales de los sectores social y privado, que generen y manejen la información a que se refiere el artículo 104 de esta ley, deberán suministrar a la Secretaría de Salud, con la periodicidad y en los términos que ésta señale, para la elaboración de las estadísticas nacionales para la salud.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 108.</b> La Secretaría de Salud orientará la captación, producción, procesamiento, sistematización y divulgación de la información para la salud, con sujeción a los criterios generales que establezca la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a los cuales deberán ajustarse las dependencias y entidades del sector público y las personas físicas y morales de los sectores social y privado.</p>
<p><b>ARTÍCULO 148.</b> Quedan facultadas las autoridades sanitarias competentes para utilizar como elementos auxiliares en la lucha contra las epidemias, todos los recursos médicos y de asistencia social de los sectores público, social y privado existentes en las regiones afectadas y en las colindantes, de acuerdo con las disposiciones de esta Ley y los reglamentos aplicables.</p>	

Ley	Referencia al sector privado de la salud
<b>Ley General de Salud</b>	<b>ARTÍCULO 163.</b> Para la mayor eficacia de las acciones a las que se refiere este artículo, se creará el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes del que formarán parte representantes de los sectores público, social y privado.
	<b>ARTÍCULO 184 Bis.</b> Se crea el Consejo Nacional contra las Adicciones, que tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones que regula el Presente Título. Dicho Consejo estará integrado por el Secretario de Salud, los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y por representantes de organizaciones sociales y privadas relacionadas con la salud.
	<b>ARTÍCULO 303.</b> La Secretaría de Salud coordinará las acciones que, en materia de publicidad relacionada con la salud, realicen las instituciones del sector público, con la participación que corresponda a los sectores social y privado, y con la intervención que corresponda a la Secretaría de Gobernación.
<b>Ley del Seguro Social</b>	<b>ARTÍCULO 209.</b> Las prestaciones sociales institucionales tienen como finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población. El Instituto proporcionará atención a sus derechohabientes mediante servicios y programas de prestaciones sociales que fortalezcan la medicina preventiva y el autocuidado de la salud y mejoren su economía e integridad familiar. Para ello, fortalecerá la coordinación y concertación con instituciones de la Administración Pública Federal, Estatal y Municipal o con entidades privadas y sociales, que hagan posible su acceso a preferencias, prerrogativas y servicios que contribuyan a su bienestar. Asimismo, el Instituto establecerá y desarrollará los programas y servicios para los derechohabientes, en términos de la disponibilidad financiera de los recursos destinados a prestaciones sociales de este seguro.
<b>Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil</b>	<b>ARTÍCULO 5.</b> Para efectos de esta ley, las actividades de las organizaciones de la sociedad civil objeto de fomento son las siguientes: I. Asistencia social, conforme a lo establecido en la Ley Sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social y en la Ley General de Salud; II. Apoyo a la alimentación popular; III. Cívicas, enfocadas a promover la participación ciudadana en asuntos de interés público; IV. Asistencia jurídica; V. Apoyo para el desarrollo de los pueblos y comunidades indígenas; VI. Promoción de la equidad de género; VII. Aportación de servicios para la atención a grupos sociales con discapacidad; VIII. Cooperación para el desarrollo comunitario en el entorno urbano o rural; IX. Apoyo en la defensa y promoción de los derechos humanos; X. Promoción del deporte; XI. Promoción y aportación de servicios para la atención de la salud y cuestiones sanitarias; XII. Apoyo en el aprovechamiento de los recursos naturales, la protección del ambiente, la flora y la fauna, la preservación y restauración del equilibrio ecológico, así como la promoción del desarrollo sustentable a nivel regional y comunitario, de las zonas urbanas y rurales; XIII. Promoción y fomento educativo, cultural, artístico, científico y tecnológico; XIV. Fomento de acciones para mejorar la economía popular; XV. Participación en acciones de protección civil; XVI. Prestación de servicios de apoyo a la creación y fortalecimiento de organizaciones que realicen actividades objeto de fomento por esta ley; XVII. Promoción y defensa de los derechos de los consumidores; XVIII. Acciones que promuevan el fortalecimiento del tejido social y la seguridad ciudadana, y XIX. Las que determinen otras leyes.

<b>Tabla 20-Listado de Normas Oficiales Mexicanas que regulan la prestación de servicios privados en México</b>
<b>NOM-002-SSA2-1993</b> , Para la organización, funcionamiento e ingeniería sanitaria de los servicios de radioterapia.
<b>NOM-005-SSA2-1993</b> , De los servicios de planificación
<b>NOM-006-SSA2-2013</b> , Para la prevención y control de la tuberculosis
<b>NOM-007-SSA2-2016</b> , Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
<b>NOM-008-SSA3-2010</b> , Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
<b>NOM-009-SSA2-1993</b> , para el fomento de la salud del escolar
<b>NOM-010-SSA2-2010</b> , Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana
<b>NOM-011-SSA3-2014</b> , Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos.
<b>NOM-013-SSA2-2015</b> , para la prevención y control de enfermedades bucales
<b>NOM-014-SSA2-1994</b> , Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino
<b>NOM-015-SSA2-2010</b> , Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
<b>NOM-016-SSA2-1994</b> , para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera
<b>NOM-017-SSA2-1994</b> . para la vigilancia epidemiológica
<b>NOM-019-SSA3-2013</b> , Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud.
<b>NOM-021-SSA2-1994</b> , para la vigilancia, prevención y control del complejo teniasis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica
<b>NOM-022-SSA2-1994</b> , para la prevención y control de la brucelosis en el hombre
NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica
<b>NOM-025-SSA3-2013</b> , Para la organización y funcionamiento de las unidades de cuidados intensivos.
<b>NOM-027-SSA2-1999</b> , para la prevención, control y eliminación de la lepra
<b>NOM-027-SSA3-2013</b> , Regulación de los servicios de salud. Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos para la atención médica.
<b>NOM-028-SSA2-1999</b> , para la prevención, tratamiento y control de las adicciones
NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica.
<b>NOM-029-SSA2-1999</b> , para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano
<b>NOM-030-SSA2-1999</b> , para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial
<b>NOM-031-SSA2-1999</b> , para la atención a la salud del niño

<b>NOM-032-SSA2-2002</b> , para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector
<b>NOM-034-SSA2-2002</b> , para la prevención y control de los defectos al nacimiento
<b>NOM-035-SSA2-2002</b> , prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica
<b>NOM-035-SSA3-2012</b> , En materia de información en salud
<b>NOM-036-SSA2-2002</b> , prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano
<b>NOM-037-SSA2-2002</b> , para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias
<b>NOM-038-SSA2-2002</b> , para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo
<b>NOM-039-SSA2-2002</b> , para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual
<b>NOM-040-SSA2-2004</b> , en materia de información en salud
<b>NOM-168-SSA1-1998</b> . Del expediente clínico.
<b>NOM-041-SSA2-2002</b> , prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama
<b>NOM-043-SSA2-2005</b> , Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación
<b>NOM-166-SSA1-1997</b> , para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos
<b>NOM-167-SSA1-1997</b> , para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores
<b>NOM-168-SSA1-1998</b> , del expediente clínico
<b>NOM-169-SSA1-1998</b> , para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo
<b>NOM-170-SSA1-1998</b> . Para la práctica de la anestesiología.
<b>NOM-171-SSA1-1998</b> , para la práctica de hemodiálisis
<b>NOM-172-SSA1-1998</b> , prestación de servicios de salud. Actividades auxiliares. Criterios de operación para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados.
<b>NOM-173-SSA1-1998</b> Para la atención integral a personas con discapacidad.
<b>NOM-174-SSA1-1998</b> , para el manejo integral de la obesidad
<b>NOM-178-SSA1-1998</b> . Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
<b>NOM-190-SSA1-1999</b> , prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar
<b>NOM-197-SSA1-2000</b> . Que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
<b>NOM-205-SSA1-2002</b> , para la práctica de la cirugía mayor ambulatoria
<b>NOM-206-SSA1-2002</b> , Que establece los criterios de funcionamiento y atención en los servicios de urgencias de los establecimientos de atención médica
<b>NOM-208-SSA1-2002</b> , regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica
<b>NOM-209-SSA1-2002</b> , Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de cirugía oftalmológica con láser excimer

<b>NOM-220-SSA1-2002</b> , instalación y operación de la farmacovigilancia
<b>NOM-233-SSA1-1993</b> , que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso, tránsito, uso, permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria del Sistema Nacional de Salud
<b>NOM-237-SSA1-2004</b> , Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas
<b>NOM-253-SSA1-2012</b> , Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

**Tabla 21- Leyes y artículos que abordan el financiamiento privado de la salud en México**

Ley	Referencia al sector privado de la salud
<p><b>Ley General de Salud</b></p>	<p><b>ARTÍCULO 31.</b> La Secretaría de Comercio y Fomento Industrial, oyendo la opinión de la Secretaría de Salud, asegurará la adecuada distribución y comercialización y fijará los precios máximos de venta al público de los medicamentos e insumos. La Secretaría de Hacienda y Crédito Público tendrá la intervención que le corresponda en la determinación de precios, cuando tales bienes sean producidos por el sector público.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 38.</b> Los servicios privados pueden ser contratados directamente por los usuarios o a través de sistemas de seguros, individuales o colectivos.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 42.</b> La Secretaría de Salud proporcionará a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público las Normas Oficiales Mexicanas de salud para los seguros personales de gastos médicos y hospitalización.</p>
<p><b>Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas</b></p>	<p><b>ARTÍCULO 20.</b> Aun cuando se satisfagan con recursos e instalaciones propias, sí se considerará como operación activa de seguros la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado, mediante el pago de una cantidad de dinero, conforme a lo establecido en los artículos 25, fracción II, inciso c), y 27, fracción V, de esta Ley.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 25.</b> Las autorizaciones para organizarse, operar y funcionar como Institución de Seguros o Sociedad Mutualista, se referirán a I. Vida; II. Accidentes y enfermedades, en alguno o algunos de los ramos siguientes: a) Accidentes personales; b) Gastos médicos, y c) Salud</p>
	<p><b>ARTÍCULO 26.</b> Una misma Institución de Seguros o Sociedad Mutualista no podrá contar con autorización para practicar las operaciones señaladas en las fracciones I y III del artículo 25 de esta Ley. El ramo de salud a que se refiere el inciso c) fracción II del artículo 25 de esta Ley, sólo deberá practicarse por Instituciones de Seguros autorizadas exclusivamente para ese efecto y a las cuales únicamente se les podrá autorizar a practicar, de manera adicional, los ramos de gastos médicos y de accidentes personales. La operación del ramo de salud estará sujeta a las disposiciones de carácter general que emita la Comisión, con acuerdo de su Junta de Gobierno, y previa opinión de la Secretaría de Salud, según corresponda.</p>

<p style="text-align: center;"><b>Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas</b></p>	<p><b>ARTÍCULO 27.</b> Los seguros comprendidos dentro de la enumeración de operaciones y ramos señalados en los artículos 25 y 26 de esta Ley, son los siguientes: I. Para las operaciones de vida, los que tengan como base del contrato riesgos que puedan afectar la persona del asegurado en su existencia. Se considerarán comprendidos dentro de estas operaciones los beneficios adicionales que, basados en la salud o en accidentes personales, se incluyan en pólizas regulares de seguros de vida. III. Para el ramo de accidentes personales, los contratos de seguro que tengan como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito; IV. Para el ramo de gastos médicos, 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. Las Instituciones de Seguros y Sociedades Mutualistas autorizadas para operar este ramo, podrán ofrecer como beneficio adicional dentro de sus pólizas, la cobertura de servicios de medicina preventiva, sólo con carácter indemnizatorio; V. Para el ramo de salud, los contratos de seguro que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir enfermedades o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado;</p>
	<p><b>ARTÍCULO 41.</b> Las solicitudes de autorización para organizarse, operar y funcionar como Institución de Seguros o como Institución de Fianzas, deberán acompañarse VII. Tratándose de solicitudes de autorización para constituir una Institución de Seguros para operar el ramo de salud, además de lo previsto en este artículo, deberá acompañarse de un dictamen provisional que emita la Secretaría de Salud, previo pago de los derechos correspondientes, el cual no deberá tener más de sesenta días de haber sido expedido, en el que se haga constar que la sociedad cuenta con los elementos necesarios para poder prestar los servicios que son materia de los contratos de seguro a que se refiere el artículo 27, fracción V, de esta Ley, o que subcontratará dichos servicios.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 46.</b> Los dictámenes a que se refieren los artículos 41, fracción VII, y 306 de esta Ley, deberán pronunciarse, por lo menos, respecto del cumplimiento de los siguientes requisitos: III. Que la Institución de Seguros, al prestar sus servicios, cumpla los requisitos establecidos en las Normas Oficiales Mexicanas aplicables en materia de salud, derivadas de la Ley General de Salud; IV. Que los profesionales de la salud contratados por la Institución de Seguros, quienes prestarán los servicios a los contratantes, tomadores de seguros o sus beneficiarios, acrediten legalmente contar con los conocimientos técnicos médicos; V. Que en los planes de salud que comercialice la Institución de Seguros, se salvaguarde en todo momento la libertad de juicio clínico del médico, siempre y cuando éste se aplique con fundamento en la práctica médica reconocida por las academias científicas y basada en la ética médica; VI. Que la Institución de Seguros acredite que cuenta con planes que contemplen e incentiven servicios de promoción a la salud y atención preventiva de sus asegurados, atendiendo a lo previsto por las Normas Oficiales Mexicanas en la materia, derivadas de la Ley General de Salud; VII. Que la Institución de Seguros acredite que cuenta con un mecanismo interno eficiente, ágil y oportuno para llevar a cabo la recepción y atención de quejas y reclamaciones de sus asegurados.</p>
<p><b>ARTÍCULO 73.</b> Las Instituciones de Seguros autorizadas para operar el ramo de salud deberán contar con un contralor médico, el cual será nombrado por el consejo de administración y ratificado por la Secretaría de Salud de acuerdo a los criterios que emita dicha Secretaría, en donde se tomarán en cuenta, entre otros requisitos: la experiencia y 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) a h) de la fracción III del artículo 56 de esta Ley.</p>	

<b>Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas</b>	<p><b>ARTÍCULO 200.</b> VI. En el caso de las Instituciones de Seguros que operen el ramo de salud, deberán: a) Informar a los asegurados por escrito o a través de cualquier medio convenido por las partes, dentro de los quince días hábiles siguientes, de los cambios en la red de servicios médicos e infraestructura hospitalaria ofrecidos por la Institución de Seguros, los cuales deberán mantenerse de tal forma que sean suficientes para cumplir los contratos suscritos, y b) Ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de la Institución de Seguros, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la propia Institución de Seguros y el costo de servicio que le preste el médico conforme a lo pactado.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 208.</b> Con el propósito de fortalecer la cultura del seguro y extender los beneficios de su protección a una mayor parte de la población, las Instituciones de Seguros, atendiendo a las operaciones y 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: I. Fallecimiento, en la operación de vida; II. Accidentes personales, en la operación de accidentes y enfermedades; III. Gastos médicos, en la operación de accidentes y enfermedades; IV. Salud, en la operación de accidentes y enfermedades, y</p>
	<p><b>ARTÍCULO 306.</b> Tratándose de Instituciones de Seguros autorizadas para operar el ramo de salud, junto con la presentación de sus estados financieros anuales deberán presentar un dictamen que, previo pago de los derechos correspondientes, emitirá la Secretaría de Salud, el cual no deberá tener más de noventa días de haber sido expedido, en el que conste que mantienen los elementos necesarios para prestar los servicios de salud materia de los contratos de seguro respectivos. Las Instituciones de Seguros deberán dar a conocer al público en general el contenido del dictamen a que se refiere el párrafo anterior, como una nota a sus estados financieros.</p>
	<p><b>ARTÍCULO 332.</b> La Comisión, con acuerdo de su Junta de Gobierno, y después de escuchar a la Institución de Seguros de que se trate, podrá declarar la revocación de la autorización para operar como Institución de Seguros, en los siguientes casos: VIII. Tratándose de Instituciones de Seguros autorizadas para operar el ramo de salud: a) Si la sociedad respectiva no presenta ante la Comisión el dictamen definitivo a que se refiere el artículo 41, fracción VII, de la presente Ley, dentro del término de noventa días contado a partir del otorgamiento de la autorización; b) Si no presenta a la Comisión, el dictamen de la Secretaría de Salud, en los términos del artículo 306 de esta Ley. En este caso se escuchará la opinión de la Secretaría de Salud, o c) Si en cualquier momento la Comisión tiene conocimiento de que dichas instituciones no mantienen los elementos necesarios para prestar los servicios materia de los contratos de seguro a que se refiere el artículo 27, fracción V, de este ordenamiento. Para este efecto, la Comisión solicitará la opinión previa de la Secretaría de Salud; IX. Si la Institución de Seguros autorizada para operar el seguro a que se refiere el artículo 27, fracción II, de esta Ley, incurre diez o más veces, dentro de un lapso de doscientos días, en alguna o algunas de las infracciones a que se refieren las fracciones III, inciso I), y IV, inciso i), del artículo 485 de esta Ley, siempre y cuando estas infracciones afecten la estabilidad y solvencia financieras de la propia Institución de Seguros;</p>

<p><b>Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas</b></p>	<p><b>ARTÍCULO 341.</b> Las Sociedades Mutualistas sólo podrán realizar las operaciones siguientes: I. Practicar las operaciones de seguros a que se refiere la autorización que exige esta Ley, sin aceptar riesgos mayores de los establecidos en el artículo 352 de este ordenamiento. Las autorizaciones que se otorguen a las Sociedades Mutualistas no podrán comprender las relativas a los seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social, los seguros de salud, el ramo de responsabilidad civil y riesgos profesionales, los seguros de crédito, los seguros de caución, los seguros de crédito a la vivienda y los seguros de garantía financiera, previstos en las fracciones I, segundo párrafo, II, V y XI a XIV del artículo 27 de esta Ley. Las Sociedades Mutualistas autorizadas a operar el ramo de automóviles, no podrán incluir en sus pólizas la cobertura de los daños o perjuicios causados a la propiedad ajena o a terceras personas con motivo del uso del automóvil;</p>
<p><b>Ley sobre el contrato de seguro</b></p>	<p><b>ARTÍCULO 384.</b> Las Instituciones de Seguros autorizadas para operar el ramo de salud a que se refiere el artículo 25, fracción II, inciso c), de esta Ley, también estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la Secretaría de Salud, exclusivamente sobre los servicios y productos de salud que sean materia de los contratos de seguro que celebren. Cuando la citada Secretaría con motivo del ejercicio de las anteriores funciones detecte alguna irregularidad relacionada con dichos servicios y productos, la comunicará a la Comisión para que proceda a la imposición de sanciones conforme a lo establecido en esta Ley.</p> <p><b>Artículo 162.</b> El contrato de seguro sobre las personas comprende todos los riesgos que puedan afectar a la persona del asegurado en su existencia, integridad personal, salud o vigor vital.</p> <p><b>Artículo 163.</b> El seguro de personas puede cubrir un interés económico de cualquier especie, que resulte de los riesgos de que trata este Título, o bien dar derecho a prestaciones independientes en absoluto de toda pérdida patrimonial derivada del siniestro. En el seguro sobre las personas, la empresa aseguradora no podrá subrogarse en los derechos del asegurado o del beneficiario contra los terceros en razón del siniestro, salvo cuando se trate de contratos de seguro que cubran gastos médicos o la salud.</p>
<p><b>Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros</b></p>	<p>A lo largo de todo el documento se hace mención al registro de los prestadores de servicios financieros como los seguros privados, la defensa de los usuarios y los procedimientos de conciliación y arbitraje.</p>
<p><b>Ley de Transparencia y Ordenamiento de los servicios Financieros</b></p>	<p>Aunque no menciona explícitamente los servicios de aseguramiento en salud detalla procesos que de manera directa afectan también a las aseguradoras en cuanto a la provisión de acceso a la información y ciertas disposiciones generales en cuanto al ordenamiento de los servicios financieros a las que los seguros pueden acceder o realizar.</p>
<p><b>Ley para Regular Agrupaciones Financieras</b></p>	<p>Aunque no menciona explícitamente los servicios de aseguramiento en salud detalla procesos que de manera directa afectan también a las aseguradoras en cuanto a disposiciones generales de infraestructura, inversiones, protección del interés público, etc.</p>

## Anexo III-A Claves SCIAN de COFEPRIS para servicios de salud privados

Claves SCIAN COFEPRIS				
El Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte es la base para la generación, presentación y difusión de todas las estadísticas económicas del INEG. Incluye a todas las actividades sujetas a presentación de Aviso de Funcionamiento o que requieran Licencia Sanitaria		Requiere aviso de:		
Clave	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ENTIDADES FEDERATIVAS	COFEPRIS	Requiere licencia
621111	Consultorios de medicina general del sector privado	x	x	
621113	Consultorios de medicina especializada del sector privado	x	x	
621115	Clínicas de consultorios médicos del sector privado	x	x	
621211	Consultorios dentales del sector privado	x	x	
621311	Consultorios de quiropráctica del sector privado	x	x	
621312	Consultorios de quiropráctica del sector público	x	x	
621331	Consultorios de psicología del sector privado	x	x	
621341	Consultorios del sector privado de audiología y de terapia ocupacional, física y del lenguaje	x	x	
621391	Consultorios de nutriólogos y dietistas del sector privado	x	x	
621398	Otros consultorios del sector privado para el cuidado de la salud	x	x	

Claves SCIAN COFEPRIS				
El Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte es la base para la generación, presentación y difusión de todas las estadísticas económicas del INEG. Incluye a todas las actividades sujetas a presentación de Aviso de Funcionamiento o que requieren Licencia Sanitaria		Requiere aviso de:		
Clave	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ENTIDADES FEDERATIVAS	COFEPRIS	Requiere licencia
621411	Centros de planificación familiar del sector privado	x	x	
621421	Centros del sector privado de atención médica externa para enfermos mentales y adictos	x	x	
621491	Otros centros del sector privado para la atención de pacientes que no requieren hospitalización			x
621511	Laboratorios médicos y de diagnóstico del sector privado	x	x	
621511	Laboratorios médicos y de diagnóstico del sector privado (Sólo gabinete de rayos x o medicina nuclear para tratamiento o diagnóstico)			x
621991	Servicios de bancos de órganos, bancos de sangre y otros servicios auxiliares al tratamiento médico prestados por el sector privado			x
622111	Hospitales generales del sector privado			x
622211	Hospitales psiquiátricos y para el tratamiento por adicción del sector privado			x
622311	Hospitales del sector privado de otras especialidades médicas			x
623111	Residencias del sector privado con cuidados de enfermeras para enfermos convalecientes, en rehabilitación, incurables y terminales	x	x	
623211	Residencias del sector privado para el cuidado de personas con problemas de retardo mental	x	x	

Claves SCIAN COFEPRIS				
El Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte es la base para la generación, presentación y difusión de todas las estadísticas económicas del INEG. Incluye a todas las actividades sujetas a presentación de Aviso de Funcionamiento o que requieren Licencia Sanitaria		Requiere aviso de:		
Clave	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	ENTIDADES FEDERATIVAS	COFEPRIS	Requiere licencia
623221	Residencias del sector privado para el cuidado de personas con problemas de trastorno mental y adicción	x	x	
624121	Centros del sector privado dedicados a la atención y cuidado diurno de ancianos y discapacitados	x		

## 14 Bibliografía

1. Onil Bhattacharyya, Anita McGahan, David Dunne, Peter A. Singer, Abdallah Daar. Innovative Health Service Delivery Models for low and middle income countries. Toronto: Rockefeller Foundation; 2008 oct p. 94. (Role of the Private Sector in Health Systems in Developing Countries). Report No.: 5.
2. Results for Development. The role of the private sector in health systems [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.resultsfordevelopment.org/focus-areas/role-private-sector-health-systems>
3. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS Med.* 2012;9(6):19.
4. Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: Systematic review of comparative studies. *PLoS Med.* 2011;8(4):12.
5. Pillay R. Work satisfaction of professional nurses in South Africa: a comparative analysis of the public and private sectors. *Hum Resour Health.* 2009;7:15.
6. Tangcharoensathien V, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Vasavid C, Prakongsai P, Pongutta S, et al. Regulation of Health Service Delivery in the Private Sector: Challenges and Opportunities. Thailand; 2008. Report No.: 8.
7. Bhat R. Regulation of the private health sector in India. *Int J Health Plann Manage.* julio de 1996;11(3):253–274.
8. Organización Mundial de la Salud. World Health Statistics 2015. [Internet]. Luxemburgo: WHO Graphics; 2015. 164 p. Disponible en: ([www.who.int](http://www.who.int))
9. Marek T, O'Farrell C, Yamamoto C, Zable I. Trends and opportunities in public-private partnerships to improve health service delivery in Africa. *Afr Reg Hum Dev Work Pap Ser Wash Dist Columbia World Bank* [Internet]. 2005 [citado el 5 de diciembre de 2016]; Disponible en: [http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/02/25/000334955\\_20100225042733/Rendered/PDF/531330WP0trend10Box345596B01PUBLIC1.pdf](http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/02/25/000334955_20100225042733/Rendered/PDF/531330WP0trend10Box345596B01PUBLIC1.pdf)
10. Radwan I. India - Private Health Services for the Poor. World Bank. 2005;(May):1–82.
11. Pauly M V., Zweifel P, Scheffler RM, Preker AS, Bassett M. Private health insurance in developing countries. *Health Aff (Millwood).* 2006;25(2):369–79.
12. Shah NM, Brieger WR, Peters DH. Can interventions improve health services from informal private providers in low and middle-income countries? A comprehensive review of the literature. *Health Policy Plan.* 2011;26(4):275–87.
13. Dai Hozumi DHLF, Chutima Suraratdecha , Beth Anne Pratt, Yuksel Sezgin LRMR. The role of the private sector in health: A landscape Analysis of Global Player's Attitudes toward the private sector in health systems and policy levers that influence these attitudes: Technical partner paper 2 [Internet]. The Rockefeller Foundation; 2008. Disponible en: <http://healthmarketinnovations.org/sites/default/files/A%20Landscape%20Analysis%20of%20Global%20Attitude%20toward%20the%20Private%20Sector.pdf>
14. Carvalho RRP, Fortes PAC, Garrafa V. ENSAYO Reflexiones sobre la participación pública y privada en la asistencia a la salud. *Salud Publica Mex.* 2014;56(2):221–225.
15. Slipicevic O, Malicbegovic A. Public and Private Sector in the Health Care System of the Federation Bosnia and Herzegovina: Policy and Strategy. *Mater Socio Medica.* 2012;24(1):54.
16. Jay Makarenko. Canada's Health Care System: An Overview of Public and Private Participation | [Mapleleafweb.com](http://Mapleleafweb.com) [Internet]. Health, Education & Social Welfare. 2010. Disponible en:

<http://www.mapleleafweb.com/features/canada-s-health-care-system-overview-public-and-private-participation.html>

17. Medical Council of New Zealand. Public and private health systems: New Zealand [Internet]. Disponible en: <https://www.mcnz.org.nz/alpinfo/public-and-private-health-systems>
18. Øvretveit J. Nordic privatization and private healthcare. *Int J Health Plann Manage.* junio de 2003;18(3):233–246.
19. Mitchell M. An Overview of Public Private Partnerships in Health. *Harv Sch Public Health.* 2000;1–28.
20. Amit Sengupta, Samiran N. The private health sector in India. *Bmj.* 2005;331:1157–8.
21. Balabanova VO-CD, Kara Hanson. Health Sector Governance and Implications for the Private Sector Technical partner paper 9. London School of Hygiene and Tropical Medicine, The Rockefeller Foundation–; 2008 oct p. 57. (Initiative on the Role of the Private Sector in Health Systems in Developing Countries). Report No.: 9.
22. Hanson K, Gilson L, Goodman C, Mills A, Smith R, Feachem R, et al. Is Private Health Care the Answer to the Health Problems of the World’s Poor? *PLOS Med.* el 25 de noviembre de 2008;5(11):e233.
23. Marriott A. Blind Optimism: Challenging the myths about private health care in poor countries. *Oxfam Policy Pract Priv Sect.* 2009;6(1):1–55.
24. Private Health Insurance in OECD Countries | OECD READ edition [Internet]. OECD iLibrary. [citado el 19 de agosto de 2017]. Disponible en: [http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/private-health-insurance-in-oecd-countries\\_9789264007451-en](http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/private-health-insurance-in-oecd-countries_9789264007451-en)
25. OMS | Grupo especial sobre el sector privado [Internet]. WHO. [citado el 19 de agosto de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/workforcealliance/about/taskforces/private\\_sector/es/](http://www.who.int/workforcealliance/about/taskforces/private_sector/es/)
26. OMS | Sector privado, recursos humanos y licencias para servicios de salud en África [Internet]. WHO. [citado el 19 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/4/prata0405abstract/es/>
27. Hanson K, Berman P. Private health care provision in developing countries: a preliminary analysis of levels and composition. *Health Policy Plan.* 1998;13:195–211.
28. Olivier J, Tsimpo C, Gemignani R, Shojo M, Coulombe H, Dimmock F, et al. Understanding the roles of faith-based health-care providers in Africa: Review of the evidence with a focus on magnitude, reach, cost, and satisfaction. *The Lancet.* 2015;386(10005):1765–75.
29. USAID. Nigeria Private Health Sector Assessment. Bethesda, MD; 2012 Agosto p. 16. (Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS)).
30. USAID. Namibia Private Health Sector Assessment. Bethesda, MD: USAID, PEPFAR; 2010 sep p. 20. (Strengthening Health Outcomes through the Private Health Sector Project SHOPS Project).
31. Marty Makinen, Stephanie Sealy, Ricardo A. Bitrán, Sam Adjei, Rodrigo Muñoz. Private Health Sector Assessment in Ghana [Internet]. The World Bank; 2011 [citado el 5 de diciembre de 2016]. (World Bank Working Papers). Disponible en: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-0-8213-8624-8>
32. Jeff Barnes, Barbara O\_Hanlon, Frank Feeley III, Kimberly McKeon, Nelson Gitonga, Caytie Decker, editores. Private health sector assessment in Kenya. The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Washington, D.C: World Bank; 2010. 164 p. (World Bank working paper).
33. USAID. Malawi Private Health Sector Assessment. Bethesda, MD: USAID; 2011 may p. 16. (Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS) project).

34. Sean Callahan. Botswana Private Health Sector Assessment. USAID, PEPFAR; 2014 sep p. 28. (Strengthening Health Outcomes through the Private Sector (SHOPS) project).
35. James White, Barbara O'Hanlon, Grace Chee, Emmanuel Malangalila, Adeline Kimambo, Jorge Coarasa, Sean Callahan, Ilana Ron Levey, McKeon K. Tanzania private health sector assessment. Bethesda, MD: USAID, PEPFAR; 2013 ene. (Strengthening Health Outcomes through the Private Sector Project, Abt Associates Inc.).
36. Herrero F, Durán F. El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, Unidad de Estudios Especiales, Secretaría Ejecutiva; 2001. 68 p. (Serie financiamiento del desarrollo).
37. Octavio Gómez Dantés, Sergio Sesma, Victor M. Becerril, Felicia M. Knaul, Héctor Arreola, Julio Frenk. Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex.* 2011;53(supl 2:S220-S232):13.
38. Nigenda G, Troncoso E, Arreola H, López M, González LM. Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México. *Caleidosc Salud Investig Las Políticas Las Políticas Acción.* 2003;229–242.
39. Zurita B, Ramírez T. Desempeño del sector privado de la salud en México. *Caleidosc Salud Funsalud* [Internet]. 2003 [citado el 5 de diciembre de 2016]; Disponible en: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/10-Desempenio.pdf>
40. INEGI. Tabulados básicos-Encuesta intercensal 2015 [Internet]. Disponible en: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/tabuladosbasicos/default.aspx?c=33725&s=est>
41. Tamayo RP. La investigación en la medicina privada. *Acta Médica Grupo Ángeles.* 2005;3(4):271–277.
42. Secretaría de salud. Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) [Internet]. 2006. Disponible en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/MIDAS.pdf>
43. Secretaría de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud (MAI) [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/Biblioteca/ModeloAtencionIntegral.pdf>
44. Secretaría de salud. Población usuaria de servicios de salud [Internet]. 2010 p. 93–100. Disponible en: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/myhpdf/93.pdf>
45. Arenas LD, Vanessa M, Rodríguez A, Luz D, Antonio L, Valladares G. Los seguros médicos privados en México: su contribución al sistema de salud. :1–25.
46. Gustavo Olaiz, Miguel Angel Lezana, Sonia B. Fernández, Raúl Wong, Jaime Sepúlveda. La medicina privada en México: resultados del censo nacional de unidades hospitalarias privadas. *Inst Nac Salud Pública Cuernavaca México.* febrero de 1995;37(núm. 1):12–8.
47. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Perfil del sistema de servicios de salud de México 2002 [Internet]. 2002. Disponible en: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil\\_Sistema\\_Salud-Mexico\\_2002.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf)
48. Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Colchero MA, Ramírez-Rodríguez B, Sosa-Rubí SG. Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México. *Salud Pública México.* 2014;56(1):18–31.
49. Albarrán E. La AMIS busca complementar coberturas del seguro popular [Internet]. [citado el 26 de julio de 2017]. Disponible en: <http://economista.com.mx/sistema-financiero/2015/05/07/amis-busca-complementar-coberturas-seguro-popular>
50. González-Block MA, Alarcón-Irigoyen J, Figueroa-Lara A, Ibarra-Espinosa I, Cortés-Llamas N. Compra estratégica de servicios de salud: una gran oportunidad para el Sistema Nacional de Salud Universal. *Gac Med Mex.* 2015;151(2):278–280.

51. Miguel Angel Gonzalez Block. Retos del Sistema de Salud Mexicano y opciones de reforma [Internet]. [citado el 26 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.pwc.com/mx/es/industrias/archivo/2013-08-retos-sistema-opciones.pdf>
52. Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Wirtz VJ, Servan-Mori E, Dreser A, Hernández-Ávila M. Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico: secondary data analysis of a national survey. *BMJ Open*. el 1 de mayo de 2014;4(5):e004669.
53. Díaz-Portillo SP, Idrovo álvaro J, Dreser A, Bonilla FR, Matías-Juan B, Wirtz VJ. Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: Infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Publica Mex*. 2015;57(4):320–328.
54. Díaz-Portillo SP, Reyes-Morales H, Cuadra-Hernández SM, Idrovo ÁJ, Nigenda G, Dreser A. Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico. *Gac Sanit* [Internet]. el 1 de mayo de 2017; Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911117300870>
55. Fundación Mexicana para la Salud, A.C.FUNSALUD. Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas [Internet]. Funsalud; 2014. Disponible en: <http://funsalud.org.mx/portal/linea-editorial/libros-manuales-y-boletines/estudio-caf/>
56. Consultorios adyacentes a farmacias fomentan competencia desleal: Unifacc [Internet]. *Saludiarario*. 2016 [citado el 26 de julio de 2017]. Disponible en: <http://saludiarario.com/consultorios-adyacentes-a-farmacias-solo-sugieren-medicinas-unifacc/>
57. Lupa a consultorios de farmacias [Internet]. *El Universal*. 2015 [citado el 1 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/entrada-de-opinion/columna/alberto-barranco/cartera/2015/07/13/lupa-consultorios-de-farmacias>
58. Farmacias-consultorios: el boom de la salud a bajo costo [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.sinembargo.mx/03-12-2015/1568752>
59. Villatoro IR. ¿Consultorios seguros? - Más pormás [Internet]. 2016 [citado el 1 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://www.maspormas.com/especiales/consultorios-seguros/>
60. Consultorios de farmacias “acechan” servicios del IMSS [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.elfinanciero.com.mx/empresas/consultorios-de-farmacias-acechan-servicios-del-imss.html>
61. Piña L, Antonio M, Pichardo Palacios S. Los médicos de las Farmacias Similares: Degradación de la profesión médica? *Polis*. 2012;8(1):143–175.
62. Gonz MA, Mart BG. Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la salud en México. Tendencias y oportunidades para la colaboración público-privada. Mexico: FUNSALUD, AMIS, Universidad Anáhuac; 2015 p. 98.
63. Knaul FM, González-pier E, Gómez-dantés O, García-junco D, Arreola-ornelas H, Barraza-Illoréns M, et al. Hacia la cobertura universal en salud : protección social para todos en México \*. 2013;55(2):207–35.
64. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social Coneval. Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al seguro popular. Ciudad de México; 2014.
65. Secretaría de salud. Sistemas de Información en Salud [Internet]. Disponible en: <http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/subsistema1.html>
66. Eduardo Lara Di Lauro. El modelo de salud en México. Mexico City: Grupo Técnica, Millman México Salud; 2006 p. 82–88.

67. OPS OMS | México avanza en la universalización de la salud [Internet]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11898%3Amexico-avanza-en-la-universalizacion-de-salud&Itemid=135&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11898%3Amexico-avanza-en-la-universalizacion-de-salud&Itemid=135&lang=es)
68. Murray CJ, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ.* 2000;78(6):717–31.
69. Wirtz VJ, Serván-Mori E, Heredia-Pi I, Dreser A, Ávila-Burgos L. Factores asociados con la utilización y el gasto en medicamentos en México. *Salud Pública México.* 2013;55:S112–S122.
70. William D Savedoff, Guy Carrin, Kei Kawabata, Abdelhay Mechbal. Monitoring the Health Financing Function. En: *Health Systems Performance Assessment* [Internet]. Christopher J.L. Muttay, David B. Evans. Geneva: World Health Organization; 2000. p. 205. Disponible en: [https://books.google.com.mx/books?id=Ut\\_xcxWHobYC&pg=PA11&lpg=PA11&dq=health+systems+financing+chapter+18&source=bl&ots=jh3FdhOORm&sig=aS3v-UqO8pY9kYFFfA0zDJKi2Tw&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewjlt--XgLbRAhXhs1QKHdcvAmYQ6AEIOjAE#v=onepage&q=health%20systems%20financing%20chapter%2018&f=false](https://books.google.com.mx/books?id=Ut_xcxWHobYC&pg=PA11&lpg=PA11&dq=health+systems+financing+chapter+18&source=bl&ots=jh3FdhOORm&sig=aS3v-UqO8pY9kYFFfA0zDJKi2Tw&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewjlt--XgLbRAhXhs1QKHdcvAmYQ6AEIOjAE#v=onepage&q=health%20systems%20financing%20chapter%2018&f=false)
71. Noriega C, Huitrón P, Matamoros M. Financiamiento al Sistema de Salud en México. *México DF Fund Mex Para Salud C Inst Nac Salud Pública Ser Doc Trab “Innovaciones En El Financ Salud.* 2006;(3):221–260.
72. Arredondo-López A, Recaman-Mejía AL. El financiamiento de la salud en México: algunas evidencias para las políticas del sector. *Hitos Cienc Económico-Adm.* 2003;23:9–16.
73. Secretaría de Salud. Programa de Acción: Protección Financiera en Salud. Programa Nacional de Salud 2001 - 2006 [Internet]. 2001. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/protfinan.pdf>
74. Secretaria de salud. Programa Sectorial de Salud en Mexico 2013-2018. D Of Fed Gob Republica. 2013;53(9):1689–1699.
75. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 2000. p. 230.
76. Martínez S, Carrasquilla G, Guerrero R, Gómez-Dantés H, Castro V, Arreola-Ornelas H, et al. [Effective coverage of health interventions in Latin America and the Caribbean: metrics for the assessment of health systems performance]. *Salud Pública México.* 2011;53 Suppl 2(123):s78-84.
77. Shengelia, B., Murray, C. J., & Adams OB. Beyond access and utilization: defining and measuring health system coverage. En: *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism.* Geneva: World Health Organization; 2003. p. 221–34.
78. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. *Inter-Am Dev Bank Off Chief Econ No 353.* 1997;
79. De Savigny D, Adam T, Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization, editores. *Systems thinking for health systems strengthening.* Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research ; World Health Organization; 2009. 107 p.
80. StataCorp LP. *Stata multiple-imputation reference manual.* 1985 [citado el 20 de agosto de 2017]; Disponible en: [http://hbanaszak.mjr.uw.edu.pl/TempTxt/StataCorp-Stata%20Multiple-Imputation%20Reference%20Manual\\_%20Release%2011-Stata%20Press%20\(2009\).pdf](http://hbanaszak.mjr.uw.edu.pl/TempTxt/StataCorp-Stata%20Multiple-Imputation%20Reference%20Manual_%20Release%2011-Stata%20Press%20(2009).pdf)
81. DOF - Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se emiten los Lineamientos para la asignación, actualización, difusión y uso de la Clave Unica de Establecimientos de Salud. [Internet]. [citado el 18 de julio de 2017]. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5283475](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5283475)
82. Sistema de Información del Registro Federal de las OSC [Internet]. [citado el 17 de junio de 2017]. Disponible en: <http://www.corresponsabilidad.gob.mx/>

83. Mayra Myrna Miranda Rivera, COFEPRIS. Marco Regulatorio de Medicamentos Biotecnológicos Biocomparables en México [Internet]. [citado el 21 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/AS/Documents/RegistroSanitarioMedicamentos/ESTRUCTURA%20DE%20EXPEDIENTES/17%20BIOTEC.pdf>
84. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal [Internet]. 2017 [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/L291276.html>
85. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. 2017 [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.ijf.cjf.gob.mx/segundareunionregional/Mesa%204%20Ponencia%202.pdf>
86. Secretaría de Gobernación. Orden Jurídico Nacional. Diario Oficial de la Federación [Internet]. [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/leyes.php>
87. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley General de Salud [Internet]. 2016 [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: [http://www.paot.mx/centro/leyes/federales/pdf/LEYES\\_FEDERALES\\_VIGENTES\\_PDF/LEY\\_GRAL\\_SALUD\\_09\\_04\\_2012.pdf](http://www.paot.mx/centro/leyes/federales/pdf/LEYES_FEDERALES_VIGENTES_PDF/LEY_GRAL_SALUD_09_04_2012.pdf)
88. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley del Seguro Social [Internet]. 2015 [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://gobierno.com.mx/leyes-2017/LEY%20DEL%20SEGURO%20SOCIAL.pdf>
89. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [Internet]. 2016 [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://letrasjuridicas.com.mx/Volumenes/17/valenzuela17.pdf>
90. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas [Internet]. 2017 [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/84\\_240517.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/84_240517.pdf)
91. Secretaría de Salud. Listado de Normas Oficiales Mexicanas de la Secretaría de Salud [Internet]. [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nomssa.html>
92. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Sobre el Contrato del Seguro [Internet]. 2013 [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/211.pdf>
93. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas [Internet]. 2014 [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/60/2007/ago/20070831-II.html>
94. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley de Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros [Internet]. 2014. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/78275/ley\\_condusef.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/78275/ley_condusef.pdf)
95. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley para la Transparencia y Ordenamiento de los servicios Financieros [Internet]. 2014 [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LTOSF.pdf>
96. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley para Regular Agrupaciones Financieras [Internet]. 2014 [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LRAF.pdf>
97. C.V D Desarrollo de Medios, SA de. La Jornada: Servicios médicos privados, gran negocio sin regulación [Internet]. La Jornada. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2015/04/06/politica/002n1pol>

98. Prata N, Montagu D, Jefferys E. Private sector, human resources and health franchising in Africa. *Bull World Health Organ.* abril de 2005;83(4):274–9.
99. Morgan R, Ensor T, Waters H. Performance of private sector health care: implications for universal health coverage. *Lancet Lond Engl.* el 6 de agosto de 2016;388(10044):606–12.
100. Gwatkin DR, Johnson K, Suliman E, Amouzou A, Rutstein S, Wagstaff A. Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries : an overview [Internet]. The World Bank; 2007 sep [citado el 7 de agosto de 2017] p. 1–301. Report No.: 48361. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/962091468332070548/Socio-economic-differences-in-health-nutrition-and-population-within-developing-countries-an-overview>
101. Mikkelsen-Lopez I, Tediosi F, Abdallah G, Njozi M, Amuri B, Khatib R, et al. Beyond antimalarial stock-outs: implications of health provider compliance on out-of-pocket expenditure during care-seeking for fever in South East Tanzania. *BMC Health Serv Res.* el 27 de octubre de 2013;13:444.
102. Bloom G, Standing H, Lucas H, Bhuiya A, Oladepo O, Peters DH. Making health markets work better for poor people: the case of informal providers. *Health Policy Plan.* julio de 2011;26 Suppl 1:i45-52.
103. J. Borah B. A mixed logit model of health care provider choice: analysis of NSS data for rural India. *Health Econ.* el 1 de septiembre de 2006;15(9):915–32.
104. CEFP. Indicadores sobre Seguridad Social en Mexico [Internet]. Centro de Estudios de las Finanzas Públicas, LXII Legislatura Cámara de Diputados; 2013 de abril de p. 9. Disponible en: <http://www.cefp.gob.mx/indicadores/gaceta/2013/iescefp0152013.pdf>
105. OECD. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México 2016. OECD Publishing; 2016. 208 p.
106. Nigenda G, Muños JA. Projections of specialist physicians in Mexico: a key element in planning human resources for health. *Hum Resour Health [Internet].* el 22 de septiembre de 2015;13. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578266/>
107. Socha KZ, Bech M. Physician dual practice: a review of literature. *Health Policy Amst Neth.* septiembre de 2011;102(1):1–7.
108. WHO | Implications of dual practice for universal health coverage [Internet]. WHO. [citado el 2 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/94/2/14-151894/en/>
109. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. Catálogos CLUES [Internet]. 2017 [citado el 9 de agosto de 2017]. Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html)
110. COFEPRIS. Secretaría de Salud. Estrategia del gobierno de la República para la prevención y el combate de servicios médicos ilegales [Internet]. 2015 feb. Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/12022015.pdf>
111. Editor 04. Reordenarán Consultorios y Clínicas en México: UNIFACC [Internet]. Mugs Noticias. 2016 [citado el 1 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.mugsnoticias.com.mx/noticias-del-dia/reordenaran-consultorios-y-clinicas-en-mexico-unifacc/>
112. COFEPRIS. Secretaría de Salud. Gibran De la Torre González. Avances de la Estrategia para el Fortalecimiento de la Regulación en Farmacias y Consultorios [Internet]. Disponible en: <https://www.ssaver.gob.mx/riesgos-sanitarios/files/2016/03/4.A.-Farm-y-consultorios-100316.pdf>
113. Fundación BEST, quiénes somos [Internet]. [citado el 1 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.fundacionbest.org.mx/quienes.html>

114. Collado Ardón R. Perfil y arraigo del médico en el medio rural en México. *Educ Médica Salud OPS*. 1983;17(3):243–62.
115. Ahmed SM, Hossain MA. Knowledge and practice of unqualified and semi-qualified allopathic providers in rural Bangladesh: Implications for the HRH problem. *Health Policy*. el 1 de diciembre de 2007;84(2):332–43.
116. Eggleston K, Lu M, Li C, Wang J, Yang Z, Zhang J, et al. Comparing public and private hospitals in China: Evidence from Guangdong. *BMC Health Serv Res*. el 23 de marzo de 2010;10:76.
117. Kutty VR. Historical analysis of the development of health care facilities in Kerala State, India. *Health Policy Plan*. marzo de 2000;15(1):103–9.
118. Everhart D, Neff D, Al-Amin M, Nogle J, Weech-Maldonado R. The Effects of Nurse Staffing on Hospital Financial Performance: Competitive Versus Less Competitive Markets. *Health Care Manage Rev*. 2013;38(2):146–55.
119. Ensor TS Pieter Lievens, Tomas. Public and Private Practice of Health Workers. En: *The Labor Market for Health Workers in Africa* [Internet]. The World Bank; 2013. p. 191–218. (Directions in Development - Human Development). Disponible en: [https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/9780821395554\\_CH11](https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/9780821395554_CH11)
120. Wadge, H, Roy, R., Sripathy, A., Prime, M., Carter, A., Fontana, G., Marti, J., & Chalkidou,, K. Evaluating the impact of private providers on health and health systems [Internet]. Imperial College London; 2017. Disponible en: <http://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/centre-for-health-policy/public/IMPJ5551-Health-Report-Update-Final-Web.pdf>
121. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. Boletines de Información Estadística [Internet]. [citado el 9 de agosto de 2017]. Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p\\_bie.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/publicaciones/p_bie.html)
122. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. INEGI: Salud en Establecimientos Particulares [Internet]. INEGI. [citado el 9 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/sociales/salud/default.html>
123. María del Carmen Anzures y Bolaños. La Medicina Tradicional en México. Proceso histórico, sincretismos y conflictos - ProQuest [Internet]. [citado el 9 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/4cd6a11bdd341d37769e12fe40d3c49e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=21283>
124. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. Cubos Dinámicos: Recursos en Salud [Internet]. [citado el 9 de agosto de 2017]. Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc\\_recursos.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_recursos.html)
125. Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. Recursos Financieros [Internet]. [citado el 8 de agosto de 2017]. Disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/e\\_rfinancieros.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/e_rfinancieros.html)
126. McPake B, Hanson K. Managing the public–private mix to achieve universal health coverage. *The Lancet*. el 6 de agosto de 2016;388(10044):622–30.
127. Coronel MR. Y siguen recortando gasto en salud... [Internet]. [citado el 10 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://eleconomista.com.mx/columnas/salud-negocios/2016/09/11/siguen-recortando-gasto-salud>
128. Fogel RW. Economic growth, population theory, and physiology: the bearing of long-term processes on the making of economic policy [Internet]. National Bureau of Economic Research; 1994 [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.nber.org/papers/w4638>
129. Weltbank, editor. Investing in health. Oxford: Oxford Univ. Press; 1993. 329 p. (World development indicators).

130. Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud. Macroeconomía y salud: invertir en salud para el desarrollo económico. México: Secretaría de Salud : Fundación Mexicana para la Salud : Instituto Nacional de Salud Pública : FCE : SHCP : CMMS; 2006.
131. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Internet]. [citado el 24 de julio de 2017]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/>
132. Montagu D, Goodman C. Prohibit, constrain, encourage, or purchase: how should we engage with the private health-care sector? *Lancet Lond Engl.* el 6 de agosto de 2016;388(10044):613–21.
133. Mackintosh M, Channon A, Karan A, Selvaraj S, Cavagnero E, Zhao H. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. *The Lancet.* el 6 de agosto de 2016;388(10044):596–605.
134. Hospitales privados lideran quejas médicas [Internet]. *El Informador.* [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.informador.com.mx/jalisco/2015/593595/6/hospitales-privados-lideran-quejas-medicas.htm>
135. Deloitte. 2011 Survey of Health Care Consumers in Mexico Key Findings, Strategic Implications [Internet]. Deloitte Center for Health Solutions; 2012. Disponible en: [https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/mx/Documents/life-sciences-health-care/mx\(es-mx\)Mexico2011HealthCareSurvey.pdf](https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/mx/Documents/life-sciences-health-care/mx(es-mx)Mexico2011HealthCareSurvey.pdf)
136. Söderlund N, Mendoza-Arana P, Goudge J, Alliance for Health Policy and Systems Research. The new public/private mix in health: exploring the changing landscape. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research; 2003.
137. COFEPRIS. Secretaría de Salud. Guía para las Buenas Prácticas Sanitarias en farmacias y consultorios [Internet]. *gob.mx.* [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.gob.mx/cofepris/documentos/guia-para-las-buenas-practicas-sanitarias-en-farmacias-y-consultorios>
138. Lizbeth Pasillas, Zacarías Zamírez. La verdadera enfermedad del sistema de salud mexicano [Internet]. *Forbes Mexico.* 2014 [citado el 26 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/la-verdadera-enfermedad-del-sistema-de-salud-mexicano/>
139. C.V D Desarrollo de Medios, SA de. La Jornada: Fallas del sector público detonan el boom de los consultorios de farmacias [Internet]. *La Jornada.* [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2015/04/06/politica/003n1pol>
140. Burger R, Owens T. Promoting Transparency in the NGO Sector: Examining the Availability and Reliability of Self-Reported Data. *World Dev.* el 1 de septiembre de 2010;38(9):1263–77.
141. Cotlear D, Wagstaff A, Eozenou PH-V, Buisman LR. Measuring progress towards universal health coverage: with an application to 24 developing countries [Internet]. *The World Bank;* 2015 nov [citado el 23 de agosto de 2017] p. 1–67. Report No.: WPS7470. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/917441468180851481/Measuring-progress-towards-universal-health-coverage-with-an-application-to-24-developing-countries>
142. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud [Internet]. [citado el 26 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/r050404.html>
143. Asociación de Organismos Reguladores y de Fiscalización en Salud de la Región de las Américas. Las tendencias de los marcos reguladores de los sistemas de salud de América Latina [Internet]. 2010. Disponible en: [http://www.economiaynegocios.uahurtado.cl/wp-content/uploads/2010/08/marco\\_regulador.pdf](http://www.economiaynegocios.uahurtado.cl/wp-content/uploads/2010/08/marco_regulador.pdf)
144. IMSS. Preguntas frecuentes sobre la Afiliación al IMSS para estudiantes [Internet]. *gob.mx.* [citado el 24 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.gob.mx/afiliatealimss/articulos/preguntas-frecuentes-sobre-la-afiliacion-al-imss-para-estudiantes>

145. CONAMED. Comisión Nacional de Arbitraje Médico | Gobierno | gob.mx [Internet]. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.gob.mx/conamed>
146. Concentra IMSS quejas ante Conamed - Pulso Laboral [Internet]. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.elpulsolaboral.com.mx/seguridad-social-y-salud/1895/concentra-imss-quejas-ante-conamed>
147. “Mínimas, las sanciones a negligencias médicas” [Internet]. El Universal. 2015 [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2015/09/5/minimas-las-sanciones-negligencias-medicas>
148. SIPSE G. “No somos dioses, ninguno estudiamos para hacer daño” [Internet]. SIPSE.com. 2016 [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <http://sipse.com/novedades/colegio-medico-paro-nacional-atencion-clinicas-hospitales-marcha-quintanaroo-cancun-209804.html>
149. Mundo GTB. Los médicos latinoamericanos que están orgullosos de mostrarse dormidos [Internet]. BBC Mundo. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/05/150514\\_yotambienmedormi\\_medicos\\_guardia\\_gtg](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/05/150514_yotambienmedormi_medicos_guardia_gtg)
150. DGCES. Comité Nacional por la Calidad (CONACAS) [Internet]. [citado el 24 de julio de 2017]. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dmp-comite\\_01.html](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/dmp-comite_01.html)
151. DGCES. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS) [Internet]. [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/>
152. CSG. Consejo de Salubridad General [Internet]. [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.csg.gob.mx/>
153. DGCES. Dirección General de Calidad y Educación en Salud [Internet]. gob.mx. [citado el 24 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/direccion-general-de-calidad-y-educacion-en-salud-dgces-110816>
154. COMAEM. Consejo Mexicano para la Acreditación de la Educación Médica, A.C. [Internet]. [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.comaem.org.mx/joomla/index.php/es/>
155. IMSS, Gobierno de la República. Sistema Integral de Medición de la Satisfacción de Usuarios [Internet]. [citado el 24 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/encuesta-nacional/sistema-integral-de-medicion-de-la-satisfaccion-de-usuarios>
156. IMSS, SEGOB, DOF. Informe con tabuladores del Instituto Mexicano del Seguro Social, relativo al Informe de los Servicios Personales en el IMSS 2015. [Internet]. [citado el 24 de julio de 2017]. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5442591&fecha=27/06/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5442591&fecha=27/06/2016)
157. Secretaría de Salud, DGRH. Tabulador Único: Rama médica, paramédica y grupo afín. [Internet]. [citado el 24 de julio de 2017]. Disponible en: <http://i.guerrero.gob.mx/uploads/2016/10/DGRH-5194-2016-TABULADOR-UNICO-2016.pdf>
158. Coronel MR. Nadie conoce los indicadores hospitalarios de México. El economista [Internet]. [citado el 24 de julio de 2017]; Disponible en: <http://eleconomista.com.mx/columnas/salud-negocios/2017/03/05/nadie-conoce-indicadores-hospitalarios-mexico>
159. Las tendencias de los marcos reguladores de los sistemas de salud de América Latina.
160. del Campo Covarrubias AM. Talento humano en el Centro Médico ABC. En: Anales Médicos [Internet]. 2014 [citado el 20 de agosto de 2017]. p. 185–187. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2014/bc143e.pdf>

161. COPAES. Consejo para la Acreditación de la Educación Superior A.C. [Internet]. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: [https://www.copaes.org/preguntas\\_frecuentes.php](https://www.copaes.org/preguntas_frecuentes.php)
162. AMFEM. Directorio de facultades y escuelas afiliadas a la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina [Internet]. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.amfem.edu.mx/index.php/directorio>
163. COMACE - Consejo Mexicano para la Acreditación de Enfermería, A.C. [Internet]. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.comace.mx/Antecedentes.aspx>
164. Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud. CAUSES 2016 [Internet]. [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSI DA/CAUSES2016.pdf>
165. Aumenta Seguro Popular cobertura en medicamentos [Internet]. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2017/03/26/aumenta-seguro-popular-cobertura-en-medicamentos>
166. Mexicanos sin seguridad social, oportunidad para aseguradoras: PwC. En Fórmula Financiera [Internet]. [citado el 26 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?Idn=500458&idFC=2015>
167. Act. Eduardo Lara di Lauro. Seguros de Salud: Factores para impulsar su crecimiento [Internet]. Millman: Consultores y Actuarios; Disponible en: [http://www.amis.com.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Seguros\\_Salud\\_Mexico\\_%20Nov\\_2005.pdf](http://www.amis.com.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/Seguros_Salud_Mexico_%20Nov_2005.pdf)
168. El Universal. La decepción del Seguro Popular [Internet]. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: [http://archivo.eluniversal.com.mx/graficos/especial/EU\\_seguro/](http://archivo.eluniversal.com.mx/graficos/especial/EU_seguro/)
169. Irregularidades en el Seguro Popular [Internet]. El Informador. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.informador.com.mx/jalisco/2009/69588/6/irregularidades-en-el-seguro-popular.htm>
170. C.V D Desarrollo de Medios, SA de. La Jornada: Hay corrupción en el Seguro Popular, asevera legislador [Internet]. La Jornada. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2011/04/22/politica/014n1pol>
171. Naveja JM. Seguro Popular: la prórroga como sistema [Internet]. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <http://eleconomista.com.mx/foro-economico/2016/12/22/seguro-popular-prorroga-como-sistema>
172. CONDUSEF. Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros | Gobierno | gob.mx [Internet]. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.gob.mx/condusef>
173. SinEmbargo MX. Seguros Médicos: Un modelo reciente de lucrar con la salud [Internet]. SinEmbargo MX. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.sinembargo.mx/16-01-2015/1220946>
174. PwC. El fraude en seguros de gastos médicos [Internet]. Convención de aseguradores de México; 2012 may 9 [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: [http://www.amis.com.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/2.1.%20PresFraudeSeguros\\_Luis\\_Vite%20Z\\_%20fi na\\_.pdf](http://www.amis.com.mx/InformaWeb/Documentos/Archivos/2.1.%20PresFraudeSeguros_Luis_Vite%20Z_%20fi na_.pdf)
175. DGCES. Atribuciones de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud [Internet]. [citado el 25 de julio de 2017]. Disponible en: [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/somos/dg-somos\\_02.html](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/somos/dg-somos_02.html)
176. Dionisio Pérez, Jácome Friscione. Presupuesto basado en resultados: Origen y aplicación en México [Internet]. [citado el 26 de julio de 2017]. Disponible en: [http://www.hacienda.gob.mx/EGRESOS/sitio\\_pbr/Documents/Pbr\\_Mex\\_02072012.pdf](http://www.hacienda.gob.mx/EGRESOS/sitio_pbr/Documents/Pbr_Mex_02072012.pdf)

177. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Presupuesto basado en Resultados (PbR) y Sistema de Evaluación del Desempeño (SED) [Internet]. 2008 Diciembre [citado el 26 de julio de 2017]. Disponible en: [http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/sed/present\\_pbr\\_sed.pdf](http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/PEF/sed/present_pbr_sed.pdf)
178. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Cédula: Conceptos Básicos del presupuesto basado en resultados. Sistema de Evaluación del Desempeño (PBR-SED) [Internet]. [citado el 26 de julio de 2017]. Disponible en: [http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/sitio\\_pbr/Documents/090811CeduladelPbR-SED.pdf](http://www.shcp.gob.mx/EGRESOS/sitio_pbr/Documents/090811CeduladelPbR-SED.pdf)
179. Duarte debe comprobar destino de 650 mdp en salud: Narro [Internet]. Excélsior. 2017 [citado el 26 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/07/18/1176305>
180. Inician paro en 80 centros de salud en Oaxaca por falta de medicamentos [Internet]. El Universal. 2017 [citado el 26 de julio de 2017]. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/estados/2017/06/21/inician-paro-en-80-centros-de-salud-en-oaxaca-por-falta-de-medicamentos>
181. Seguros Monterrey New York Life. CONDUSEF otorgó 10 de calificación a los productos de Gastos Médicos Mayores de Seguros Monterrey New York Life [Internet]. [citado el 26 de julio de 2017]. Disponible en: <https://www.mnyl.com.mx/sharedassets/pdf/condusef.pdf>
182. CONDUSEF. Buró de Entidades Financieras [Internet]. Comportamiento General de Aseguradoras Especializadas en Salud. [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: [http://www.buro.gob.mx/general\\_gob.php?id\\_sector=24&id\\_periodo=14](http://www.buro.gob.mx/general_gob.php?id_sector=24&id_periodo=14)
183. Economista YC/ E. Antes de contratar una póliza evalúe y compare [Internet]. [citado el 26 de julio de 2017]. Disponible en: <http://eleconomista.com.mx/finanzas-personales/2014/11/16/antes-contratar-poliza-evalue-compare>