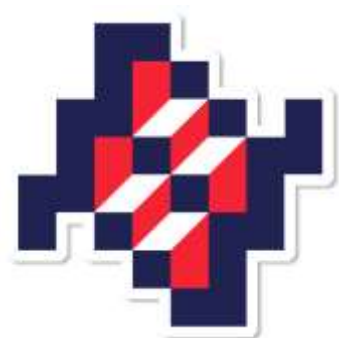




INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

Análisis del potencial del sector privado para la colaboración público-privada en
primer nivel de atención en México.

Proyecto de titulación para obtener el grado de Maestra en Salud Público con área
de concentración en Administración es Salud.

BEATRIZ MARTÍNEZ ZAVALA

Generación 2016-2018

Director: Dr. Miguel Ángel González Block

Asesora: Dra. Lucero Cahuana Hurtado

Cuernavaca

Agosto, 2018

Contenido

1.	Introducción	7
2.	Antecedentes	8
2.1	Internacional	8
2.2	México	10
3.	Planteamiento del problema	13
4.	Objetivos	15
4.1	Objetivo general	15
4.2	Objetivos específicos	15
5.	Justificación	15
6.	Marco Teórico	17
6.1	Potencial	17
6.2	Sector privado	18
6.3	Colaboración público-privada.	20
6.4	Primer nivel de atención	25
6.5	Cobertura universal	28
7.	Material y Métodos	29
7.1	Diseño	29
7.2	Período	29
7.3	Ámbito de estudio	29
7.4	Fuentes de información	29
7.5	Análisis	30
7.6	Metodología por objetivo	31
7.6.1	Describir el número de unidades prestadoras de servicios de salud, personal prestador de servicios de salud y consultas potenciales del sector privado en el primer nivel de atención y su impacto en el déficit de recursos del sector público.	31
7.6.2	Identificar la disponibilidad e interés para la colaboración y los modelos de colaboración público-privada para el primer nivel de atención que proponen los actores clave	34
7.6.3	Analizar el marco legal en México para la colaboración público-privada en el primer nivel de atención.	36
7.7	Limitaciones	38
7.8	Fortalezas	38
7.9	Consideraciones éticas	38

8	Resultados	39
8.1.	Describir el número de unidades prestadoras de servicios de salud, personal prestador de servicios de salud y consultas potenciales del sector privado en el primer nivel de atención y su impacto en el déficit de recursos del sector público.....	39
8.1.1	Unidades prestadoras de servicios de salud.....	39
8.1.2	Personal prestador de servicios de salud.....	45
8.1.3	Aporte del sector privado.....	47
8.2	Identificar la disponibilidad e interés para la colaboración y los modelos de colaboración público-privada para el primer nivel de atención que proponen los actores clave.....	49
8.2.1	Perfiles.....	50
8.2.2	Interés	53
8.2.3	Disposición	55
8.2.4	Modelos.....	56
8.2.5	Facilitadores	59
8.2.6	Limitantes.....	61
8.3	Analizar el marco legal en México para la colaboración público privada en el primer nivel de atención.....	63
8.3.1	Leyes.....	64
8.3.2	Reglamentos.....	68
8.3.3	Normas	70
8.3.4	Regulación	72
8.3.5	Facilitadores	74
8.3.6	Limitantes.....	76
9	Discusión	78
8.	Conclusiones.....	86
7.	Recomendaciones	90
	Para futuras investigaciones	90
	Para la Colaboración público-privada	90
	Referencias bibliográficas	91
	Anexo 1 Resolución comité de ética INSP.....	102
	Anexo 2 Autorización de uso de entrevistas.....	103
	Anexo 3 Guías de entrevistas del proyecto Diagnóstico de la estructura del mercado de servicios médicos privados en México.....	104
	Anexo 4 Carta de confidencialidad.....	110

Anexo 5 Matriz de análisis del marco legal.....	111
Anexo 5. Normas Oficiales Mexicanas que contienen y no contienen información.	126

Índice de figuras, tablas gráficas y cuadros

Figura 1 Sistema de Salud Mexicano.....	19
Figura 2 Modelo de colaboración público-privada en el primer nivel de atención	23
Figura 3 Plan de análisis	31
Figura 4 Modelo de CPP en el primer nivel y entre niveles.	57
Figura 5 Modelo de CPP Separación de funciones.....	58
Figura 6 Modelo de CPP Administración de riesgos.....	59
Tabla 1 Fuentes de información.....	30
Tabla 2 Criterios de inclusión y exclusión para unidades prestadoras de servicios de salud en el primer nivel de atención.	32
Tabla 3 Variables en el componente cuantitativo.	32
Tabla 4 Criterios de inclusión y exclusión para revisión de documentos	34
Tabla 5 Matriz para el análisis de las entrevistas con actores clave.	36
Tabla 6 Criterios de inclusión y exclusión para legislación y normatividad mexicana en materia de salud.	36
Tabla 7 Categorías para legislación y normatividad mexicana en materia de salud	36
Tabla 8 Matriz para el análisis del Marco legal.	37
Tabla 9 Resultados revisión de entrevistas.	53
Tabla 10 Facilitadores identificados por actores del sector privado, México 2017.....	61
Tabla 11 Limitantes identificados por actores del sector privado, México 2017.	63
Tabla 12 Categorías presentes en las leyes revisadas.....	64
Tabla 13 Categorías contenidas en los reglamentos analizados.....	68
Tabla 14 Categorías contenidas en las normas analizadas	70
Gráfico 1 Distribución de UPS por sector, México 2014.	39
Gráfico 2 Distribución de Unidades Prestadoras privadas por Entidad Federativa, según sector, México, 2014.	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 3 Distribución de Unidades prestadoras de servicios de primer nivel de atención, por sector, México 2014.	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 4 Recursos humanos por tipo de personal y sector en México, 2016.....	46
Gráfico 5 Distribución de odontólogos por sector. México, 2016.	46
Gráfico 6 Incremento de las UP a partir del sector privado, México 2014.	47
Gráfico 7 Incremento en las UP a partir del sector privado por tipo de UP, México 2014.....	48
Gráfico 8 Incremento porcentual en los recursos humanos a partir del sector privado.	48
Gráfico 9 Consultas por persona prestadas en el sector público en México 2000-2014.....	¡Error! Marcador no definido.
Gráfico 10 Utilización de servicios privados de atención ambulatoria en el sector privado respecto del total. 2000-2014.....	¡Error! Marcador no definido.

Gráfico 11 Consultas por persona prestadas en el sector privado en México 2000-2014. **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico 12 Consultas per cápita requeridas y proyectadas del sector público y Público-Privado por AVISA por IRAS y EDAS, México 2020 y 2030. **¡Error! Marcador no definido.**

Gráfico 13 Consultas per cápita requeridas y proyectadas del sector público y Público-Privado por AVISA por DM, México 2020 y 2030. **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 1 Distribución de UPS por sector en las entidades federativas, México 2014. 40

Cuadro 2 Distribución de UPS del sector privado según el tipo de unidad, por entidad federativa. México, 2014. 41

Cuadro 3 Distribución de UPS del sector público según el tipo de unidad, por entidad federativa. México, 2014. 44

Cuadro 4 Recursos humanos de primer nivel de atención por sector, México 2016. 45

Cuadro 5 Consultas requeridas según AVISA por IRAS y EDAS vs proyectadas para 2020 y 2030, por sector en México. **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 6 Consultas requeridas según AVISA por DM vs proyectadas para 2020 y 2030, por sector en México. **¡Error! Marcador no definido.**

Cuadro 7 Perfiles y categorías identificadas. 50

Cuadro 8 Documentos y categorías analizadas. 64

Lista de abreviaturas

APS: Atención Primaria Salud

AVISA: años de vida saludables perdidos

CAF: Consultorios Adyacentes a Farmacias

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social

CHP: Community Health Partnerships

COFEPRIS: Comisión Federal de Protección contra Riesgos

CPEUM: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

CPP: colaboración público-privada

EDAS: Enfermedades diarreicas agudas

ENOE: Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

FONASA: Fondo Nacional de Salud

FUNSALUD: Fundación Mexicana para la Salud

GMM: gastos médicos mayores

GPC: Guías de Práctica Clínica

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

IMSS: Programa IMSS-Oportunidades

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

IRAS: Infecciones respiratorias agudas

ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional

ISES: Instituciones de Seguros Especializadas en Salud

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

IVA: Impuesto al Valor Agregado

LAASS: Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público

LAPP: Ley de Asociaciones público-privadas

LFCE: Ley Federal de Competencia Económica

LGS: Ley General de Salud

LIFT: Local Improvement

LIMSS: Ley del Seguro Social

LISSTE: Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

LOAPF: Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

MLE: modalidad de libre elección

NOM: Norma Oficial Mexicana

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONG: Organización no gubernamental

OPD: Organismo Público Descentralizado

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PEMEX: Petróleos Mexicanos

PFI: Private Finance Initiative

PNS: Plan Nacional de Salud

PSS: Plan Sectorial de Salud

PwC: PricewaterhouseCoopers

RISS: Redes integradas de salud

RISSA: Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

RISSSTE: Reglamento de Servicios Médicos del ISSSTE

RLAPP: Reglamento de la Ley de Asociaciones Público-Privadas

RLGS: Reglamento de la Ley General de Salud

RPPS: Acuerdo por el que se establecen las reglas para la realización de proyectos para la prestación de servicios.

SEDENA: Secretaría de la Defensa

SEMAR: Secretaría de Marina

SESA: Servicios Estatales de Salud

SNS: Sistema Nacional de Salud

SPS: Seguro Popular de Salud

SPSS: Sistema de Protección Social en Salud

SSA: Secretaría de Salud

UPS: unidades prestadoras de servicios de salud

1. Introducción

El sector privado puede definirse como el conjunto de individuos, organismos e instituciones que desarrollan actividades en el campo de la salud con bienes de propiedad particular. Por largo tiempo, este sector ha sido poco aprovechado o considerado de poca influencia en México y países donde predominan el financiamiento y la prestación pública bajos sistemas integrados. Este es el caso sobre todo en materia de salud pública.¹ Los actores privados han sido crecientemente socorridos debido a las crecientes limitaciones de la capacidad de gestión y financiamiento públicos. Para ello se han introducido reformas en los sistemas de salud, buscando ampliar la capacidad de los sistemas para proveer servicios de salud, mejorar la distribución de los recursos y la calidad de la atención.^{2,3}

Los modelos de colaboración público-privadas (CPP) han cobrado importancia en el contexto de las reformas y México ha sido pionero en Latinoamérica, con casos exitosos documentados a nivel primario y hospitalario.^{4,5} Sin embargo, poco se ha estudiado la inclusión estratégica de los prestadores privados, más allá de su documentación en casos particulares, sin determinarse el grado óptimo de implantación.³

La presente investigación tiene el propósito de describir y discutir el potencial del sector privado para colaborar con el público en la prestación de servicios de primer nivel de atención de manera coordinada bajo la rectoría de la Secretaría de Salud. Enfoca en la capacidad para incrementar los recursos disponibles, cerrar el déficit de recursos y prestación del sector público, mejorar las condiciones de acceso efectivo y ejecutar programas de salud pública.

2. Antecedentes

2.1 Internacional

Tras un largo proceso de estatización de servicios de salud a nivel mundial, en la década de los 80, la privatización de los servicios públicos se hizo común debido a la corriente neoliberal que reducía el rol del Estado. En el caso del sector salud la privatización fue más limitada y sobre todo dio lugar a modelos de quasi-mercado como la separación de compradores y proveedores públicos, así como a la mayor contratación de servicios auxiliares.^{5,6} También se ha observado la separación de la provisión de los cuidados de la salud del sector público como un medio para incrementar el valor de las inversiones, la innovación en los servicios y la responsabilidad por los usuarios.⁶

Algunos países han incorporado la participación privada como alternativa para desmonopolizar la prestación de servicios de salud, a la vez que, para fomentar la competencia para mejorar la eficiencia y el uso de los recursos, contribuir a mejorar el acceso a de las poblaciones a los servicios de salud y lograr un efecto más profundo en la salud pública.³ Algunos de los sistemas de salud han integrado a una diversidad de actores que intervienen en el sector con funciones que incluyen su reglamentación, así como la gestión, prestación, financiamiento y adquisición de servicios, compartiendo así tanto recursos como responsabilidades y riesgos; la proporción de participación público privada varía según las características de la actividad que se requiera.⁷⁻¹¹

Existen distintos modelos de colaboración, que pueden ser tan variados como sean las necesidades y capacidades de cada relación.⁵ En los países donde el servicio es entregado principalmente por el sistema público, muchos insumos, como medicamentos y servicios de soporte provienen del sector privado. En los países con servicios predominantemente privados, el Estado influencia su configuración por medio de regulaciones e incentivos financieros.^{2,6}

Uno de los ejemplos más conocidos de colaboración público-privada es el de Gran Bretaña (GB), que en 1992 presentó el esquema conocido como *Private Finance*

Initiative (PFI), mismo que ha sido base para que varios países desarrollen esquemas de desarrollo de infraestructura y servicios públicos en alianza con el sector privado; esta iniciativa ha cambiado a lo largo de los años y en materia de salud se incorporó en el año 2000 el modelo conocido como Local Improvement Finance Trust (LIFT) que es un programa de inversión en salud primaria manejado por una compañía independiente llamada Community Health Partnerships (CHP) propiedad del Departamento de Salud, la cual busca crear redes regionales de asistencia primaria financiadas con recursos tanto públicos como privados.¹²

Para América Latina y el Caribe existen claros ejemplos de la búsqueda para conferir carácter universal a los servicios de salud, esto se ha observado en Costa Rica, Colombia, Argentina y Chile entre otros países. En Costa Rica este tipo de participación ha existido desde 1970 con modelos que buscan brindar mayor capacidad a los usuarios en la selección de médicos, la reducción de costos o aumentar las aportaciones de los contribuyentes y disminuir la demanda de servicio en clínicas y hospitales de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Entre estos modelos destacan: el Programa Médico de Empresa, en el que el patrón proporciona atención médica de primer nivel a sus empleados en las propias instalaciones y la CCSS atiende en sus instalaciones lo referente a servicios de laboratorio clínico, rayos x y farmacia. El Sistema Mixto de Atención de Salud en el que el usuario cubre el costo de la atención y la CCSS se encarga de las pruebas diagnósticas y los medicamentos. Otro modelo son las Cooperativas de salud, las cuales son autogestionadas y venden a la CCSS servicios médicos ambulatorios.¹³

En el caso de Colombia con la llamada Ley 100 de 1993 se buscó la integración de seis principios (universalidad, eficiencia, solidaridad, integralidad, unidad y participación) para hacer funcionar al sistema de salud. Dicha estructura está basada en sistemas de salud como el canadiense, si bien con limitaciones^{14,15}.

El sistema de salud de Argentina está constituido por tres sectores: público, seguridad social y privado. La participación público privada se encuentra inserta en el sector de la seguridad social obligatorio que se encuentra organizado en torno a las Obras Sociales que aseguran y brindan servicios de salud a los trabajadores y

sus familias a través de prestadores privados; el financiamiento de estos servicios proviene de la contribución correspondiente al 8% del salario de los trabajadores activos, siendo cubierto 5% por el patrón y el resto por el trabajador¹⁶.

En Chile, el sistema de salud está integrado por los sectores público y privado representados por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), respectivamente. El sector público que es financiado por contribuyentes, impuestos generales y copagos; mediante el FONASA brinda servicios al 70% de la población, sin embargo, aquellos con mayor capacidad económica pueden tener acceso a servicios privados cubriendo únicamente la diferencia entre el costo de estos servicios y la aportación del FONASA, a esto se le conoce como modalidad de libre elección (MLE). Por su parte el sector privado representado por aseguradoras privadas, las ISAPRE, es financiado por las cuotas obligatorias de los trabajadores, copagos, empresas y en menor proporción por gasto directo de bolsillo y ofrece servicios a los sectores de mayores ingresos y a algunos obreros y empleados quienes representan al 17.5% de la población; de manera general la prestación de servicios se da a través de privados, pero, también existen algunos convenios con instituciones públicas¹⁷.

2.2 México

Posterior a la institucionalización e intervención del Estado en la prestación de servicios con el establecimiento del IMSS y de la SSA en 1943, se tenía la idea de que éstos eran financiados principalmente por recursos públicos. Sin embargo, en la última década del siglo XX se demostró que el 54% del gasto total en salud provenía del bolsillo de las familias. Y que el gasto se ejercía principalmente en los servicios de salud privados.^{18,19} Con el fin de hacer los servicios de salud más accesibles a la población –sobre todo para reducir barreras económicas– se han llevado a cabo reformas a nivel organizativo del sistema, incluyendo la colaboración público-privada.^{20,21}

Desde la implementación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), en 2003, México avanza en la compra estratégica, entendida como la búsqueda de valor por el dinero y donde se privilegia la asignación de recursos a los servicios de

salud mediante pago capitado o por caso y la inclusión de prestadores tanto públicos como privados. Según la Ley General de Salud (LGS) se pueden comprar los servicios tanto de prestadores públicos como privados acreditados, para atención de primer nivel y hospitalaria. Sin embargo, la compra de servicios privados por parte de las instituciones de seguro social y en menor medida por el Seguro Popular es permitida en los reglamentos de servicios sólo ante la insuficiencia de los prestadores públicos.²²

De estas experiencias de colaboración en el primer nivel se han documentado algunos casos. El Régimen de Protección Social en Salud en Hidalgo es un caso exitoso de compra de servicios de primer nivel a una empresa privada mediante pagos capitados y servicios de primer y segundo nivel de la Cruz Roja documentado por González Block.²² Otro estudio realizado por Contreras et al.²³ comparó la distribución de medicamentos entre unidades médicas con servicio tercerizado por servicios privados, y farmacias operadas por las secretarías estatales. Este estudio encontró mejor desempeño en las farmacias tercerizadas.

Nigenda et al.²⁰, analizaron el caso del Organismo Público Descentralizado (OPD) Servicios de Salud Jalisco. Este modelo incluyó servicios de primer nivel al contratar núcleos básicos privados, con posibilidad de referir a los pacientes a hospitales públicos o privados. En este estudio se definió el modelo de financiamiento, contratación, prestación, referencia y contrareferencia, y monitoreo de la calidad y alcance de metas. Se encontró incremento en la productividad, mayor compromiso del personal, mayor cumplimiento de las metas de vacunación, crecimiento de la demanda de los servicios de primer nivel, disminución en la tasa de mortalidad, mayor oportunidad de atención en el embarazo, incremento en la eficiencia y mejor uso de los recursos, satisfacción del personal contratado y mayor grado de satisfacción de los usuarios.

En otra investigación de Nigenda y colaboradores³ se expone una visión general sobre las condiciones de la participación público-privada en México donde identificó heterogeneidad de los servicios privados en infraestructura, organización y calidad. El estudio recomienda fortalecer la rectoría en calidad y equidad para hacer los

servicios equiparables entre sectores, así como la separación de funciones para el fortalecimiento del SNS. Por otro lado, menciona que para la CPP es importante definir los campos en los que sería más fructífera y las agencias que deberían involucrarse, con acciones claramente definidas.

Una investigación realizada por PwC sobre la industria de la salud en México menciona la CPP como un factor clave para hacer frente a los actuales retos del sistema de salud mexicano. Aunque ciertas compras pueden implicar la modificación de leyes de compra, inversión del gobierno, la CPP podría propiciar la eficiencia de la provisión de servicios y distribución de medicamentos.²⁴ Esta propuesta se apoya en la evidencia sobre utilización de servicios de salud de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), pues alrededor del 39% de las personas que requirieron servicios de atención ambulatoria los obtuvieron del sector privado.²⁵ En una encuesta realizada por PwC para su estudio se encontró que el 39.1% de las personas con diabetes, normalmente utilizan ambos servicios en un lapso de un año y que el 79% de las personas que suelen utilizar instituciones públicas apoyaría un sistema que vinculara a los servicios públicos y privados, ya que los usan alternadamente.²⁶

Un estudio con empresas de servicios privados de salud enfocadas al primer nivel de atención identificó estrategias prioritarias y factibles para auspiciar la colaboración público-privada. Encontró que es factible establecer una puerta de entrada única al SNS.²⁷ Identificó como retos para la CPP el desarrollo de políticas de participación privada en salud, la reglamentación y el fortalecimiento de la compra estratégica de los pagadores públicos y la mayor organización de los prestadores privados incluyendo incentivos y participación de los usuarios en la gobernanza del sector salud. Dentro de las acciones mencionadas en este estudio se encuentra identificar el potencial del sector privado para prestar servicios en colaboración con el sector público. El presente trabajo pretende dar continuidad a dicho estudio, tomando la estrategia citada como objetivo central.

3. Planteamiento del problema

En los últimos años se ha observado la preferencia de la población mexicana por usar los servicios médicos del sector privado en el primer nivel de atención, incluso por personas que cuentan con algún sistema de protección en salud. Esto se manifiesta en que las consultas ambulatorias en dicho sector alcanzan el 44% del total.²⁸ De los pacientes que hacen uso de estos servicios, el 60% cuenta con un seguro de salud público. Y alrededor de un tercio de las personas que están afiliadas a una institución pública utilizan servicios de atención ambulatoria en el sector privado.^{25,29,30}

El uso de servicios privados para la atención en el primer nivel normalmente se da mediante pagos al momento de recibir el servicio, denominado como gasto de bolsillo.³¹ El gasto de bolsillo impacta negativamente la economía de las personas, e incluso puede desmotivar la demanda oportuna de servicios, al perpetuar las inequidades sociales, ya que los usuarios del quintil 1, gastan entre \$154 y \$205 por consulta, mientras que los usuarios ubicados en el quintil 5, gastan entre \$474 y \$641, lo que es aproximadamente el doble, pero con ingresos cinco veces mayores. En México, el gasto de bolsillo representa el 44% del gasto total en salud, cifra mayor a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al promedio de los países miembros de la OCDE (19%).^{31,32}

El gasto de bolsillo también impacta negativamente las políticas de protección financiera a la salud ya que, debido a las condiciones de segmentación y fragmentación entre los sectores público y privado, los usuarios terminan haciendo pagos de bolsillo aun teniendo algún esquema de aseguramiento público.^{18,30} Lo que dificulta el uso óptimo de los recursos existentes, la mancomunación de riesgos, y la gestión financiera por parte del Estado.³³ Además, al no existir mecanismos de referencia y contrarreferencia entre el sector privado y público, en muchos casos la atención oportuna y la continuidad en la misma se ven afectadas. De esta manera, el amplio uso de los servicios del sector privado en el primer nivel de atención se da de manera poco articulada, con un probable impacto limitado a la salud y baja

participación en la detección temprana y seguimiento de personas con enfermedades crónicas.²⁷

Por años, el sector privado ha sido aprovechado sólo en última instancia para la subrogación de servicios, sobre todo en casos de incapacidad del sector público para proveer los servicios.²² Y ha tenido poca participación en el Sistema Nacional de Salud en cuanto a actividades de salud pública y continuidad de la atención. Pero si se pretende lograr la cobertura universal en salud y superar las barreras de acceso que encuentran los usuarios, el SNS necesita ser reformado y enfocado en un modelo de Atención Primaria a la Salud (APS).³⁴ Lo que implica considerar al sector privado como un importante aliado para prestar servicios alineados a los programas nacionales de salud, Mediante mayor regulación, inclusión y colaboración.^{21,31,35}

Actualmente, 57% de los 107,000 consultorios que operan en México son privados. La Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) reporta que, de 28,000 farmacias privadas, 57% cuentan con consultorio adyacente (CAF) para un total de 15,000 CAF.³⁶ Las razones por las que se prefiere este servicio son: la satisfacción con la atención, los tiempos de espera cortos y la percepción de mejoría.^{29,30}

Si se pretende lograr la cobertura universal en salud y superar las barreras de acceso que encuentran los usuarios, el SNS necesita ser reformado y enfocado en un modelo de APS.³⁴ Lo que implica considerar al sector privado como un importante aliado para prestar servicios alineados a los programas nacionales de salud, mediante mayor regulación, inclusión y colaboración.^{21,31,35} Por lo que es probable que tenga la capacidad y disposición de colaborar con el sector público. Sin embargo, pocas políticas han sido propuestas e instrumentadas en torno a la colaboración público-privada en la atención a la salud en el primer nivel a nivel nacional.

Ante este escenario se plantea la pregunta: ¿Cuál es el potencial del sector privado para prestar servicios de salud en el primer nivel de atención en colaboración con el sector público? Esta pregunta puede ser analizada en tres interrogantes:

- ¿Cuál es la infraestructura y recursos humanos con los que cuenta el sector privado para la prestación de servicios de salud en el primer nivel de atención?
- ¿Cuáles modelos de colaboración público-privada para el primer nivel de atención proponen los actores clave?,
- ¿Cuál es el marco legal en México para la colaboración público privada?

4. Objetivos

4.1 Objetivo general

Identificar el potencial del sector privado para la colaboración público-privada en el primer nivel de atención en México para contribuir a la generación de lineamientos que favorezcan la cobertura universal de salud.

4.2 Objetivos específicos

1. Describir el número de unidades prestadoras de servicios de salud, personal prestador de servicios de salud y consultas potenciales del sector privado en el primer nivel de atención y su impacto en el déficit de recursos del sector público.
2. Identificar la disponibilidad e interés para la colaboración y los modelos de colaboración público-privada en el primer nivel de atención que proponen los actores clave.
3. Analizar el marco legal en México para la colaboración público privada en el primer nivel de atención

5. Justificación

Alrededor del mundo existe un movimiento a favor de la universalidad en el acceso, cobertura y financiamiento de la atención a la salud. Para lograr dicha universalidad, países con sistemas de salud que en su origen estuvieron fragmentados han

establecido reformas para la colaboración entre los servicios de salud públicos y privados.^{37,38} A partir de estas experiencias y recomendaciones de instituciones internacionales y nacionales, México ha incluido en el plan sectorial de salud 2013-2018 estrategias para la integración del sector privado.^{31,35}

México se encuentra ante una transición epidemiológica, política y económica que ha puesto sobre la mesa la necesidad de establecer nuevos abordajes hacia la prevención y tratamiento de los problemas de salud que enfrenta la población.³⁹ Esta investigación aporta información que permitirá robustecer las acciones para el cumplimiento del artículo 4° constitucional, en materia de protección de la salud y al mejor aprovechamiento de los recursos.

Actualmente se cuenta con información estadística de dicho sector, pero se tienen pocos análisis sobre su capacidad y disponibilidad para la colaboración con el sector público en la atención a la salud en el primer nivel.¹ El presente estudio contribuye al fortalecimiento del modelo de APS en redes integradas de prestadores, mediante una caracterización del sector privado según sus recursos, de las posibles oportunidades de colaboración con el sector público y del marco legal en México para dicha colaboración.

Los resultados pretenden contribuir en la discusión de estrategias para el nuevo plan sectorial de salud y en el desarrollo de políticas de participación del sector privado en actividades de salud pública alineadas a las metas nacionales, como son: el uso eficiente de los recursos para la atención en el nivel primer nivel, lograr una disminución en el gasto de bolsillo, mejorar el acceso oportuno a servicios de especialidad, mejorar la continuidad de la atención y superar las barreras organizacionales que encuentran las personas para la atención de enfermedades tanto crónicas, como agudas, y, así, avanzar en la construcción de un sistema nacional de salud universal bajo la rectoría de la Secretaría de Salud.^{35,40} El presente estudio puede fortalecer la comunicación entre los actores involucrados para analizar la factibilidad de las estrategias propuestas.

6. Marco Teórico

6.1 Potencial

El potencial se puede definir como la fuerza o poder disponible de un determinado orden.⁴¹ En el caso de los sistemas de salud, el potencial sería el poder disponible de una organización, institución, individuo o de las relaciones entre ellos para mejorar, restablecer y mantener la salud de las personas mediante la generación de recursos, financiamiento, rectoría y prestación de servicios.^{41,42} Normalmente referirse al potencial, es referirse a algo que puede suceder o existir en contraposición de lo que existe.⁴¹

El potencial del sector privado para prestar servicios de salud de primer nivel de atención en colaboración con el sector público puede medirse en términos de su capacidad para aportar a la mejora del SNS en todas sus funciones y objetivos. También puede medirse por su capacidad para subsanar las actuales barreras de prestación debidas al déficit de recursos en el sector público y de acceso a los servicios de salud que encuentran los usuarios, de manera coordinada con base en las metas establecidas en la política pública según sus competencias.

Se definen a continuación las diversas dimensiones de potencial:

- **Incremento los recursos disponibles**

Volumen de consultas, recursos humanos y unidades económicas que forman parte de la oferta de servicios del sector privado en el primer nivel de atención susceptibles de ser aprovechados por el público y su efecto en los recursos disponibles, en términos de incremento.

- **Acceso efectivo**

Cerrar las brechas de acceso a la atención oportuna y mejorar la continuidad de la atención tomando el primer nivel de atención en el privado como puerta de entrada y primer contacto en la atención a la salud.⁴³

- **Ejecutar programas nacionales de salud**

Aprovechar la capacidad de los servicios del sector privado para participar en programas nacionales de salud como los de vacunación, salud materno infantil,

planificación familiar, entre otros, de una manera más efectiva.⁴⁴ Así como la preferencia de los usuarios basadas en los menores tiempos de espera y accesibilidad organizacional para mejorar el acceso a servicios de detección oportuna y prevención de las enfermedades.³⁰

6.2 Sector privado

Un sistema de salud es el conjunto de todas las organizaciones, instituciones y los recursos dedicados a producir actividades de salud, cuyo objetivo sea mejorar, promover, restablecer o mantener la salud ya sea en el ámbito individual, de la salud pública o de iniciativas intersectoriales.⁴⁵ Más allá de una mera lista de dichas instituciones, es importante considerar en la definición de cualquier sistema, incluyendo los de salud, las relaciones internas entre los diferentes componentes del mismo. Bajo esta perspectiva, un sistema incluye la totalidad de la respuesta social organizada ante las necesidades en salud de una población.⁴⁶

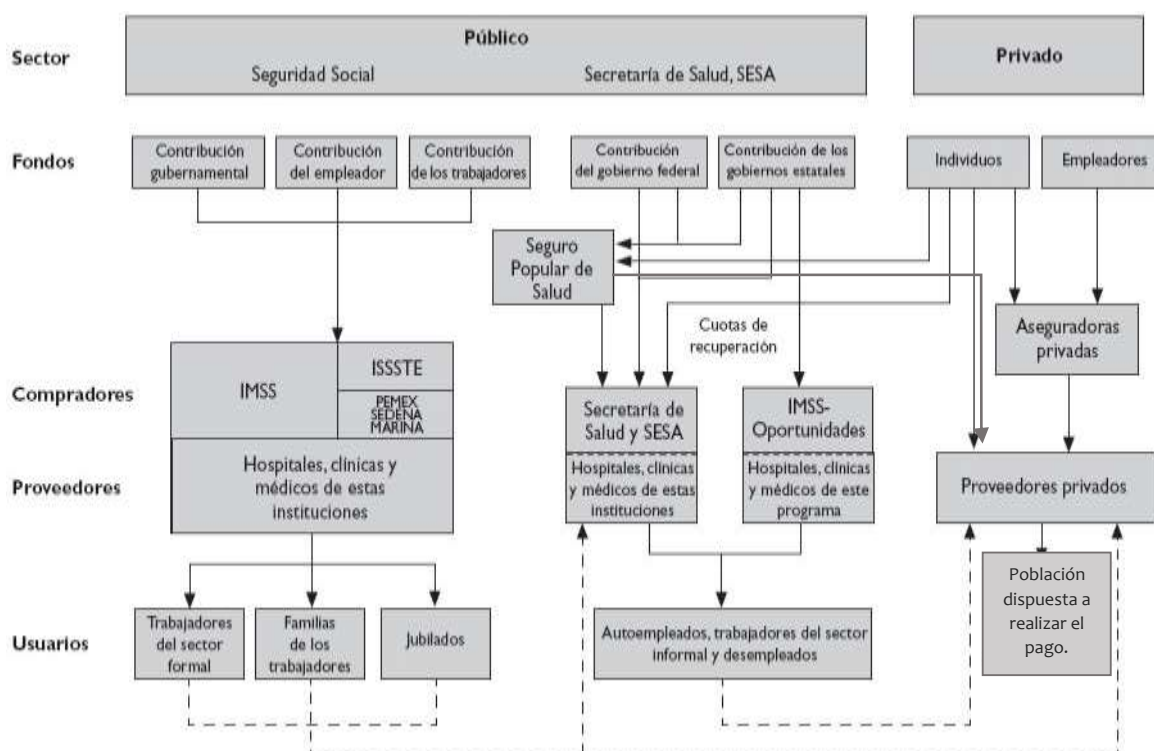
Los sistemas de salud se integran por dos grandes sectores clasificados según su fuente de financiamiento y apego a los regímenes legales público, privado o de estatuto público: el sector público y el sector privado. El público se refiere a los ministerios de salud, los reguladores a nivel nacional que dependen del Estado y los pagadores públicos, así como a los prestadores organizados públicamente. El sector privado está compuesto por actores que pueden tener, o no, fines de lucro, que se clasifican según su función en financiadores, proveedores de servicios y proveedores de insumos.⁴⁷ También existen reguladores profesionales establecidos por estatutos públicos como son los colegios profesionales.

Particularmente en México, el sistema de salud está compuesto por los sectores público y privado lucrativo. Dentro del sector público se encuentran las instituciones de seguridad social: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa (SEDENA), Secretaría de Marina (SEMAR), y los programas que atienden a la población sin seguridad social: Programa IMSS-Oportunidades (IMSS-O), Seguro Popular de Salud de Salud (SPS) y Servicios Estatales de Salud (SESA). El sector privado incluye a las compañías

aseguradoras y los prestadores de servicios que trabajan en consultorios, clínicas y hospitales privados, laboratorios, farmacias y compañías farmacéuticas, incluyendo a los servicios y prestadores de medicina alternativa y tradicional.⁴⁸

En las instituciones de seguridad social se atienden los trabajadores del sector formal de la economía, activos o jubilados, y sus familias. Éstas instituciones prestan los servicios principalmente en sus propias unidades, con sus recursos humanos. Los trabajadores independientes, los trabajadores del sector informal, los desempleados y sus familias, así como estudiantes no amparados por la seguridad social están protegidos formalmente por el SPSS, si se afilian voluntariamente. Pueden así mismo hacer uso de los servicios médicos de los SESA o IMSS-O, si bien toda la población tiene acceso a estos servicios condicionado al pago de una cuota. Finalmente, hay un grupo de personas que hacen uso del sector privado, ya sea a través de seguros privados o pagos de bolsillo (**Figura 1**)⁴⁸. Esta población no necesariamente se encuentra sin seguridad social o Seguro Popular, como se ha mencionado, los servicios ambulatorios privados son utilizados ampliamente por personas que tienen algún sistema de protección, incluso personas de bajos recursos.^{3,48}

Figura 1 Sistema de Salud Mexicano.



Modificado a partir de: Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaut FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Pública de México. 2011;53 (SUPPL. 2).

En México se observa que las distintas instituciones y sectores no comparten información ni servicios.⁴⁸ Presentando algunos problemas de referencia y contrarreferencia. Sobre todo, entre el primer nivel en el sector privado y el resto de instituciones.²⁷ La fragmentación de la red de servicios de salud se define como la incapacidad para alcanzar niveles aceptables de satisfacción de las necesidades debido a la discontinuidad en la atención a la salud. Hace referencia a problemas en la vinculación entre la oferta y la demanda debidos a la coordinación de procesos insuficiente. Estos procesos fragmentados pueden ser determinantes en el decaimiento de la cobertura.⁴⁹ La fragmentación implica mayor riesgo cuando los procesos de atención incluyen tránsito entre instituciones o diversos niveles de atención.^{50(p22),51}

6.3 Colaboración público-privada.

En los países donde participan los sectores público y privado en la prestación de servicios de salud, existe cierta relación entre ellos, ya sea, explícita o no. Sin embargo, las interacciones público-privadas a las que se hace referencia en este

documento, abarcan aquellas en las que los actores del sector público se unen a miembros del sector privado por medio de diferentes tipos de relaciones organizacionales para la consecución de objetivos específicos, como garantizar el financiamiento, la construcción, renovación, gestión o mantenimiento de la infraestructura, o la prestación de servicios.^{20,52} Las interacciones pueden incluir instituciones, equipamiento, suministros y servicios en todo el espectro de la atención a la salud. Estas relaciones suelen ser contractuales, sujetos al cumplimiento de estándares y buscan la eficiencia, disminución de costos, la maximización de beneficios y la capacidad de elección por parte de los usuarios. La OMS ha utilizado se ha referido a estas relaciones como una buena estrategia para lograr la calidad, equidad y protección financiera.^{3,4}

A diferencia del proceso de privatización, las instituciones permanecen como propiedad pública. Pues, para que se dé la privatización los activos deben ser transferidos del sector público al privado, en lo relativo a la propiedad, gestión, finanzas y control, o un cambio de la producción de bienes y servicios del sector público al privado. La privatización también implica una reducción de la regulación por parte del gobierno.^{20,53} En cambio, la interacción público-privada implica que cada parte cumpla con objetivos y funciones específicas mutuamente convenidos para alcanzar una meta en salud, sin que exista transferencia de activos, propiedades o funciones de un sector a otro. Por lo que cada parte conserva su identidad e independencia. Además de que la regulación es un factor clave para garantizar mecanismos operativos. Así como para el seguimiento, evaluación y control de los procesos y resultados de la colaboración.^{20,54}

Existen modelos de interacción entre ambos sectores, tan variados como el contexto en el que se desarrollen, por lo que existe poca especificidad en la definición de las mismas en la literatura, pues se usan los términos mezcla, colaboración, cooperación y asociación indistintamente. Agregando que en inglés se utiliza el término *public-private partnership* para incluir casi la mayoría de los modelos. Sin embargo, cada término hace referencia a un diferente tipo de relación.

En este marco, se identifican diversos modelos de interacción público-privada, que van desde el modelo de alojamiento, donde la infraestructura es privada y la prestación es pública, hasta el modelo de prestación integral, donde el prestador desarrolla la infraestructura y presta los servicios de salud. Incluso las ONG pueden ser utilizadas como un aliado potencial.^{2,55,56}

Cabe señalar que las definiciones son abstracciones un poco arbitrarias que describen sólo una parte de la compleja realidad, por lo que, a pesar de que las líneas divisorias entre los términos son delgadas, para propósitos de este documento, por ser el modelo que más se ajustaría al tipo de servicios e infraestructura de primer nivel de atención a la salud, nos gustaría establecer que a diferencia de los términos mezcla, que implica una participación de ambos sectores coordinada por políticas y regulación a cargo del Estado³, y asociación, que se relaciona más con la inversión, gestión o mantenimiento de la infraestructura^{57,58}, la colaboración público-privada en la prestación de servicios de salud describe un sistema con diferentes actores en la ejecución de sus funciones. Donde la función de rectoría, financiamiento y modulación puede estar bajo la responsabilidad de instituciones públicas, mientras que la prestación puede estar abierta a un esquema plural de prestadores tanto públicos, como privados.⁵⁹

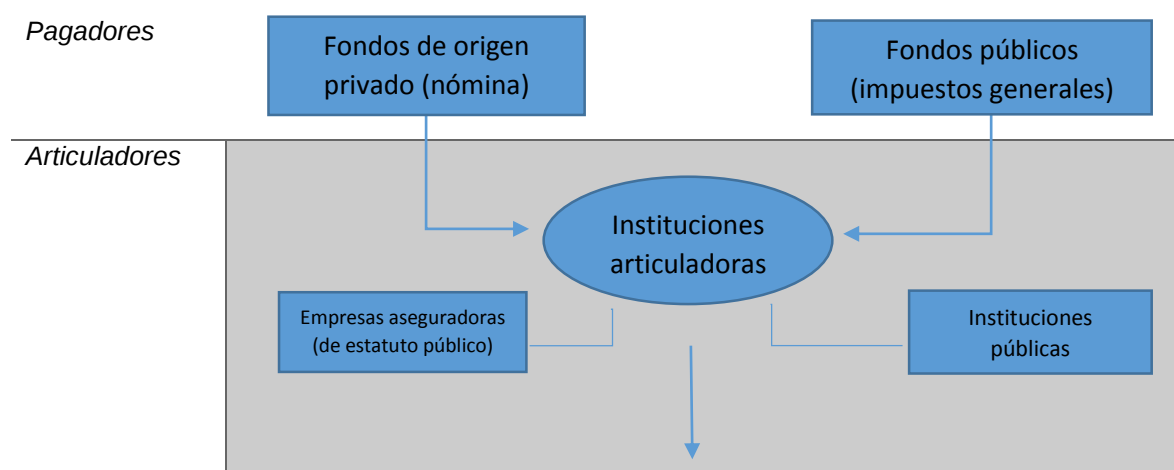
Esta colaboración es una relación contractual en la que el pagador público compra servicios privados de atención a la salud de primer nivel que funcionan como contratistas recibiendo honorarios bajo un salario fijo, pudiendo ser un pago por familia atendida, o por una población definida y pagos especiales a partir de metas específicas.

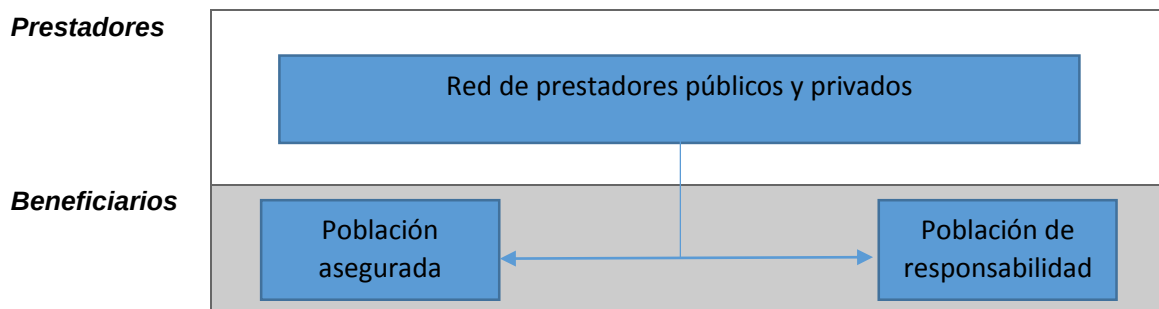
Estos modelos pretenden aprovechar la capacidad instalada de los sistemas de salud en su totalidad. La colaboración se hace mediante la contratación por parte del sector público de profesionales de la salud del primer nivel para el control y seguimiento de pacientes registrados en su unidad, con sistemas de referencia y contrarreferencia entre niveles de atención y entre sectores. Para lograr un funcionamiento integrado de las redes los modelos de CPP dependen de marcos

legales que permitan la transparencia y exija la calidad homogénea en los servicios.^{3,20}

Las instituciones cumplen funciones de regulación, afiliación, compra/pago y prestación de servicios. Los pagadores pueden financiarse por fondos de origen privado como las contribuciones a la seguridad social o por impuestos generales y compran servicios de primer nivel de atención por medio de las articuladoras. A partir del tipo de financiamiento, las instituciones articuladoras son, aseguradoras públicas (como el IMSS o ISSSTE) o instituciones gubernamentales (como la Secretaría de Salud) que realizan la gestión y contratación, con modelos de salud pública y de incentivos a la eficiencia de los servicios, de una red compuesta por unidades de atención a la salud o consultorios de tipo público y privado. Los pagos pueden darse mediante esquema de pagos por población asegurada o por población de responsabilidad y bonificaciones por el logro de metas. Los prestadores de servicios de salud están constituidos en una red con sistema de referencia y contrarreferencia con unidades de distintos niveles de atención. Los prestadores atienden a usuarios previamente registrados según sus áreas de responsabilidad. A su vez los usuarios están obligados a registrarse con el médico de su preferencia para la atención de nivel primario ^{59,60}(Figura 2).

Figura 2 Modelo de colaboración público-privada en el primer nivel de atención





Fuente: Elaboración a partir de Chernichovsky D. 2002; Londoño JL, Frenk J. 1997; González-Block 2017.

En distintos países como Alemania, Colombia e Inglaterra han surgido modelos de atención a la salud que transitan entre los niveles de competencia del mercado de los pagadores que compiten por las aportaciones de los ciudadanos, y los prestadores que compiten por el registro de los usuarios y el financiamiento de los pagadores. En Inglaterra solo existe el mercado de prestadores, ya que el financiamiento es público y una institución articuladora pública contrata servicios de médicos generales privados (*General Practitioners, GP*) y los usuarios no eligen la afiliación.²⁰ En Alemania y Colombia se encuentran ambos mercados. Los ciudadanos eligen su institución de afiliación (públicas, privadas o sociales), y éstas a su vez compran servicios a prestadores públicos y privados que compiten por la cartera de usuarios y el financiamiento de las aseguradoras.^{33,60}

En México, el modelo de atención a la salud es segmentado, pues existe una mezcla pública y privada, con una coordinación burocrática y una limitada coordinación entre instituciones y entre sectores. Cada institución atiende a un segmento de la población con sus propios recursos. También existe la coordinación horizontal, cuando, para resolver necesidades los servicios de manera extraordinaria, adquieren servicios selectivos del sector privado o de otras instituciones públicas. Esto se conoce como subrogación de servicios para garantizar a los beneficiarios los servicios del seguro de salud. Sin embargo, la población no puede elegir entre el prestador, pues el acceso depende de la referencia de un prestador de servicios público que se encuentra limitado para ofrecer el servicio por cuestiones de infraestructura o saturación.²⁷

Para definir el modelo de colaboración adecuado, se debe considerar el que favorezca el cumplimiento de los objetivos de los sistemas de salud: el mejoramiento de la salud, la respuesta de los servicios y la protección financiera. En México, puede definirse una puerta de entrada única al Sistema Nacional de Salud incentivando el desarrollo de programas de salud pública por parte de los servicios privados. En una primera etapa, puede lograrse la colaboración público-privada en redes de atención que permitan el acceso efectivo sin que intermedie el financiamiento público, estableciendo mecanismos de coordinación, referencia y contrarreferencia entre sectores. Y, posteriormente, financiar a los prestadores privados que ofrezcan servicios selectos con alto valor agregado para la red pública, y finalizar con la diversificación del SNS mediante la compra de servicios integrales de primer nivel por parte de los pagadores públicos y la integración del sector privado a la red.²⁷

6.4 Primer nivel de atención

Para satisfacer las necesidades de salud de la población, la prestación se ordena y estratifica según la cartera de servicios y el nivel de complejidad de la atención. Dicha definición se hace a partir del objeto receptor de la atención, el lugar de la provisión, las prestaciones brindadas, el tipo de proveedores y las características de la relación entre usuario y proveedor. Lo que resulta en los siguientes tres niveles de atención.^{61,62}

Primer nivel: Es el primer contacto del paciente con el sistema de salud y se considera la puerta de entrada al mismo. En este nivel se realizan actividades de diagnóstico, seguimiento y evaluación. Se estima que el 85% de los problemas de salud se resuelven en éste nivel.

Segundo nivel: Hospitales y establecimientos donde se realiza el internamiento de pacientes con necesidades de salud atendidas por especialidades médicas como medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. En este nivel se resuelve el 10% de las necesidades.

Tercer nivel: Resuelve el 5% de las necesidades de salud de una población, y se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología.

Es importante la coordinación entre los diferentes niveles para que el proceso de atención a los usuarios se pueda dar ininterrumpidamente. Para que estos niveles de atención funcionen adecuadamente debe existir un sistema de referencia y contrarreferencia que favorezca la capacidad operativa de los mismos. La referencia constituye un proceso administrativo asistencial mediante el cual un establecimiento de salud transfiere el cuidado de un paciente o el procesamiento de una prueba diagnóstica a otro establecimiento con mayor capacidad resolutive. La contrarreferencia es el proceso administrativo-asistencial mediante el cual el establecimiento de salud de referencia, una vez resuelto el problema de salud, devuelve el cuidado de la salud de un paciente o el resultado de una prueba diagnóstica, al establecimiento de salud referente para su control y seguimiento necesario.⁶¹

Las definiciones de primer nivel varían entre países, sin embargo, los aspectos comunes son la continuidad, el fácil acceso y la provisión de servicios que cubren un amplio espectro de las necesidades en salud.⁶² Como se mencionó anteriormente, el primer nivel de atención se puede definir a partir de la complejidad y del tipo de servicios que provee.

Según la complejidad:

Por complejidad se entiende el número de tareas y procedimientos que comprenden la actividad de la unidad, y el grado de desarrollo alcanzado por ella. El nivel de atención condiciona el nivel de complejidad del establecimiento y de los recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios. El primer nivel comprende la asistencia de resolución ambulatoria en instalaciones poco complejas como consultorios, policlínicas, centros de salud, entre otros, otorgada por médicos comunitarios y familiares, pediatras, ginecólogos, médicos generales, entre otros.^{61,63} Permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes; así como una atención oportuna y eficaz.

Según el tipo de servicios:

Es el primer contacto del paciente ante una nueva necesidad y facilita el acceso a la atención especializada en forma estructurada. El proveedor cumple el rol de fuente regular de atención debido a que es elegido frecuentemente para la consulta ante la aparición de un problema de salud. Funciona como un filtro a la atención especializada u hospitalaria y de la compra de servicios de atención secundaria para sus pacientes. Los prestadores deben ser capaces de identificar a su población objetivo mediante la delimitación territorial de los usuarios o por la inscripción voluntaria de los pacientes.⁶²

En México, los principales servicios de atención a la salud de primer nivel en el sector público son: consulta ambulatoria, consulta externa, certificado médico, laboratorio, curaciones, inmunizaciones, estomatología e imagenología.⁶⁴ Los servicios de primer nivel de atención del sector privado no son muy diferentes. Ofrecen servicios de atención ambulatoria que incluyen promoción de la salud, prevención de enfermedades y recuperación. Las principales actividades que se desarrollan son promoción y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento de las enfermedades más frecuentes y derivación de casos de mayor complejidad. Está integrado por consultorios, clínicas y policlínicas, farmacias y consultorios adyacentes a farmacias. Sus recursos humanos se componen por médicos, enfermeras, nutriólogos, odontólogos, psicólogos, entre otros.⁶³

Debido a las nuevas necesidades crónicas de atención a la salud que influyen en la demanda de diferentes tipos de servicios, algunos autores incluyen la atención ambulatoria, por ser las prestaciones de salud ofrecidas en un lugar distinto a la institución hospitalaria donde el paciente recibe los cuidados de salud sin pernoctar en una cama hospitalaria. Lo que puede ser un consultorio médico, clínica, policlínica, que incluye una variedad de médicos generales, pediatras, ginecólogos; además de dentistas, farmacéuticos, terapeutas, psicólogos entre otros proveedores.^{62,63}

Aunque algunos autores prefieren diferenciar los cuidados primarios (*primary care*) –definidos como el nivel básico de atención que aborda los problemas más comunes

en la comunidad- de la atención ambulatoria –que se refiere a las personas y organizaciones que brindan servicios de atención médica personal que no necesariamente atienden necesidades primarias, sino que pueden incluir prestaciones especializadas-,⁶⁵ debido a los modelos de prestación y utilización de servicios de salud en México, para la presente investigación se utilizará la definición más amplia de primer nivel; que incluye tanto los servicios primarios y la consulta ambulatoria de enfermedades crónicas.

6.5 Cobertura universal

Se puede definir cobertura como la proporción de potenciales beneficiarios de los servicios, que, en efecto, se han beneficiado de éstos. Se puede considerar la capacidad de cobertura de los servicios como cobertura potencial, y la cobertura relacionada a los resultados de los servicios como cobertura real.⁴⁹

Según la OMS, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y comunidades tengan acceso, sin ninguna discriminación a servicios de salud. De manera adecuada, oportuna, de calidad y de acuerdo a las necesidades. Igual que acceso a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles. Este acceso no debe suponer dificultades financieras para los usuarios. La cobertura universal debe ser el fundamento de un sistema de salud equitativo. Implica que los mecanismos de organización, financiamiento sean suficientes para cubrir a la población.⁶⁶

Dado que la a la atención ambulatoria es la puerta de entrada al sistema de salud y le corresponde resolver la mayoría de las necesidades de la población a su cargo, la OMS promueve que los servicios de salud se organicen con base en el modelo de APS, colocando énfasis en promoción de la salud, en la prevención y detección temprana de enfermedades y en garantizar la atención con acceso efectivo y calidad homogénea. ^{61,67} Dentro de los elementos esenciales de la APS se incluye el fortalecimiento de la atención en primer nivel como un primer contacto resolutivo y en materia de vigilancia, prevención de las enfermedades y promoción de la salud. Bajo este marco, a partir de la renovación de la APS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso la estrategia “Redes Integradas de Servicios de Salud”

(RISS) como una opción para mejorar la accesibilidad del sistema, reducir la fragmentación del cuidado, mejorar la eficiencia global del sistema, evitar la duplicación de infraestructura y servicios, disminuir costos de producción, y responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas. La iniciativa RISS se enmarca en el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS.^{50,68}

Las RISS pueden definirse como "una red de organizaciones que presta, o hace arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve".⁵⁰ Las RISS no requieren que todos los servicios que la componen sean de propiedad única, pueden presentarse mediante una gama de arreglos contractuales o alianzas estratégicas. Permite buscar opciones de complementación de los servicios entre organizaciones, públicas o privadas. Debido a la variedad de contextos de los sistemas de salud existen múltiples modelos de RISS.⁵⁰

7. Material y Métodos

7.1 Diseño: Se llevó a cabo un diseño transversal, descriptivo de tipo mixto. Con un componente cuantitativo y un componente de revisión de documentos.

7.2 Período: El estudio recabó información desde el año 2000 hasta 2017.

7.3 Ámbito de estudio: Subsistema de salud privado en el primer nivel de atención en México.

7.4 Fuentes de información: El total de las fuentes de información fueron de origen secundario. Para el componente cuantitativo las fuentes de información fueron bases de datos de oficiales. Y para la revisión documental, se utilizaron páginas web oficiales, leyes, normas, reglamentos y documentos propios del proyecto "Diagnóstico de la estructura de servicios médicos privados en México", de la universidad Anáhuac. La **Tabla 1** muestra las fuentes de información por componente y objetivo.

Tabla 1 Fuentes de información.

Componente	Objetivo	Fuentes de información	Muestreo
Cuantitativo	1	Censos económicos INEGI 2014	Censo
		Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo INEGI 2017	Trimestralmente el tamaño de la muestra es de 120 mil 260 viviendas.
		Cubos Dinámicos (DGIS)	muestreo probabilístico, bietápico, estratificado y por conglomerados. Está conformado por distintos formatos con diferente periodicidad de llenado, que son requisitados por el personal que brinda el servicio
Revisión de literatura	2 y 3	Health statistics OCDE	Registros nacionales de los países miembros
		Global Health Data Exange. Institute for Health Metrics and Evaluation	
		Documentos oficiales Transcripciones de entrevistas proporcionadas por el proyecto “Diagnóstico de la estructura del mercado de servicios médicos privados en México” de la Universidad Anáhuac.	Por criterio

7.5 Análisis

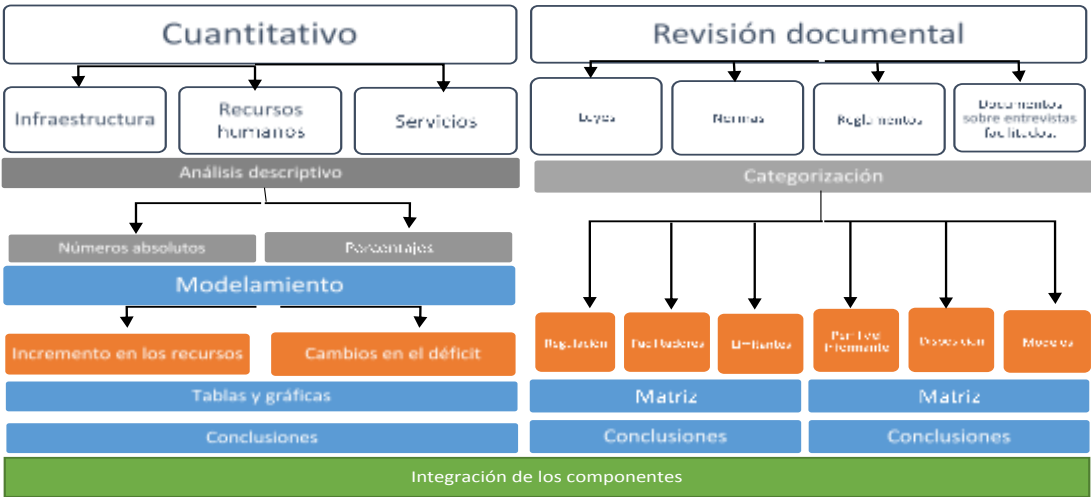
Para las variables del componente cuantitativo se realizaron análisis descriptivos a nivel nacional y por entidad federativa, así como una estimación del incremento de los recursos públicos de ser integrados los recursos del sector privado en colaboración. Los análisis cuantitativos se realizaron mediante el programa Microsoft Excel 2016.

Para el componente de revisión documental, se categorizaron las unidades de análisis en el procesador de textos Microsoft Word 2016 o lector de documentos PDF Adobe Reader DC, según el formato del documento. Los hallazgos se organizaron en matrices creadas en el programa Microsoft Excel 2016 y se realizaron cruces entre las categorías de tipo de documento y tipo de hallazgo, y

entre perfil del informante y categorías de análisis. A partir de estas matrices se realizaron análisis por filas y columnas.

Se elaboraron conclusiones por componente y, con la información procesada, se realizó el análisis mixto de tipo descriptivo mediante la integración de los componentes. Para el análisis mixto de procedió a diseñar indicadores, figuras y gráficos (Figura 3;Error! No se encuentra el origen de la referencia.). a continuación, se explica la metodología seguida para cada objetivo específico a continuación.

Figura 3 Plan de análisis



7.6 Metodología por objetivo:

7.6.1 Describir el número de unidades prestadoras de servicios de salud, personal prestador de servicios de salud y consultas potenciales del sector privado en el primer nivel de atención y su impacto en el déficit de recursos del sector público.

Unidad de análisis: unidades prestadoras de servicios de salud privadas de salud en el primer nivel de atención.

Fuentes de información:

- Censo económico INEGI 2014
- Cubos de la Dirección General de Información en salud (DGIS)

- Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo INEGI 2017
- Base de datos OCDE Health Statistics
- Base de datos IHME GHX results tool

Criterios de inclusión y exclusión: La **Tabla 2** presenta los criterios de inclusión y exclusión para el objetivo 1.

Tabla 2 Criterios de inclusión y exclusión para unidades prestadoras de servicios de salud en el primer nivel de atención.

Inclusión	Exclusión
Información posterior al año 2000 Información más actual disponible Unidades privadas que presten servicios incluidos en los servicios de primer nivel del sector público	Se excluyeron las unidades prestadoras de servicios que no se encuentren entre los servicios que presta el sector público en el primer nivel de atención. Consultorios de medicina tradicional y de homeopatía

Variables: Las variables analizadas en el objetivo 1 se describen en la **Tabla 3**, que se muestra a continuación:

Tabla 3 Variables en el componente cuantitativo.

Variable	Definición	Tipo	Operacionalización
Farmacias	UE dedicadas principalmente al comercio al por menor de medicamentos, y complementos alimenticios para consumo humano.	Cuantitativa discreta	Número absoluto nacional y por entidad federativa
Consultorios de medicina general	UE del sector privado dedicadas principalmente a proporcionar servicios de consulta médica externa general.	Cuantitativa discreta	Número absoluto nacional y por entidad federativa
Consultorios dentales	UE del sector privado dedicadas principalmente a proporcionar servicios de odontología.	Cuantitativa discreta	Número absoluto nacional y por entidad federativa
Consultorios de psicología	UE del sector privado dedicadas principalmente a la atención de aspectos relacionados con el comportamiento humano	Cuantitativa discreta	Número absoluto nacional y por entidad federativa

Consultorios de nutriólogos y dietistas	UE del sector privado dedicadas principalmente a proporcionar servicios de consulta para determinar racionalmente el régimen alimenticio conveniente para la salud de cada persona. Incluye también: unidades económicas del sector privado dedicadas principalmente a proporcionar servicios de control de peso mediante dietas sin prescripción médica.	Cuantitativa discreta	Número absoluto nacional y por entidad federativa
Laboratorios médicos y de diagnóstico.	UE del sector privado dedicadas principalmente a proporcionar servicios de análisis médicos y de diagnóstico para las personas	Cuantitativa discreta	Número absoluto nacional y por entidad federativa
Médicos	Número de médicos titulados trabajando en contacto con el paciente.	Cuantitativa discreta	Número absoluto a nivel nacional
Nutriólogos	Número de nutriólogos titulados trabajando en contacto con el paciente.	Cuantitativa discreta	Número absoluto a nivel nacional
Enfermeros	Número de enfermeros titulados trabajando en contacto con el paciente.	Cuantitativa discreta	Número absoluto a nivel nacional
Odontólogos	Número de odontólogos titulados trabajando en contacto con el paciente.	Cuantitativa discreta	Número absoluto a nivel nacional

Análisis y herramientas

La información respecto a las Unidades Prestadoras de Servicios (UPS) de primer nivel de atención del sector privado se obtuvo de los Censos Económicos de INEGI 2014. Las UPS del sector público se obtuvieron de Cubos Dinámicos de la Dirección General de Información en Salud. La información sobre el personal prestador de servicios de primer nivel se obtuvo de la ENOE 2014.

Las variables fueron integradas en una base de datos en el programa Microsoft Excel 2016. En el caso de las variables que consideran unidades y personal prestador de servicios de salud se presentaron valores absolutos a nivel nacional y por entidad federativa. Se calcularon proporciones entre tipos de UPS, entidades federativas y sectores. Y se calculó el porcentaje de incremento de las UPS y personal prestador de servicios de salud, de ser aprovechados, a nivel nacional.

Los resultados se presentaron mediante cuadros y gráficas.

7.6.2 Identificar la disponibilidad e interés para la colaboración y los modelos de colaboración público-privada para el primer nivel de atención que proponen los actores clave.

Unidad de análisis: Acervo de transcripciones de entrevistas proporcionados por el proyecto “Diagnóstico de la estructura del mercado de servicios médicos privados en México”, de la Universidad Anáhuac.

Muestra: totalidad de las transcripciones proporcionadas.

Criterios de inclusión y exclusión: Los criterios de inclusión y exclusión del objetivo número 3 se muestran en la **Tabla 4**.

Tabla 4 Criterios de inclusión y exclusión para revisión de documentos

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Documentos que se refieran al análisis de las entrevistas	Entrevistas que contengan información no relacionada con las categorías de análisis
Documentos que se refieran a las conclusiones sobre las entrevistas y grupos focales	

Categorías: La categorización de las unidades de análisis del objetivo 3 se muestran en la tabla 9.

Tabla 9. Categorización para el análisis de documentos.

Dimensión	Categoría	Definición	Cualidades
1. Perfil del informante	1.1 Área de desempeño	Datos referentes a la persona entrevistada	Información académica, historia laboral, funciones a cargo, nivel de toma de decisiones
	1.2 Tiempo de desempeño		
	1.3 Formación académica		
2. Interés del sector privado para la colaboración	2.1 Beneficios para el sector privado	Percepción de la conveniencia e importancia de colaborar con el sector público del entrevistado	Beneficios que obtienen ambas partes, valores, e ideología.
	2.2 Beneficios para el sector público		
	2.3 Beneficios de la colaboración		
3. Disposición del sector privado para la colaboración	3.1 Aceptabilidad de la colaboración por parte del sector privado	Disponibilidad explícita o implícita de participar en un modelo de colaboración con el sector público	Grado de interés en colaborar, disposición de negociar, disposición de prestar servicios, disposición de vender infraestructura.
	3.2 Aceptabilidad de la colaboración por parte del sector privado		
	3.3 Pertinencia de establecer nuevos		

	modelos de prestación de servicios		
	3.4 Condiciones necesarias para la colaboración		
3. Modelos de colaboración público-privada en el primer nivel de atención		Tipo de relaciones entre el sector público y privado que se pueden ejercer en el primer nivel de atención para la colaboración que el entrevistado identifica	modelos de compra de servicios, de financiamiento, modelos de compra de infraestructura, modelos de compra de servicios no médicos, participación de las farmacias comunitarias y de los consultorios de farmacia
4. Facilitadores para la colaboración	4.1 Facilitadores políticos	Factores del contexto que el entrevistado identifica como favorables para la colaboración en el primer nivel de atención.	Políticas internas y externas para la integración de sectores en la prestación de servicios de salud, intereses políticos y sociales a favor de la colaboración entre sectores, metas nacionales relacionadas con la integración de sectores, factibilidad de establecer los modelos mencionados.
	4.2 Facilitadores legales		
	4.3 Facilitadores sociales		
	4.4 Factibilidad de establecer modelos de colaboración público-privada		
5. Limitantes para la colaboración público-privada	5.1 Limitantes políticos	Factores del contexto que el entrevistado identifica como obstáculos para la colaboración en el primer nivel de atención	Políticas internas y externas que propicien la fragmentación, intereses políticos y sociales en contra de la colaboración, obstáculos para la aplicación de los modelos propuestos
	5.2 Limitantes legales		
	5.3 Limitantes sociales		

Análisis y herramientas: Para la revisión de los modelos de colaboración propuestos por actores clave, se realizó una revisión de documentos proporcionados por el proyecto “Diagnóstico de la estructura del mercado de servicios médicos privados en México”. Para dicho análisis, se utilizaron las líneas textuales como unidades mínimas de análisis. De éstas, se realizó una transcripción y, en caso necesario, se utilizaron formatos compatibles para el procesamiento de los textos. Las unidades mínimas de análisis fueron codificadas y categorizadas en el programa Microsoft Word 2016, para las transcripciones y en el programa Adobe Reader DC para los documentos en PDF, y posteriormente, serán analizados en la

matriz creada en Microsoft Excel 2016 diseñada para este propósito (Se analizaron los datos por perfiles de informante (filas) y categorías de análisis (columnas). Se reportaron las citas textuales.

Tabla 5). Se analizaron los datos por perfiles de informante (filas) y categorías de análisis (columnas). Se reportaron las citas textuales.

Tabla 5 Matriz para el análisis de las entrevistas con actores clave.

Perfil del informante	Interés del sector privado para la colaboración	Disposición del sector privado para la colaboración	Modelos de colaboración público-privada en el primer nivel de atención que se pueden aplicar en México	Facilitadores y limitantes para la colaboración público privada en el primer nivel de atención

7.6.3 Analizar el marco legal en México para la colaboración público-privada en el primer nivel de atención.

Unidad de análisis: Legislación y normatividad mexicana en materia de salud

Muestra: muestreo por criterio

Criterios de inclusión y exclusión: Los criterios de inclusión y exclusión para el objetivo número dos se muestran en la **Tabla 6**.

Tabla 6 Criterios de inclusión y exclusión para legislación y normatividad mexicana en materia de salud.

Inclusión	Exclusión
Leyes y normas mexicanas que regulen la prestación de servicios en el sector privado	Normatividad no vigente o derogada
Leyes y normas que regulen la colaboración público-privada	Relativa a niveles de prestación diferentes del primer nivel de atención
Leyes y normas que regulen la compra de servicios de salud	

Categorías: La Tabla 7 muestra la categorización de las unidades de análisis del objetivo 2.

Tabla 7 Categorías para legislación y normatividad mexicana en materia de salud

Categorías	Subcategorías	Definición	Cualidades
1. Regulación de la prestación	1.1 Leyes	Leyes, normas o reglamentos dirigidos a regular el funcionamiento de la prestación de servicios de salud privados	[Prestación de servicios en el sector privado]
	1.2 Normas		[formas de relación entre los sectores público y privado] [financiamiento de los sectores público y privado] [compra de servicios] [compra de infraestructura]
	1.3 Reglamentos		
2. Facilitadores para la colaboración público-privada	2.1 Leyes	Leyes, normas o reglamentos que promuevan, faciliten o estimulen la colaboración entre el sector público y privado	[Compra de servicios] [compra de insumos] [compra de infraestructura]
	2.2 Normas		[financiamiento público y privado] [estructura del SNS]
	2.3 Reglamentos		
3. Limitantes para la colaboración público-privada	3.1 Leyes	Leyes, normas o reglamentos que desincentiven, obstaculicen o limiten la colaboración entre el sector público y privado	[Atribuciones de los sistemas] [condiciones para la compra y venta de servicios insumos o infraestructura]
	3.2 Normas		[obstáculos para la colaboración]
	3.3 Reglamentos		

Instrumento: Los hallazgos se concentrarán en una matriz donde se crucen las categorías de la siguiente manera (Tabla 8):

Tabla 8 Matriz para el análisis del Marco legal.

	Regulación de la prestación:	Facilitadores para la colaboración público-privada:	Limitantes para la colaboración público-privada:
Leyes:			
Normas:			
Reglamentos:			

Análisis y herramientas: Para la revisión del marco legal mexicano se utilizaron las líneas textuales como unidades mínimas de análisis, de éstas se realizó una

transcripción en caso necesario, o se utilizarán formatos compatibles para el procesamiento de los textos, según cada caso. La codificación y categorización se realizó con el programa Microsoft Word 2016 y Adobe Reader DC, para transcripciones y documentos PDF, respectivamente. Luego fueron analizadas en la matriz creada en Microsoft Excel 2016, previamente descrita. Los datos fueron analizados por tipos de documento (filas) y categorías de análisis (columnas). Se reportaron las citas textuales y relaciones entre las categorías mediante tablas y gráficos.

7.7 Limitaciones: La información referente a la productividad e infraestructura del sector privado es escasa, ya que pocas veces reporta esta información a instancias oficiales. La investigación obtendrá una estimación usando como supuesto la utilización reportada en la ENSANUT. Por su parte, los resultados de las opiniones de expertos no son estrategias planteadas, sino modelos que según los expertos pueden considerarse para profundizar en su factibilidad y oportunidad. Debido a las limitaciones de tiempo, el análisis del marco legal se encuentra circunscrito al nivel nacional, por lo que no se pudo analizar a nivel de entidades federativas e instituciones en específico.

7.8 Fortalezas: Hasta donde se tiene conocimiento, no se ha realizado un estudio que discuta el potencial del sector privado para colaborar en el primer nivel de atención con el sector público, bajo esta perspectiva. El estudio comprende tres campos de la colaboración, que son: la prestación de servicios, los modelos propuestos por actores clave, y el marco legal para la misma. Por lo que presentará una perspectiva amplia. Esta investigación complementa estudios previos acerca del sector privado en México y servirá de acercamiento para futuras investigaciones que profundicen en políticas de fortalecimiento del sistema de salud mexicano.

7.9 Consideraciones éticas: La información recabada de bases de datos es de acceso libre y los documentos fueron proporcionados con autorización del proyecto “Diagnóstico de la estructura del mercado de servicios médicos privados en México” la comisión de ética de la Universidad Anáhuac y del comité de ética del Instituto Nacional de Salud Pública (anexo 1). La guía de entrevista de las mismas se incluye

en el anexo 2. Debido a que el diseño del estudio no contempla la participación directa de individuos, el riesgo a la integridad de terceras personas fue mínimo. Los datos personales que aparecieron en los documentos fueron protegidos (anexo 3). La presente investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública.

8 Resultados

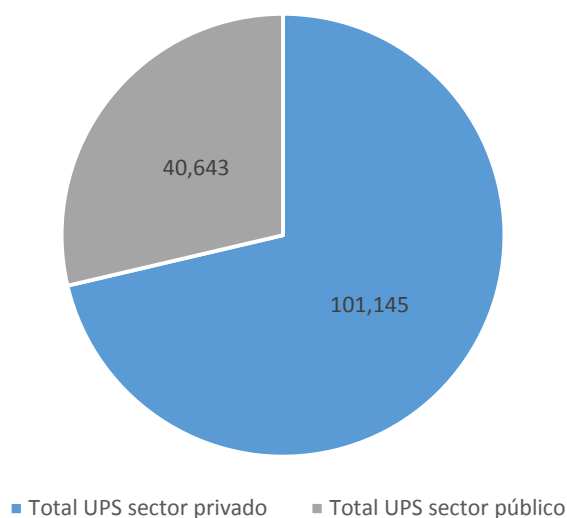
8.1. Describir el número de unidades prestadoras de servicios de salud, personal prestador de servicios de salud y consultas potenciales del sector privado en el primer nivel de atención y su impacto en el déficit de recursos del sector público.

8.1.1 Unidades prestadoras de servicios de salud.

De acuerdo con los Censos Económicos 2014, México contaba con un total de 4,230,745 Unidades Prestadoras de Servicios (UPS) privadas. De éstas, se identificaron 101,145 (2.4%) unidades de primer nivel de atención que brindan servicios similares a los prestados en el sector público. Mientras que en el sector público se identificaron 40,643 UPS de primer nivel. Al hacer la comparación entre sectores, el 71% de las UPS se encontró en el sector privado (**Gráfico 1**). Se observan proporciones similares entre sectores en las diferentes entidades federativas como se muestra en el **Cuadro 1**.

Gráfico 1 Distribución de UPS por sector, México 2014.

Proporción de UPS por sector, México 2014



Fuente: Censos económicos, INEGI, 2014 y Cubos dinámicos, DGIS, 2014.

Cuadro 1 Distribución de UPS por sector en las entidades federativas, México 2014.

Entidad	UPS sector privado	%	UPS sector público	%	Total UE	Total
Aguascalientes	1,297	76%	420	24%	1,717	100%
Baja California	3,951	84%	733	16%	4,684	100%
Baja California Sur	563	67%	283	33%	846	100%
Campeche	414	53%	365	47%	779	100%
Coahuila de Zaragoza	2,179	75%	742	25%	2,921	100%
Colima	426	54%	365	46%	791	100%
Chiapas	2,615	54%	2,186	46%	4,801	100%
Chihuahua	2,387	70%	1010	30%	3,397	100%
Ciudad de México	11,598	78%	3,207	22%	14,805	100%
Durango	1,218	62%	742	38%	1,960	100%
Guanajuato	5,595	78%	1,619	22%	7,214	100%
Guerrero	2,088	55%	1,691	45%	3,779	100%
Hidalgo	2,246	61%	1,435	39%	3,681	100%
Jalisco	7,648	80%	1,897	20%	9,545	100%
México	11,141	73%	4,023	27%	15,164	100%
Michoacán de Ocampo	5,863	77%	1,777	23%	7,640	100%
Morelos	1,896	72%	739	28%	2,635	100%
Nayarit	1,050	62%	638	38%	1,688	100%
Nuevo León	3,699	76%	1162	24%	4,861	100%
Oaxaca	3,224	59%	2,196	41%	5,420	100%

Puebla	5,371	71%	2,202	29%	7,573	100%
Querétaro	1,857	76%	591	24%	2,448	100%
Quintana Roo	809	64%	463	36%	1272	100%
San Luis Potosí	2,335	72%	901	28%	3,236	100%
Sinaloa	2,840	76%	916	24%	3,756	100%
Sonora	2,242	68%	1037	32%	3,279	100%
Tabasco	1,522	51%	1,484	49%	3,006	100%
Tamaulipas	3,040	74%	1088	26%	4,128	100%
Tlaxcala	1,040	68%	497	32%	1,537	100%
Veracruz de Ignacio de la Llave	5,748	67%	2,868	33%	8,616	100%
Yucatán	1,820	74%	648	26%	2,468	100%
Zacatecas	1,423	66%	718	34%	2,141	100%
Total Nacional	101,145	71%	40,643	29%	141,788	100%

Fuente: Censos económicos, INEGI, 2014 y Cubos dinámicos, DGIS, 2014.

De las UPS privadas analizadas, el 49.6% fueron consultorios dentales, 31.9% consultorios de medicina general, el 12% laboratorios médicos y de diagnóstico, y el resto se compone por consultorios de psicología (4.3%) y consultorios de nutriólogos y dietistas (4.4%). Las entidades federativas guardan proporciones similares a las observadas a nivel nacional, con excepción de Campeche y Colima, que tienen una proporción de consultorios de medicina general de 70.8% y 77.5%, respectivamente; probablemente debido a que el censo no registró consultorios dentales ni consultorios de psicología en estas entidades como se observa en el Cuadro 2

Cuadro 2 Distribución de UPS del sector privado según el tipo de unidad, por entidad federativa. México, 2014.

ENTIDAD	TOTAL UE DE PRIMER NIVEL	CONSULTORIOS				LABORATORIOS MÉDICOS Y DE DIAGNÓSTICO
		MEDICINA GENERAL	DENTALES	PSICOLOGÍA	NUTRIÓLOGOS Y DIETISTAS	
Aguascalientes	1,297	26.5%	52.8%	5.7%	4.3%	10.6%
Baja California	3,951	28.4%	54.8%	5.0%	1.8%	9.9%
Baja California Sur	563	29.1%	46.7%	4.8%	3.9%	15.5%
Campeche	414	70.8%	0.0%	0.0%	2.7%	26.6%
Coahuila de Zaragoza	2,179	29.1%	52.7%	4.2%	2.7%	11.3%
Colima	426	77.5%	0.0%	0.0%	5.4%	17.1%
Chiapas	2,615	34.5%	37.3%	3.1%	1.6%	23.6%
Chihuahua	2,387	32.1%	50.8%	6.3%	2.2%	8.6%
Ciudad de México	11,598	29.4%	56.6%	5.3%	2.1%	6.6%
Durango	1,218	31.3%	49.0%	8.0%	2.2%	9.5%
Guanajuato	5,595	32.9%	48.2%	5.5%	3.4%	10.0%

ENTIDAD	TOTAL UE DE PRIMER NIVEL	CONSULTORIOS				LABORATORIOS MÉDICOS Y DE DIAGNÓSTICO
		MEDICINA GENERAL	DENTALES	PSICOLOGÍA	NUTRIÓLOGOS Y DIETISTAS	
Guerrero	2,088	40.0%	43.1%	2.2%	1.2%	13.5%
Hidalgo	2,246	32.6%	49.2%	3.3%	1.9%	13.1%
Jalisco	7,648	28.3%	49.3%	5.4%	5.0%	12.1%
México	11,141	31.4%	55.4%	3.5%	1.2%	8.5%
Michoacán de Ocampo	5,863	31.5%	52.2%	3.7%	1.8%	10.8%
Morelos	1,896	32.8%	47.4%	3.9%	1.3%	14.7%
Nayarit	1,050	30.5%	52.3%	4.1%	2.0%	11.1%
Nuevo León	3,699	31.6%	51.6%	4.7%	3.6%	8.6%
Oaxaca	3,224	38.3%	43.0%	3.0%	0.7%	15.0%
Puebla	5,371	36.6%	44.4%	2.9%	1.6%	14.4%
Querétaro	1,857	27.8%	51.8%	5.6%	4.0%	10.8%
Quintana Roo	809	30.8%	44.6%	3.5%	3.5%	17.7%
San Luis Potosí	2,335	25.7%	54.3%	7.5%	1.7%	10.9%
Sinaloa	2,840	29.0%	49.3%	4.1%	3.5%	14.2%
Sonora	2,242	32.6%	44.3%	5.2%	3.2%	14.7%
Tabasco	1,522	38.7%	34.4%	3.2%	1.4%	22.3%
Tamaulipas	3,040	29.6%	51.0%	4.1%	2.1%	13.2%
Tlaxcala	1,040	33.7%	51.1%	3.3%	1.2%	10.9%
Veracruz	5,748	31.4%	46.3%	3.1%	1.8%	17.4%
Yucatán	1,820	33.6%	43.0%	4.3%	4.0%	15.0%
Zacatecas	1,423	35.6%	49.2%	4.3%	2.4%	8.6%
Total Nacional	101,145	31.9%	49.6%	4.3%	2.4%	11.8%

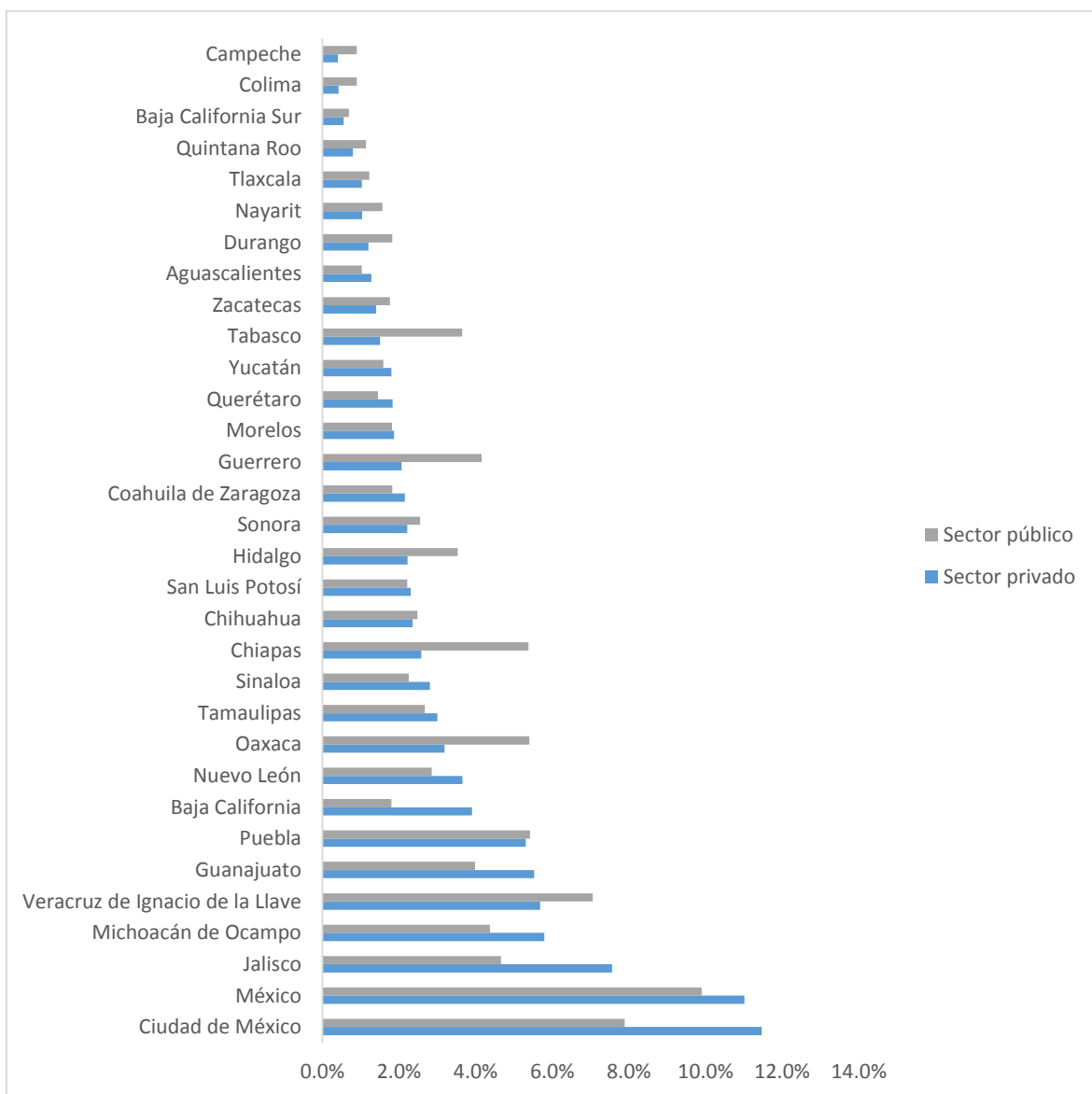
Fuente: INEGI. Censos económicos, 2014.

La mayor concentración de UPS privadas se encontró en CDMX, con un total de 11,598 (11.5%), seguida de Estado de México con 11,141 (11.0%); mostrando una notable diferencia con el tercer estado con mayor concentración, Michoacán de Ocampo que tiene un total de 5,863 UP (5.8%). Los tres estados con menor concentración de UP fueron Baja California Sur (563 UP), Colima (426 UP) y Campeche (414 UP). Representando el 5.8%, 0.42% y el 0.41%, respectivamente (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Con respecto al sector público, del total nacional de UPS de primer nivel, el 72.7% son consultorios de medicina general, el 16.5% a consultorios dentales y el resto corresponde a consultorios de psicología (6.2 %), laboratorios de análisis (3.04%) y consultorios de nutrición (1.6%) (**¡Error! No se encuentra el origen de la**

referencia.). Al igual que en el sector privado, éstas proporciones por tipo de UPS, se mantienen entre las entidades federativas (**Cuadro 3**).

Gráfico 2 Distribución de Unidades Prestadoras privadas por Entidad Federativa, según sector, México, 2014.



Fuente: Censos económicos, INEGI, 2014 y Cubos dinámicos, DGIS, 2014.

Cuadro 3 Distribución de UPS del sector público según el tipo de unidad, por entidad federativa. México, 2014.

Entidad	Total UPS de primer nivel	Consultorios de medicina general	Consultorios dentales	Consultorios de psicología	Consultorios nutrición	Laboratorios análisis clínicos	Total
Aguascalientes	420	56.4%	24.05%	14.0%	3.57	1.90	100%
Baja California	733	73.1%	20.46%	4.9%	0.55	0.95	100%
Baja California Sur	283	65.4%	16.25%	12.7%	1.41	4.24	100%
Campeche	365	71.0%	15.07%	7.9%	2.47	3.56	100%
Coahuila de Zaragoza	742	66.2%	22.51%	6.6%	1.62	3.10	100%
Colima	365	71.0%	13.97%	10.1%	3.01	1.92	100%
Chiapas	2,186	82.8%	8.55%	3.4%	2.24	3.06	100%
Chihuahua	1,010	73.0%	14.75	7.3%	1.58	3.37	100%
Ciudad de México	3,207	57.5%	18.90	16.0%	2.65	5.02	100%
Durango	742	75.5%	13.34	3.8%	1.21	6.20	100%
Guanajuato	1,619	72.4%	13.03	6.6%	5.13	2.84	100%
Guerrero	1,691	83.6%	12.42	2.0%	0.35	1.60	100%
Hidalgo	1,435	78.5%	11.99	5.2%	1.60	2.65	100%
Jalisco	1,897	74.2%	17.24	5.5%	0.84	2.16	100%
México	4,023	70.5%	19.41	4.6%	1.74	3.80	100%
Michoacán de Ocampo	1,777	79.1%	14.86	3.1%	0.56	2.36	100%
Morelos	739	70.4%	18.27	7.7%	1.49	2.17	100%
Nayarit	638	73.8%	15.05	6.7%	0.78	3.61	100%
Nuevo León	1,162	69.0%	19.28	7.5%	1.03	3.18	100%
Oaxaca	2,196	78.0%	14.34	5.1%	0.64	2.00	100%
Puebla	2,202	71.6%	20.66	4.3%	0.73	2.68	100%
Querétaro	591	69.2%	22.17	6.1%	1.18	1.35	100%
Quintana Roo	463	68.7%	15.55	7.8%	1.08	6.91	100%
San Luis Potosí	901	69.3%	17.65	7.7%	1.33	4.11	100%
Sinaloa	916	72.4%	16.27	6.0%	1.53	3.82	100%
Sonora	1,037	75.6%	11.96	9.2%	1.06	2.22	100%
Tabasco	1,484	71.1%	19.20	6.1%	1.89	1.75	100%
Tamaulipas	1,088	72.1%	16.54	7.6%	1.10	2.67	100%
Tlaxcala	497	70.8%	18.11	4.8%	2.62	3.62	100%
Veracruz de Ignacio de la Llave	2,868	76.5%	17.92	2.0%	0.98	2.58	100%
Yucatán	648	73.6%	16.05	5.2%	2.62	2.47	100%
Zacatecas	718	73.8%	15.18	5.6%	0.97	4.46	100%
Total Nacional	40,643	72.7%	16.53	6.2%	1.56	3.04	100%

Fuente: Cubos dinámicos, DGIS, 2014.

Al realizar la comparación entre sectores, se encontraron diferencias en la distribución de los tipos de unidades prestadoras, sobre todo en los consultorios

dentales, que pasan de ser el 49.6% en el sector privado, al 16.5% del total de las unidades en el sector público (¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.).

8.1.2 Personal prestador de servicios de salud.

De acuerdo con la ENOE, México cuenta con 476,671 profesionales de la salud de primer nivel de atención; distribuidos entre médicos, odontólogos, nutriólogos, enfermeras y psicólogos como se muestra en el Cuadro 4.

Cuadro 4 Recursos humanos de primer nivel de atención por sector, México 2016.

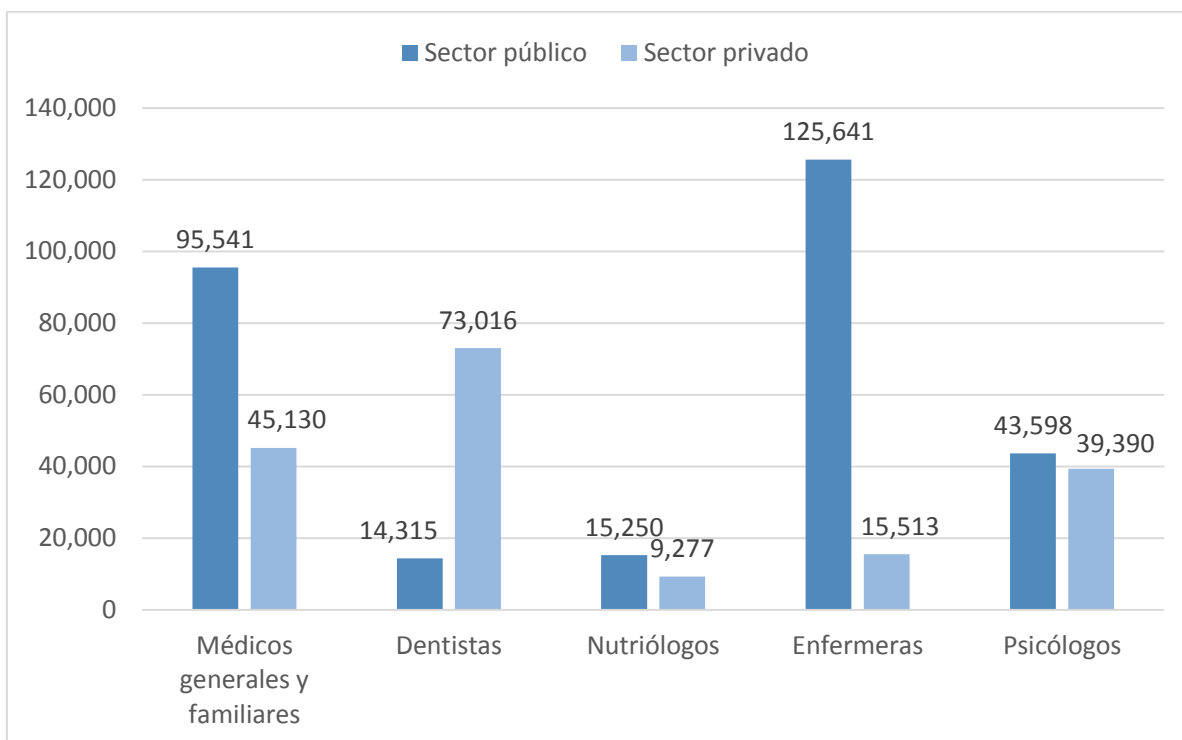
Profesión	Sector de actividad				Total	
	Sector público	%	Sector privado	%		
Médicos generales y familiares	95,541	68%	45,130	32%	140,671	100%
Dentistas	14,315	16%	73,016	84%	87,331	100%
Nutriólogos	15,250	62%	9,277	38%	24,527	100%
Enfermeras	125,641	89%	15,513	11%	141,154	100%
Psicólogos	43,598	53%	39,390	47%	82,988	100%
Total	294,345	62%	182,326	38%	476,671	100%

Fuente: ENOE 2016. Población nacional ocupada. Cifras expandidas.

Del total de los recursos humanos de primer nivel, el 38% se desempeña en el sector privado. Estos 182,326 profesionales de la salud del sector privado, se componen en un 25% por médicos generales y familiares, 40% odontólogos, 22% psicólogos y por nutriólogos y enfermeras en un 5% y 9%, respectivamente. Mientras que, en el sector público, el 32% fueron médicos, el 43% enfermeras, 15% fueron psicólogos, el 5% odontólogos y el 5% nutriólogos (Gráfico 3).

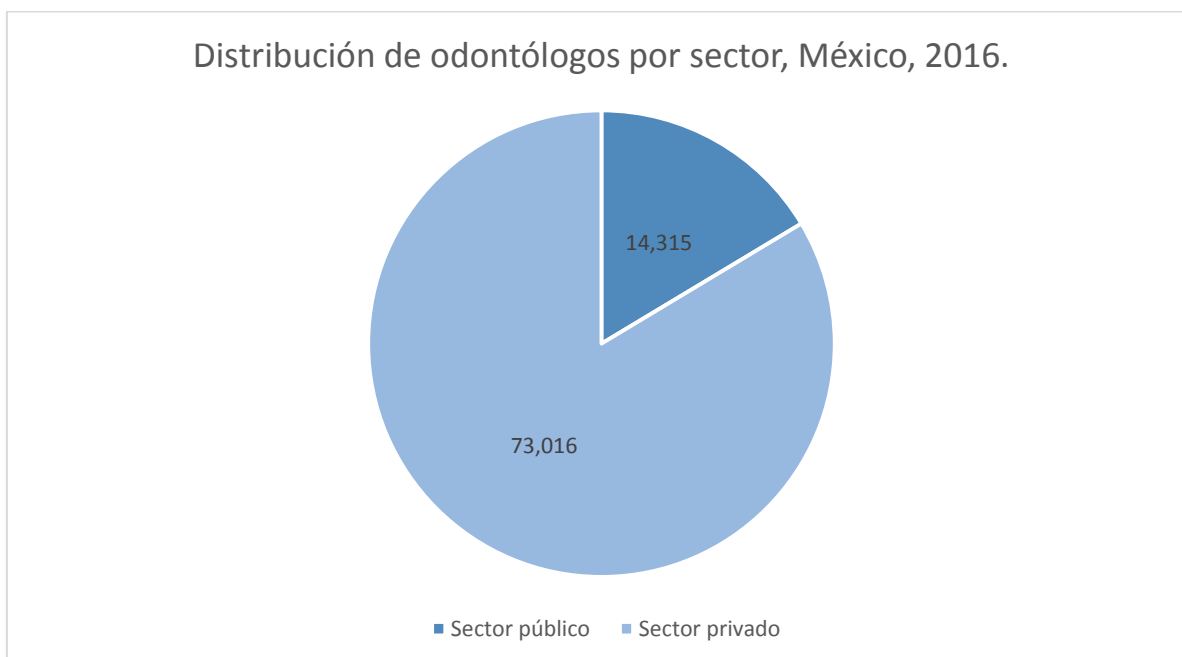
Al hacer la comparación entre sectores, se notaron diferencias entre las proporciones de tipos de personal, sobre todo en el caso de los odontólogos, que pasan de ser el 5% en el sector público, a ser el 40% en el sector privado. Es decir, del total de odontólogos del país, el 84% se desempeña en el sector privado (Gráfico 4).

Gráfico 3 Recursos humanos por tipo de personal y sector en México, 2016.



Fuente: ENOE 2016. Población nacional ocupada. Cifras expandidas.

Gráfico 4 Distribución de odontólogos por sector. México, 2016.



Fuente: ENOE 2016. Población nacional ocupada. Cifras expandidas.

8.1.3 Aporte del sector privado

De aprovecharse las UPS del sector privado, las unidades prestadoras al servicio del sector público, a nivel nacional, crecerían casi 3 veces. Pasarían de 40,643 a 141,788 (**Gráfico 5**). Los consultorios de medicina general se duplicarían (106%), para incrementar de 29,550 a 60,726. Los consultorios de psicología pasarían de 2,507 a 6,898 y los de nutrición, de 634 a 2,400, con un incremento de 75% y 279%, respectivamente. Sin embargo, el mayor incremento sería en el caso de los consultorios dentales, y laboratorios clínicos, pues pasarían de 6,718 a 50,313 (7.4 veces) y de 1,234 a 11,939 (9.6 veces), respectivamente (

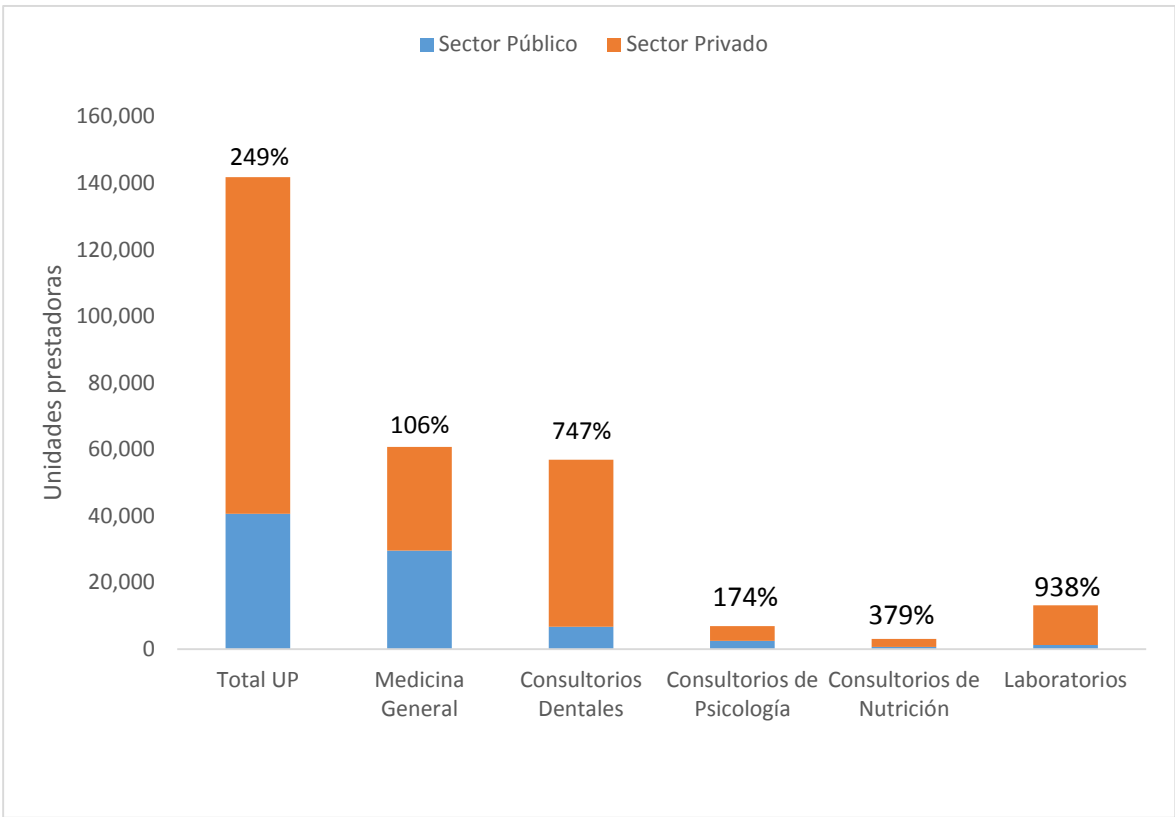
Gráfico 6).

Gráfico 5 Incremento de las UP a partir del sector privado, México 2014.



Fuente: Censos económicos, INEGI, 2014 y Cubos dinámicos, DGIS, 2014.

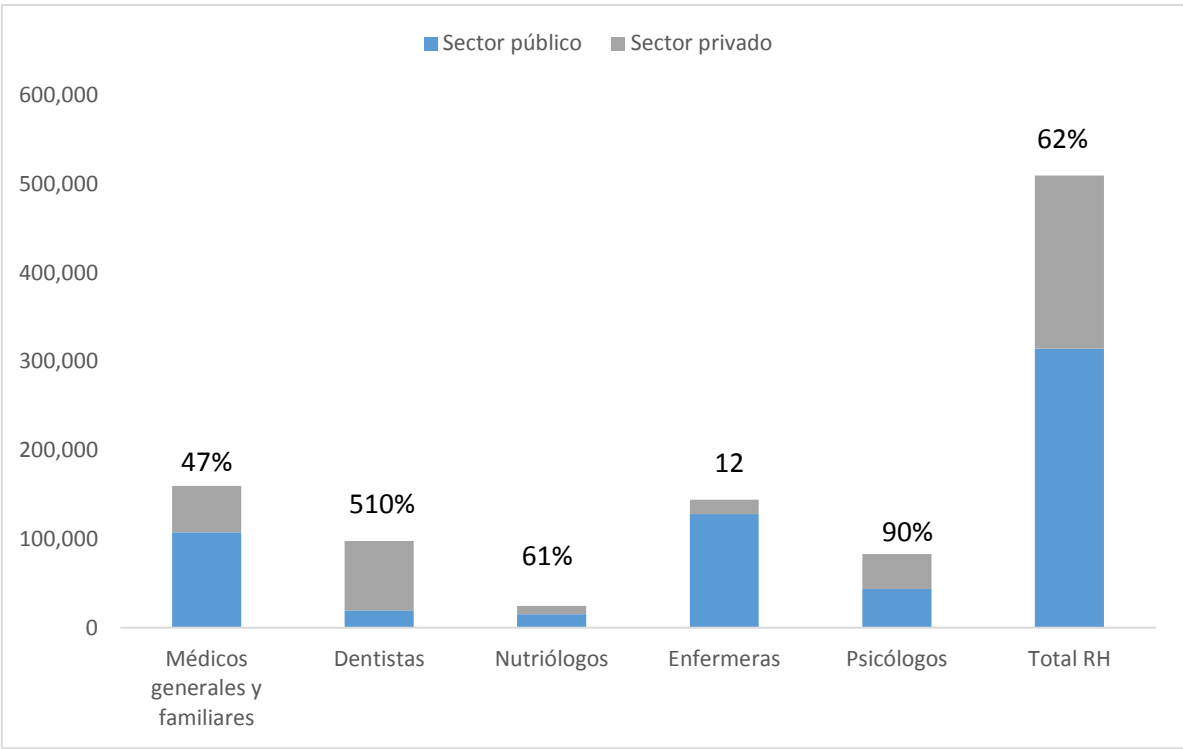
Gráfico 6 Incremento en las UP a partir del sector privado por tipo de UP, México 2014.



Fuente: Censos económicos, INEGI, 2014 y Cubos dinámicos, DGIS, 2014.

En el caso de los recursos humanos, el total del personal de primer nivel al servicio del sector público se incrementaría de 294,345 a 476, 671 profesionales de la salud, lo que significaría un incremento de 62%. El número de médicos incrementaría 47%, los nutriólogos 61%, las enfermeras aumentarían 12% y los psicólogos 90%. Sin embargo, como se puede apreciar en la **¡Error! La autoreferencia al marcador no es válida.**, el mayor crecimiento se vería en los odontólogos, pues pasarían de 14,315 a 87, 331, lo que representa un incremento del 510%.

Gráfico 7 Incremento porcentual en los recursos humanos a partir del sector privado.



Fuente: Censos económicos, INEGI, 2014 y Cubos dinámicos, DGIS, 2014.

8.2 Identificar la disponibilidad e interés para la colaboración y los modelos de colaboración público-privada para el primer nivel de atención que proponen los actores clave.

Se analizaron 18 entrevistas, de las 18, cuatro se excluyeron por no contener información relacionada a las categorías del estudio, un documento contenía una de las categorías de estudio, seis contenían dos categorías, tres de las entrevistas contenían tres categorías; dos, cuatro categorías y dos, contenían las cinco categorías. En las 11 entrevistas incluidas se identificaron siete perfiles de

informantes. De éstas mismas, siete contenían información relacionada al interés, cuatro a disposición, siete contenían modelos de CPP y 14 entrevistas contenían información categorizada como limitantes (**Cuadro 5**).

Cuadro 5 Perfiles y categorías identificadas.

PERFIL DEL INFORMANTE	NÚMERO	INTERÉS PARA LA CPP EN PRIMER NIVEL	DISPOSICIÓN PARA LA CPP EN PRIMER NIVEL	MODELOS DE CPP EN PRIMER NIVEL	FACILITADORES PARA LA CPP EN PRIMER NIVEL	LIMITANTES PARA LA CPP EN PRIMER NIVEL
Prestadores de servicios de salud	4	2	1	3	2	4
Farmacias comunitarias	2	1	0	1	2	2
Industria farmacéutica	3	0	0	0	0	1
Laboratorios	1	1	0	0	1	1
Empresas aseguradoras	3	1	1	2	1	2
Formadores de recursos	1	0	0	0	1	1
Reguladores	4	2	1	1	2	3
TOTAL	18	7	3	7	9	14

8.2.1 Perfiles.

Dentro de los documentos analizados se identificaron siete perfiles de informantes: prestadores de servicios de salud, farmacias comunitarias, industria farmacéutica, laboratorios, empresas aseguradoras, formadores de recursos humanos y reguladores. Los informantes expresaron su opinión respecto a la situación actual del SNS, colaboración público- privada, así como los factores que facilitan y limitan este tipo de interacción.

Los prestadores de servicios de salud están interesados en reformas para mejorar la eficiencia del SNS, pues está obsoleto. De acuerdo con sus percepciones, tanto la parte pública como privada están quebrando. Opinan que la normatividad es muy complicada y necesita ser "reinventada", que desincentiva la colaboración, y que los

mecanismos están diseñados para que los pacientes se atiendan con prestadores públicos.

Piensen que los prestadores privados deben ser considerados una parte importante del sistema. Manifestaron estar interesados y dispuestos a la colaboración, y utilizar su capacidad instalada ociosa. Esto se podría hacer refiriendo a los pacientes a hospitales públicos. Proponen un modelo sin transferencia de recursos del sector público al privado, con una complementación en los servicios prestados y una separación de funciones en la que el gobierno sea el administrador de los recursos, no operador; como se explica adelante, en la parte de modelos. Ven como facilitador que, entre los distintos actores reguladores y prestadores, tanto públicos, como privados, se le está dando más importancia al tema de la calidad en la prestación de los servicios y, mediante un esfuerzo conjunto, se está trabajando para que la certificación de los médicos generales sea obligatoria, y que muchos prestadores de servicios de salud, empiezan a solicitar la certificación de los médicos generales para contratarlos. Aunque esto se ve limitado porque aún no es obligatorio a nivel legal y muchas instituciones se valen de estudiantes y pasantes.

El representante de las farmacias comunitarias opina que si se conjuntaran los sectores se alcanzaría más rápidamente en la mejora de la seguridad social. Pero el SNS no se ha adecuado a las condiciones y necesidades del país. Sin embargo, tarde o temprano se requerirá la aplicación de esquemas más eficientes y efectivos. Señalan que es preciso estudiar el modelo y mecanismos para integrar los dos sectores. Y proponen separar funciones pues, "el hecho de que el sector salud sea juez y parte lo limita en su función normativa y reguladora".

Consideran que las farmacias cumplen un papel importante debido a la accesibilidad de los puntos de venta y que casi la mitad de las farmacias cuentan con médico. Y están trabajando con las autoridades para calificar el desempeño de las farmacias de manera profesional y regulatoria mediante un esquema de competencias laborales que contempla certificar al operador. A los representantes de las farmacias comunitarias les preocupa que los medicamentos en México no tengan precio oficial y el posible conflicto de interés en los CAF.

Los informantes de la industria farmacéutica consideran que es difícil que la compra y distribución entre sectores pueda darse, principalmente por las condiciones particulares del mercado del gobierno, y por las diferencias de precios que existen entre los precios del mercado y gobierno. Por su parte los laboratorios consideran que no todos los laboratorios tienen la capacidad para trabajar con el gobierno: necesitan áreas especializadas. Es muy complicado trabajar con el gobierno: los pagos tardan, los concursos están "amañados" y hay mucha corrupción.

Las empresas aseguradoras consideran necesario que el sector privado sea visto como de interés público y que se promueva su crecimiento. Opinan que el sector público enfrenta un déficit en la cantidad y calidad de los seguros que adquiere, debido a que "no está reteniendo y transfiriendo los riesgos de manera efectiva", por no tener un plan de administración de riesgos públicos integral y con orientación estratégica. En cuanto a la CPP, proponen contar con protocolos para padecimientos específicos, la generación de catálogos de insumos médicos para tener "tratamientos homogéneos". Sin embargo, la inexistencia de regulación en cuanto costos, limita la homogeneización. Instan a la SSA a fortalecer la regulación de ambos sectores en el tema de calidad: no hay indicadores públicos de calidad médica, y lo consideran una ineficiencia del sector.

"Existe un escenario extremadamente complicado en la regulación de la salud pública del país" -Empresas aseguradoras 3

Los formadores de recursos humanos entrevistados encuentran limitantes estructurales como que "el dinero no sigue a los pacientes", que "mucha gente manosea el dinero y se lo quita al paciente". Pero consideran positivas para la CPP las intervenciones enfocadas a capacitar a los médicos generales, y así, mejorar la calidad de los servicios.

Los reguladores consideran que se podría ver la evolución hacia un modelo de CPP explorando condiciones de mercado y factores que fortalecen o limitan el crecimiento del SNS. Proponen a las ISES como modelo de aseguramiento que "combinara el pequeño con el gran gasto en salud", con posibilidad de otorgar servicios al sector público. Mencionan también, la importancia de homogeneizar la

práctica médica. Piensan que las Guías de Práctica Clínica (GPC) son una gran herramienta, con una estrategia de comunicación deficiente. Y consideran un problema "la desvinculación de los programas de los programas formativos con la medicina general y comunitaria", y que la atención de las instituciones esté enfocada en "detalles" y no se ha planteado un modelo de salud completo, ni la CPP.

Dentro de la revisión de los documentos se identificó si el sector privado estaba interesado y dispuesto a colaborar y los modelos que proponen los distintos actores para la colaboración, así como los facilitadores y limitantes que encuentran para que ésta se implemente. La **Tabla 9** resume los hallazgos y en los siguientes párrafos se profundiza en cada uno de los puntos.

Tabla 9 Resultados revisión de entrevistas.

Interés	Disposición	Modelos	Facilitadores	Limitantes
- Mejora del sistema de salud - Influencia a nivel regulatorio - Económicos	- Explotar su capacidad instalada - Administrar riesgos - Explorar las condiciones para CPP	- CPP en el 1 nivel - CPP entre niveles - Separación de funciones - Administración de riesgos públicos	- Accesibilidad - Capacidad - Preferencia - Oportunidad	- Operativos - Técnicos - Económicos

8.2.2 Interés

Según los documentos analizados, los actores clave del sector privado están interesados en que la colaboración público-privada se implemente en el país. Sus principales intereses son: la mejora del sistema de salud mexicano, influencia a nivel regulatorio y económicos:

Mejora del sistema

Muchos entrevistados coincidieron en el interés de asegurar la calidad de los servicios prestados, ya sea mediante un sistema de información sobre la calidad de los servicios privados, o mediante la certificación obligatoria de los médicos generales. Manifiestan que el sistema necesita adecuarse a las condiciones actuales del país. Dicha adaptación y actualización de los modelos de prestación

actuales deben considerar la colaboración de los sectores, pues los actores del sector privado consideran a éste como de importancia para mejorar la situación de la seguridad social actual.

"Si se conjuntaran sectores público y privado se avanzaría más rápidamente en mejora de la seguridad social." -Farmacias comunitarias 2

Influencia en la regulación

Los prestadores de atención a la salud mencionaron que están trabajando a través de FUNSALUD en distintas propuestas de reformas, pues les interesa influir a nivel regulatorio. Los entrevistados opinaron que, debido a que la regulación actual y el sistema en general se encuentra obsoleto y no se adecúa a las necesidades de la población, las instituciones tanto públicas como privadas están en riesgo de quebrar. El sector privado es activo en las propuestas de reforma que se realizan en el país.

"Les interesa mucho como pueden influir a nivel regulatorio para cambiar la práctica en México, con Funsalud lo están haciendo" –Prestadores de servicios 3

Se manifiesta la inclusión del sector privado como un potencial aliado para aportar a estos objetivos por medio de la Dirección General de la Calidad y Educación en Salud (DGCES), así como la promoción de la complementariedad de ambos sectores para el beneficio de los usuarios y que el sector privado sea visto como de interés público.

"Se requiere que el sector privado sea visto como de interés público, y que se promueva su crecimiento." -Empresas aseguradoras 1

Los reguladores, tienen especial interés en adecuar y mejorar la regulación de la prestación, sobre todo en cuanto a la práctica médica privada, por medio de la certificación del médico general. A la vez que se reconoce que no se ha hecho la debida investigación en cuanto a los modelos de prestación, ni del sector público ni de privado, por lo que están abiertos a hacer una revisión de la regulación para que impulse la competencia adecuada entre ambos sectores, aunque no se tiene claro cómo sería esto.

Económico

El principal interés de las empresas aseguradoras es de tipo económico, pues, aunque la adquisición de seguros médicos privados ha incrementado, la solvencia de estas empresas está en riesgo, debido a los precios que imponen los prestadores de servicios, ante una débil regulación y a la elección- muchas veces desinformada- de los pacientes de servicios de elevado costo con igual o menor calidad que otros prestadores. Aunque también están interesados en la solvencia del sector público al proponer un sistema de transferencia de riesgos y previsión, y de la población en general, principalmente ante eventos naturales o gastos potencialmente catastróficos en población con asegurada o en servicios no cubiertos por los actuales sistemas de aseguramiento públicos.

“existe evidencia que una reducción en la brecha de aseguramiento podría mitigar algunos de los efectos en la economía real causados por riesgos súbitos e imprevistos (..)” –Empresas aseguradoras 1

Los laboratorios tienen interés en colaborar por medio de la subrogación, aunque hacen evidente la necesidad de agilizar el proceso de contratación y de pago, así como disminuir la corrupción al hacer tratos con el gobierno, pues eso sólo perjudica el desarrollo de nuevas interacciones.

8.2.3 Disposición

En general, los actores del sector privado están dispuestos a colaborar con el sector público, a explotar su capacidad instalada para ayudar a más gente; como lo mencionó un actor representante de la atención médica:

“...se podría estar haciendo más con la capacidad instalada, para ayudar a más gente.”-Atención médica 2

Se ha observado una participación predominante de los médicos del sector privado, principalmente de farmacias, en la estrategia de Educación y Capacitación y Adiestramiento a Distancia en Salud, EDUCAS:

“...Tienen más de 30k médicos registrados en los cursos entre públicos y privados. El mayor componente es la suma de los prestadores privados. El componente predominante es de farmacias. ” -Reguladores 1

Las empresas aseguradoras se encuentran dispuestas a colaborar con el gobierno en prevenir un déficit en la calidad y cantidad de seguros y a la transferencia de riesgos por medio de un Programa de Administración de Riesgos Público (PARP). Que es un plan de colaboración público privada en el aseguramiento de la población donde, tanto el sector público y privado, como las personas aseguradas se benefician de la transferencia de riesgos con seguros complementarios a los actuales planes.

“...podría provenir de un déficit en la cantidad y calidad de los seguros que adquiere, sino porque a carencia de una PARP integral y con orientación estratégica, no estaría identificando, reteniendo y transfiriendo de forma eficiente los riesgos(...)” –Empresas aseguradoras 1

Por su parte, los reguladores manifestaron estar dispuestos a explorar las condiciones de mercado y los factores que favorecen o limitan el crecimiento del sector, considerando la evolución a un modelo de colaboración público privada.

“Explorándose condiciones del mercado y factores que fortalecen o limitan el crecimiento, se podría ver la evolución hacia un modelo de colaboración público-privada(...)” –Reguladores 1

8.2.4 Modelos

Uno de los puntos que se mencionó continuamente entre los entrevistados fue homogeneizar la prestación de servicios en ambos sectores mediante catálogos de insumos, protocolos de atención de padecimientos específicos y una normatividad específica en cuanto a los costos de atención. También se reiteró la importancia de capacitar a los médicos generales y la certificación de los mismos (figura 4).

Los prestadores de atención a la salud mencionaron como una opción referir a los pacientes del sector privado al público, cuando los hospitales privados no cuenten con la capacidad para atender el padecimiento o el paciente no cuente con los recursos. De manera que exista una colaboración entre sectores y entre niveles de atención (**Figura 4**).

Figura 4 Modelo de CPP en el primer nivel y entre niveles.



Fuente: elaborado a partir de las entrevistas proporcionadas por la investigación “Diagnóstico de la estructura del mercado de servicios médicos privados en México”

Sin embargo, los actores entrevistados señalaron como modelo ideal aquel que se base en funciones, en lugar de instituciones. Identificaron como entes ejecutores regulador, administrador y operador. En donde el gobierno funcione como agente regulatorio, la seguridad social como administrador y la operación pueda quedar el sector privado (

Figura 5). Los entrevistados mencionaron como referente al modelo de Colombia y la operación de las EPS. Entre los entrevistados se destacó la función de rectoría de la SSA al referirse a ella como la responsable de dirigir la política del SNS:

"...SSA– es la evidente responsable de la política de salud. Eso no va a cambiar, ni debe cambiar". -Farmacias comunitarias y distribuidores 2.

Figura 5 Modelo de CPP Separación de funciones.



Fuente: elaborado a partir de las entrevistas proporcionadas por la investigación “Diagnóstico de la estructura del mercado de servicios médicos privados en México”

En el caso de las farmacias comunitarias, recomendaron establecer condiciones de compra y pago distintos que permitan involucrar más a las farmacias privadas en la distribución de los medicamentos, haciendo referencia a “sistemas de seguridad social más avanzados como los europeos”.

Las empresas aseguradoras, de hecho, tienen propuestas bien estructuradas que han presentado a las autoridades, por medio de su asociación. En dicho proponen la administración de riesgos públicos mediante la penetración de de gastos médicos como un elemento de la transferencia de riesgos y la del aseguramiento de la población de escasos recursos y de segmentos no atendidos por medio de microseguros ligados a programas sociales (

Figura 6).

Figura 6 Modelo de CPP Administración de riesgos.

Beneficiario		Población asegurada	Población no asegurada
R i e s g o	Sector público	Catálogo básico	Programas sociales
	Sector privado	GMM	Microseguros
		Productos	

Fuente: elaborado a partir de las entrevistas proporcionadas por la investigación “Diagnóstico de la estructura del mercado de servicios médicos privados en México”

Tanto las empresas aseguradoras, como los reguladores identificaron las ISES como un modelo para otorgar servicios al sector público, de manera que las ISES abarquen la prestación y el financiamiento.

8.2.5 Facilitadores

Dentro de los facilitadores para la CPP identificados en los documentos analizados se encuentra la accesibilidad de los servicios privados de primer nivel de atención, la capacidad de los mismos para apoyar al sector público en la atención a la salud, la preferencia de los mismos por usuarios, y la oportunidad, consecuencia del interés por asegurar la calidad de los servicios ofrecidos en el sector privado por parte de ambos sectores y las recientes reformas y ampliaciones de la regulación en cuanto a la colaboración y la disposición del sector público a considerar las propuestas de mejora y actualización de las actuales disposiciones (Tabla 10).

Los actores entrevistados mencionaron el tema de accesibilidad de los servicios privados de primer nivel de atención al mencionar que en zonas urbanas se encuentra una farmacia cada 500 metros y casi la mitad de estas tienen consultorio. Estos CAF tienen la capacidad de resolver una importante cantidad de consultas de primer nivel, de manera que la SSA los ha visto como un potencial aliado, al liberar presión sobre las barreras de acceso que los pacientes encuentran. Las campañas del sector público concientizan a la población, que acude a hacerse las pruebas en laboratorios privados, pues el sector público se encuentra sobrepasado. Es la población misma que demanda estos servicios aun contando con un seguro público, o por medio de las empresas que empiezan a contratar paquetes de servicios privados de primer nivel de atención.

“Los pacientes no se sienten cómodos con la oferta única y la falta de elección entre prestador IMSS o subrogado.” -Reguladores 4

“Las empresas dicen que ya no es suficiente la seguridad social, buscando servicios complementarios vía paquetes y acceso a primer nivel.” -Prestadores de servicios de salud 4

Según los documentos analizados, un factor que facilita la implementación de la CPP son los esfuerzos que se están llevando a cabo para establecer como

obligatoria la certificación del médico general y los servicios prestados en las farmacias comunitarias, desde el cumplimiento de la normatividad aplicable hasta el desempeño de los operadores de las mismas. Según los informantes, se está en camino de hacer obligatoria la certificación de los médicos y cada vez más instituciones privadas piden el certificado para la contratación.

“De cualquier forma, algunas instituciones oficiales o privadas empiezan a pedir el certificado para su contratación.” -Prestadores de servicios de salud 1

Dentro de las entrevistas analizadas, los actores mencionaron como facilitador el hecho de que la nueva ley de instituciones se amplió para ampliar la práctica de seguros, en algunos casos amplía la posibilidad de inferir hacia temas preventivos, que antes las aseguradoras lo tenían prohibido, se eliminaron ciertas prohibiciones que permiten empaquetar ciertos productos preventivos. Según los documentos analizados, en opinión de los actores clave del sector privado la SSA puede normar y acelerar más protocolos, pueden normar mejor a los diferentes sectores, con una potencial reforma de salud que busque regular el tema de calidad.

Tabla 10 Facilitadores identificados por actores del sector privado, México 2017.

Accesibilidad	Capacidad	Preferencia	Oportunidad
• Una farmacia cada 500 metros • CAF en la mitad de las farmacias	• Reciben demanda insatisfecha en campañas de detección • Resuelven consultas de primer nivel	• Los pacientes demandan el servicio • Las empresas contratan paquetes de primer nivel	• Percepción de SSA • Interés por asegurar la calidad • Ampliaciones de la regulación • Disposición del sector público actualizar las disposiciones

8.2.6 Limitantes

En las entrevistas analizadas se identificaron limitantes de tipo operativo, técnico y económico. En el caso de los limitantes de tipo operativo se mencionó la falta de transparencia, corrupción, oposición de los sindicatos, sistemas de referencia y contra referencia ineficientes, poca regulación de la calidad y débil promoción de alternativas de aseguramiento como ISES y GMM. Dentro de los limitantes clasificados de tipo técnico se encuentra una legislación complicada, poco flexible y poco favorable para el sector privado, normatividad poco específica, poca portabilidad de los derechos de los pacientes y diseño de modelos de atención que da preferencia al sector público. Dentro de los limitantes de tipo económico se observó que la política fiscal desincentiva la CPP, al no condonar el Impuesto sobre el Valor Agregado a los prestadores privados por servicios brindados al sector público, diferencias de precios para los productos entre sectores e inequidad en el financiamiento de las instituciones de salud (**Tabla 11**).

“El IMSS acapara recursos con actitud monopólica. El financiamiento, ahorita, tremendamente fuerte, lo capta el gobierno. No se suelta a proveedores no gubernamentales.” -Formadores de recursos 1

Uno de los limitantes mencionados continuamente entre los entrevistados fue la falta de transparencia en los concursos y la corrupción que existe al hacer tratos con el gobierno. También se mencionó que las modalidades de pago son complicadas y lentas:

“Es difícil porque hay concursos, están amañados, piden remuneraciones fuera del contrato, tardan en pagar, no les gusta. Es muy complicado, hay mucha corrupción.” -Laboratorio 1

“No son los mejores pagando, se toman mucho tiempo.” -Atención médica 2

Además de las dificultades en los pagos mencionados anteriormente, se identificaron desincentivos de tipo económico, ya que los prestadores privados, de ser contratados por el Seguro Popular, deben realizar el pago IVA, siendo que el SP no cubre esto en sus pagos. Los entrevistados también mencionaron que los montos

pagados por el gobierno por las mismas unidades que el privado son 30% menores. En particular los medicamentos, pues no tienen precios oficiales en México.

Otra de las limitaciones para la CPP para la compra y distribución de medicamentos que los actores de farmacias comunitarias mencionaron fue que el modelo de trabajo con el sector público es complicado, pues no existen entregas programadas, sino que se pide el abasto de un año en el primer trimestre y pocas farmacias y laboratorios tienen la capacidad de cumplir con estas condiciones. A lo que se añade la diferencia de los montos menores mencionados anteriormente. En esta entrevista, se mencionó que no se ha permitido realizar un estudio sobre la conveniencia y viabilidad de nuevos modelos de distribución:

“[...]nunca se ha permitido hacer un estudio que determine la conveniencia de una sola distribución nacional.”- Farmacias comunitarias y distribuidores 2

En las entrevistas analizadas los actores reconocen como una limitación que la legislación mexicana excluye al sector privado en algunos aspectos, así como la reglamentación de las instituciones de salud, ni incluye los servicios financieros en la Ley de adquisiciones. También mencionaron continuamente que los modelos de prestación de servicios de salud están diseñados para dar preferencia al sector privado. Ni el seguro popular, en su reglamentación es flexible en la contratación de servicios privados para la prestación de las condiciones cubiertas por el seguro.

“Los mecanismos del seguro popular están diseñados para que se atiendan los pacientes con el prestador público. Queda a discreción de las instituciones el mandar a los pacientes, pues no hay libertad de elección.”- Atención médica 4

Los entrevistados refirieron que existe una concepción distorsionada de las ISES y seguros de GMM, por lo que la gente no los utiliza. También se mencionaron problemas de comunicación de las estrategias de CPP pues se considera a la colaboración como privatización, así como resistencias por parte de los sindicatos; como lo manifestó uno de los entrevistados:

“Con el IMSS siempre están allí estas personas. [...] había la preocupación por abrir servicios y la reacción del sindicato a la “privatización”. - Reguladores 2

Finalmente, se enfatizó en la falta regulación e información pública sobre la calidad de los servicios prestados en el sector privado, pues la certificación del médico

general no es obligatoria, ni existe un sistema de información pública de la calidad de los servicios prestados en el sector privado.

“No es obligatoria la certificación. Es una decisión del médico general. Es absolutamente voluntario.” -Atención médica 1

Tabla 11 Limitantes identificados por actores del sector privado, México 2017.

Económicos	Técnicos	Operativos
• Pago de impuestos por servicios al sector público • Sector público paga montos menores • Inequidades en el financiamiento de instituciones de salud	• Legislación complicada • Poca transparencia en los concursos • Casos de corrupción • Exclusión del sector privado en la normatividad • Diseño de modelos con preferencia al sector público • No obligatoriedad de la certificación del médico	• Oposición de los sindicatos • Deficientes estrategias de comunicación • Poca portabilidad • Esquemas de referencia y contra referencia ineficientes.

8.3 Analizar el marco legal en México para la colaboración público privada en el primer nivel de atención.

Se realizó una búsqueda por criterio del marco legal para la colaboración público privada en el primer nivel de atención a la salud. A partir de esta búsqueda se identificaron 54 documentos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se procedió a la descarga de estos documentos y realizar una lectura detallada de cada uno de ellos para la identificación de las unidades de análisis. De las unidades de análisis copiadas textualmente, se realizó una síntesis para facilitar clasificación en la matriz y su posterior su análisis (anexo 4).

De los 54 documentos seleccionados, 11 se clasificaron como leyes, 7 como reglamentos y 36 como normas. Algunos documentos contenían las tres categorías, dos, una o ninguna. Se encontraron 17 documentos con información clasificada en Regulación, 19 contenían facilitadores, 12 contenían información clasificada como limitantes y 23 ninguna (**Cuadro 6**).

Cuadro 6 Documentos y categorías analizadas.

TIPO DE DOCUMENTO	CANTIDAD	CONTIENEN REGULACIÓN	CONTIENEN FACILITADORES	CONTIENEN LIMITANTES	NINGUNA
Leyes	11	6	7	5	0
Reglamentos	7	7	6	2	0
Normas	36	5	6	4	23
TOTAL	54	17	19	12	23

8.3.1 Leyes

De las 11 leyes analizadas, 1 contenía las tres categorías de investigación; 5 contenían dos y 5, una categoría (**Tabla 12**).

Tabla 12 Categorías presentes en las leyes revisadas.

DOCUMENTO	REGULACIÓN	FACILITADORES	LIMITANTES
Ley general de salud (lgs)	X	X	X
Ley de asociaciones público-privadas (lapp)	X	X	
Plan nacional de desarrollo (pnd)		X	
Plan sectorial de salud (pss)		X	X
Ley orgánica de la administración pública federal (loapf)	X	X	
Ley general de las instituciones mutualistas y de seguros	X		X
Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público (laass)	X		
Ley del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (lissste)			X
Ley del seguro social (limss)		X	X
Constitución política de los estados unidos mexicanos (cpeum)		X	
Ley federal de competencia económica (lfce)	X		

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) es la máxima ley que rige la vida económica, social y política en México. Se encontraron facilitadores en términos del artículo 4° que menciona que toda persona tiene el derecho a la protección de la salud. También contempla la colaboración de los sectores público y privado para aportar al desarrollo económico nacional. Por lo que el Estado podrá participar por sí o con los sectores social y privado en las áreas prioritarias del desarrollo (Art. 25).

En el artículo 28, la CPEUM prohíbe los monopolios. Es decir, la concertación o aparcamiento en una o pocas manos de artículos de consumo necesario y todo lo

que constituya una ventaja exclusiva indebida a favor de una o varias personas determinadas. Además de la libre competencia, estipula la libre competencia profesional, mencionando que a ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión o trabajo de su preferencia, siendo lícito; y que nadie podrá ser obligado a prestar trabajos personales sin la justa retribución y sin pleno consentimiento.

Establece la seguridad social como una responsabilidad pública para la protección y beneficio de los trabajadores. Misma que comprende seguro de invalidez, de vejez de vida, de cesantía involuntaria del trabajo, enfermedades y accidentes, y servicios de guardería (Art. 123).

La Ley General de Salud (LGS) es el principal instrumento legal en materia de salud. Reglamenta el derecho a la protección de la salud en términos del artículo 4° de la CPEUM. Establece las modalidades de acceso y la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general.

La LGS incluye al sector privado como parte del SNS, así como los mecanismos de coordinación entre los mismos (Art 5°). Establece que se promoverá la participación de todos los sectores y usuarios del SNS (Art. 10). Como parte de la integración del sector privado al SNS, la información generada y manejada por el sector privado deberá suministrarse a la SSa (Art. 106). Para estos efectos, el artículo 11 menciona que las acciones entre la SSa y el sector privado se harán mediante contratos.

Corresponde a la SSa planear, normar, coordinar y evaluar al SNS, en su totalidad y propiciar la participación de los sectores social y privado (LAPF Art. 39 Fracc VI). Pero, en las fracciones I y VII del mismo artículo se atribuye exclusivamente a la SSA establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general. Así como planear, normar y controlar los servicios de atención médica, de asistencia social y regulación sanitaria del SNS.

En cuestión de seguridad social, tanto la LIMSS, como la LISSSTE contemplan la contratación de servicios privados para atender a los derechohabientes de manera indirecta. Sin embargo, esta relación sólo se considera ante la incapacidad de la

institución de proveerlo y en servicios específicos, no integrales. La LISSSTE reconoce explícitamente la preferencia por instituciones del sector público para estos convenios (LIMSS Art. 89, 111, 251; LISSSTE Art. 31).

Es importante señalar que la ley considera prácticas monopólicas ilícitas: dividir, asignar, o imponer porciones o segmentos de un mercado mediante clientela, tiempos o espacios determinables. Así como prácticas monopólicas relativas, cuando uno o más agentes tengan poder sustancial en el mismo mercado en que se realiza la práctica (LFCE Art. 53 Fracc II y III). Para determinar un mercado relevante se consideran las posibilidades de sustituir el servicio, los costos y las probabilidades que tienen los usuarios para acudir a otros mercados y las restricciones normativas que limiten el acceso de los usuarios a fuentes de abasto alternativas (LFCE Art. 58). Y, para determinar si uno o varios agentes económicos tienen poder sustancial, se considerará su participación en dicho mercado y si pueden fijar precios o restringir el abasto en el mercado, la existencia y poder de sus competidores y el comportamiento reciente de los agentes económicos (LFCE Art. 59).

La política nacional de desarrollo y de salud se encuentra definida en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) y el Plan Sectorial de Salud (PSS). Los cuáles proponen avanzar a un SNS universal (PND 2.3.1 y PSS 6.1). Y preparar al sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios (PND 2.3.4; PSS 6.1). El PSS plantea actualizar los mecanismos y modalidades de prestación de servicios (2.1.2). Sin embargo, en el mismo objetivo, en la estrategia 2.3: crear redes integradas de servicios de salud, se excluye al sector privado en la línea de acción 2.3.2: diseñar la implementación de redes de servicios que favorezcan el acceso con diferentes instituciones públicas.

Se plantea asegurar la generación y uso efectivo de los recursos en salud, impulsar la eficiencia y adecuar los modelos de atención para optimizar el uso de los recursos (PSS Obj. 5). Y fomentar el desarrollo de relaciones de largo plazo entre instancias del sector público y privado para la prestación de servicios, en los que la infraestructura sea provista total o parcialmente por el sector privado (PND 4.2).

Aunque en el PSS sólo se menciona explícitamente al sector privado para impulsar la innovación científica y tecnológica (Obj 5).

La Ley de Asociaciones Público-Privadas (LAPP) tiene por objeto regular los esquemas para el desarrollo de proyectos de asociaciones público-privadas, en términos del artículo 25 y 134 de la CPEUM. Mediante disposiciones para proyectos en los que el sector público se una al sector privado para la prestación de algunos servicios en los que se permite la participación del sector privado.

En el artículo 10 menciona que los esquemas de asociación público-privada son opcionales y pueden utilizarse en las actividades que se prevea la libre participación del sector privado. Las dependencias y autoridades podrán convocar y contratar servicios con cargo a su presupuesto autorizado (LAASSP Art. 25). En los concursos de los proyectos de APP podrá participar toda persona física o moral, nacional o extranjera que cumpla con los requisitos de la convocatoria (LAPP Art. 41). Se podrán realizar adquisiciones de manera consolidada o por contratos macro, que deben ser propuestos por la Secretaría de la Función Pública (LAASSP Art. 17). También se podrán contratar por adjudicación directa o por invitación servicios prestados por una persona física, o en contratos maco (LASSP Art, 41 Fracc XIV y XX).

8.3.2 Reglamentos

De los 7 reglamentos revisados, 2 contenían las tres categorías de investigación, 4 dos de ellas y 1 reglamento, una categoría (Tabla 13).

Tabla 13 Categorías contenidas en los reglamentos analizados.

DOCUMENTO	REGULACIÓN	FACILITADORES	LIMITANTES
Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica (RLGS)	X	X	X
Reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud (RLGS)	X	X	X
Reglamento interior de la secretaría de salud (RISSA)	X	X	
Reglamento de prestaciones médicas del instituto mexicano del seguro social (RIMSS)	X	X	

Reglamento de servicios médicos del instituto de seguridad y servicios sociales de los trabajadores del estado (RISSSTE)	X	
Acuerdo por el que se establecen las reglas para la realización de proyectos para la prestación de servicios (RPPS)	X	X
Reglamento de la ley de asociaciones público privadas (RLAPP)	X	X

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (RLGS) reglamenta el cumplimiento de la LGS en lo que se refiere a la prestación de servicios de atención médica. Menciona las atribuciones de los sectores, modalidades de acceso, estructura de los servicios que prestan servicios de atención a la salud. El Reglamento de la ley general de salud en materia de protección social en salud (RLGSMPSS) regula el Sistema de Protección Social en Salud en términos del Título Tercero Bis de la LGS. Por su parte, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud (RISSA), reglamenta el desempeño de las atribuciones y facultades que le confieren la LOAPF y la LGS. Presenta los estatutos internos de la Secretaría de salud, la estructura de la secretaría y las funciones de las subsecretarías. El Reglamento de Servicios Médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (RSMISSSTE) contiene la regulación sobre el acceso, prestación de los servicios y sobre la contratación de servicios de prestadores privados. El Reglamento de la Ley de Asociaciones Público Privadas (RLAPP) contiene las disposiciones para reglamentar las asociaciones público privadas que realice el Estado con particulares de varias áreas de desarrollo del país. Finalmente, el Acuerdo por el que se Establecen las Reglas para la Realización de Proyectos para Prestación de Servicios contiene las disposiciones para la contratación de servicios prestados por el sector privado para el sector público. Contiene regulación de las relaciones y de las contrataciones.

Según los documentos anteriores, se encontró que corresponde a la SSA emitir las normas a las que se ajustará la prestación de servicios de salud en materia de atención médica y que la SSa establecerá los criterios de distribución del universo de usuarios, así como la universalización de la cobertura (RLGS Art. 4 y 13). Para la consecución del derecho a la protección de la salud, el SNS es la instancia de

enlace entre los sectores público, social y privado a través de mecanismos de coordinación y concertación de acciones (RLGS consideraciones iniciales). En ese sentido, corresponde al Subsecretario de Innovación y Calidad promover los mecanismos para fomentar la participación de los sectores (RISSA Art. 9 Fracc XIV).

Los servicios privados colaborarán en la prestación de servicios de salud, educación para la salud, prevención y control de enfermedades y planificación familiar. Los términos para dicha colaboración podrán fijarse en los instrumentos de concertación suscritos por la SSA y los establecimientos. En todo caso la prestación por parte de los privados quedará sujeta a las disposiciones técnicas que emita la SSA (RLGS Art. 17). Tal es el caso de la vacunación, ya que todos los establecimientos de atención médica, a excepción de los laboratorios podrán aplicar las vacunas que ordena la LGS (RLGS Art. 33). Sin embargo, se excluye al sector privado de la colaboración en la atención de víctimas y su referencia a instituciones (RLGS Art. 215 Bis). También se limita al sector privado en la colaboración en el desarrollo de programas y proyectos del SNS (RISSA Art. 13). Pues la ejecución de políticas de salud y seguridad social corresponde a la SSA con la participación del IMSS e ISSSTE (RISSA Art. 5).

Se considera la prestación de los servicios de salud de la seguridad social por medio de unidades propias y subrogadas (RSMISSSTE Art. 9). Sólo en el caso de que la institución pública no esté en condición de prestar el servicio (RSMISSSTE Art. 18; RPIMSS Art. 33). Y se define servicios subrogados como los servicios de atención médica relativos al seguro de salud y al seguro de riesgos de trabajo a través de convenios con organismos públicos o privados, para complementar la prestación a los derechohabientes (RSMISSSTE). La subrogación de servicios se hará mediante convenios (RPIMSS Art. 12).

Sin embargo, se reconoce que es necesario aprovechar los medios de financiamiento e infraestructura del sector privado, a fin de dirigir los recursos públicos a la prestación eficiente (RPPS). Mediante un Proyecto para la Prestación de Servicios el prestador puede apoyar el cumplimiento de las funciones que los servicios públicos tienen encomendados. La prestación se realiza con los activos

que el inversionista provea, mediante contratos celebrados entre una entidad de la APF y un inversionista proveedor, en el cuál se establezcan los servicios a los que se compromete el sector privado y la obligación de pago del sector público (RPPS Título II, punto 4; Disposiciones Generales Fracc. I).

8.3.3 Normas

De las 36 normas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, 23 no contenían información sobre las categorías de investigación. Por lo que no se incluyeron en la matriz (anexo 5). Se incluyeron 13 normas, de éstas, ninguna contenía las tres categorías de investigación, 2 normas contenían dos categorías y 9 contenían una (Tabla 14).

Tabla 14 Categorías contenidas en las normas analizadas

Documento	Regulación	Facilitadores	Limitantes
NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.		X	
NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.		X	
Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello, útero y de la mama en la atención primaria	X		X
NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.			X
Norma oficial mexicana nom-017-ssa2-2012, para la vigilancia epidemiológica.	X		
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-1999, para la prevención, control y eliminación de la lepra		X	
Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones		X	
Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial		X	
Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño	X		X
Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento	X.		

Norma Oficial Mexicana	NOM-036-SSA2-2002,			X
prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano				
Norma Oficial Mexicana	NOM-038-SSA2-2002, para la	X		
prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo				
Norma Oficial Mexicana	NOM-039-SSA2-2002, para la		X	
prevención y control de las infecciones de transmisión sexual				

La verificación de la información del sector privado será realizada por la secretaría de salud (NOM0-14-SSA2-1997, 5.5). En materia de vigilancia epidemiológica, corresponde a la SSA, la ratificación y rectificación de la información proporcionada por el sector privado (NOM-017-SSA2-2012 6.3.8). También la información del Censo Nominal de los niños menores de 8 años vacunados en el sector privado, así como de los casos de bocio endémico, deberá enviarse a la unidad operativa de la SSA más cercana (NOM-031-SSA2-1999, 11.3; NOM-038-SSA2-2002, 9.2).

En el caso de la atención al Neonato (NOM-034-SSA2-2002, 5.2), en la prevención y control de enfermedades de transmisión sexual (NOM-039-SSA2-2002 5.1.3.1), hipertensión arterial (NOM-030-SSA2-1999), adicciones (NOM-028-SSA2-1999, 6.2.3.5), lepra (NOM-027-SSA2-1999) y diabetes mellitus (NOM-015-SSA2-2010 8.6.3, 8.6.4, 8.7.2) se considera al sector privado como colaborador en la ejecución de campañas de prevención, educación para la salud y atención de urgencias para la posterior referencia.

En la atención médica de la mujer durante el embarazo se menciona que todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería, parteras técnicas, y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, así como proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno a los establecimientos para la atención médica. Y que los partos de bajo riesgo, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas (NOM-007-SSA2-2016, 5.1.11).

Se deja fuera el sector privado en el desarrollo de un plan único de capacitación y actualización del personal, y de la homogeneización de los procesos para el control

de la calidad en materia prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello, útero y de la mama, (NOM-014-SSA2-1994, 9.3). Se excluye también de las acciones de control de casos de enfermedades prevenibles por vacunación en su área de influencia, aunque puedan realizar la vacunación (NOM-031-SSA2-1999, 6.4.13).

8.3.4 Regulación

El conjunto de normas, reglas o leyes en el ámbito de la salud, en materia de regulación, tiene por objetivo mantener el orden y control de la prestación de servicios. De igual manera, existe un conjunto de estatutos que regulan las relaciones entre ambos sectores, en términos de colaboración entre los mismos. Al analizar los documentos se encontró un marco legal para la definición de los atributos y posibles aportes de ambos sectores a la colaboración público-privada en el primer nivel de atención a la salud en México.

El RLGS en materia de prestación de servicios define como consultorios a todo establecimiento público social o privado, independiente o ligado a un servicio hospitalario, que preste servicios a pacientes ambulatorios. También los establecimientos para el control de peso se consideran consultorios. Y sus actividades quedan restringidas a procedimientos que no requieran hospitalización. Dentro de la regulación de los consultorios, se estipulan las áreas con las que deben contar para la atención. Y para el funcionamiento de todo establecimiento se requiere una autorización sanitaria emitida por la autoridad competente (Art. 56,57, 59 y 216).

Se establece infraestructura mínima para un consultorio de primer nivel, debe coincidir con la NOM y utilizarse como criterio para la acreditación o contratación de consultorios (RLGS en materia de prestación de servicios Art. 59). Todo establecimiento privado, público o social deberá tener autorización sanitaria para la realización de actividades de salud (RLGS en materia de prestación de servicios Art. 216). Todos los prestadores de servicios deben ajustarse a las normas técnicas que establezca la SSA (RLGS en materia de prestación de servicios Art.4). Los establecimientos de todas las modalidades se ajustarán a las NOMS y disposiciones que expida la SSA (LGS Art. 46).

Según la LGS y el RLGS en materia de prestación de servicios, los criterios de distribución del universo de usuarios y cobertura deben considerar la población abierta, la población que goza de seguridad social, la capacidad instalada del sector salud, así como las normas técnicas. Las modalidades de acceso a privados están abiertas a acuerdos entre los prestadores y los usuarios (LGS Art. 40). La SSA orientará la captación, producción, sistematización y divulgación de la información para la salud. Las dependencias privadas deben ajustarse. El manejo de la información corresponde al sector público. Por lo que el sector público tiene la rectoría y generación de recursos (LGS Art. 108). Además de indicar que la SSA promoverá la adopción de los Cuadros Básicos entre los sectores social y privado (RLGS Art. 38).

El RLGS en Materia de Protección social en Salud, los regímenes estatales garantizarán la prestación en forma directa a través de los establecimientos de los Servicios Estatales o indirecta, a través de otras instituciones del SNS (Art. 13; Art. 16). Dicha prestación indirecta se realizará bajo los términos de los convenios de colaboración interinstitucional que se suscriban, en los que se establecerá la compensación económica. La SSA proveerá el modelo de convenio de colaboración (Art. 16). Para brindar certidumbre respecto a la calidad en la prestación de los servicios, los prestadores requerirán autorización en términos de la LGS y el RLGSMPPS. Todos los establecimientos que deseen colaborar con el Sistema de Protección Social en Salud, requieren de la acreditación mencionada en el reglamento (Art. 23).

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios agrega que, para que el sector público subrogue los servicios debe contar con permiso (Art. 224, fracc VI). Se considera contrato de largo plazo al acto jurídico entre una entidad pública y un inversionista proveedor que involucre recursos de varios ejercicios fiscales (RPPS Disposiciones Generales, fracc I).

De manera que se prevé en todo momento la rectoría en manos del SSA en colaboración con otras instituciones del sector público. La planeación y concertación de acciones entre el sector público y privado en materia de promoción a la salud

corresponde a la Dirección General de Promoción a la Salud (RISSA Art. 14 y 28, fracc XI, XII).

8.3.5 Facilitadores

Dentro del marco legal mexicano se encontraron instrumentos que facilitan la colaboración público-privada. Tanto en aspectos estructurales, como técnicos y políticos. La legislación mexicana contiene estatutos que promueven la participación, colaboración y contribución de ambos sectores en la prestación de servicios de salud, prevención y educación para la salud.

La Ley General de Salud reconoce al sector privado y los mecanismos por los cuales se integra como parte del SNS (LGS Art 5). Y estipula promover la participación del sector privado en distintas actividades, como la formulación y desarrollo de programas de nutrición, promoción de la salud, prevención de las enfermedades, así como en la atención a la salud. Tanto la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, como la LGS, atribuyen a la SSa la responsabilidad de propiciar y coordinar la participación del sector privado en el SNS, y determinar las políticas y acciones de concertación correspondientes (LGS Art. 10, 114, 106; LOAPF Art. 39)

La CPEUM establece la colaboración de los sectores en las áreas prioritarias para el desarrollo bajo la rectoría del estado. En este sentido, la política nacional reconoce al sector privado como un importante recurso para la prestación de servicios (RPPS). De manera que tanto el PND, como el PSS proponen la integración de un sistema universal de salud, donde los usuarios puedan seleccionar a su prestador de servicios, modernizar los mecanismos y modalidades de acceso a la prestación y promover la participación del sector privado en el desarrollo y provisión de infraestructura, de manera que se optimice el uso de los recursos.

Distintas NOM consideran la participación del sector privado en materia de prevención de enfermedades y educación. La NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual contempla la participación del sector privado y social para estimular la adopción de estilos de vida

que prevengan la transmisión de infecciones de transmisión sexual, dar un diagnóstico y tratamiento oportunos (5.1.3.1). También la NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial facilita la colaboración en materia de prevención de la hipertensión, al considerar la participación del sector privado en campañas de educación. Y la NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones propone gestionar apoyos diversos e organizaciones públicas y privadas para la ejecución de diferentes acciones para favorecer el desarrollo de los menores y desalentar el uso de sustancias psicoactivas (6.2.3.5). En materia de prevención de la lepra, la NOM-027-SSA2-1999, para la prevención, control y eliminación de la lepra plantea, en el punto 6.2.3.5 gestionar apoyos diversos de organizaciones públicas y privadas para que participen en la rehabilitación del enfermo de lepra con discapacidades. La NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus considera al sector privado como colaborador en la ejecución de campañas de educación para prevenir la diabetes (8.6.3, 8.6.4, 8.7.2).

Los servicios públicos se apoyarán en los servicios privados para efectuar campañas de educación sobre alimentación, obesidad y otros factores de riesgo (NOM-015-SSA2-2010 8.6.3) A fin de desarrollar acciones para estimular cambios en el estilo de vida de la población se debe establecer coordinación con los organismos públicos y privados (NOM-015-SSA2-2010 8.6.4) Fomentar la práctica de actividad física y deporte a través de la coordinación de los sectores público y privado (NOM-015-SSA2-2010 8.7.2) Se puede realizar colaboración entre el sector público y privado en acciones de control y prevención del VIH/SIDA (RISSA Art. 46). El reglamento contempla la colaboración de cualquier establecimiento de salud (con excepción de los laboratorios y gabinetes) para la aplicación de vacunas de manera gratuita (RLGS en materia de prestación de servicios Art. 33).

En la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida, la NOM-007-SSA2-2016 menciona que todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería, parteras técnicas, y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, así como proveer

facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno a los establecimientos para la atención médica. Y que los partos de bajo riesgo, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas (5.1.11).

8.3.6 Limitantes

De la misma manera que la legislación mexicana ofrece instrumentos facilitadores de la colaboración, se encontraron algunos aspectos teóricos y técnicos que obstruyen o dificultan acciones conjuntas para la prestación de servicios de salud a la persona o acciones de salud pública. De manera que se hacen separaciones explícitas entre los sectores o por ausencia de mención del sector privado en algunas actividades.

El PSS sólo considera las instituciones públicas para el diseño e implementación de redes integradas de servicios de salud en el Objetivo 2, Estrategia 2.3.2. En el mismo documento, en el Objetivo 5, Estrategia 5.4 sólo se incluye explícitamente la colaboración del sector privado para la investigación científica y desarrollo tecnológico en salud.

En la LISSSTE, artículo 31 se establece claramente la preferencia por otras instituciones del sector público para establecer convenios de colaboración, pero no especifica preferencia por ningún sector al ofrecer su excedente para la prestación de servicios a cambio de una remuneración. Esta misma ley legitima la ejecución de la función de financiamiento y prestación de los servicios por la misma institución.

Se excluye al sector privado en la coordinación para la realización de campañas y programas (LSS Art. 111) y de la colaboración en el desarrollo de programas y proyectos del SNS (RISSA Art.13, fracc II). No se incluye al sector privado como parte de la racionalización de los recursos sujetos al Plan Maestro de Infraestructura (RLGS en materia de protección social en salud Art. 31). Ni en la asignación de recursos o reposición de fondos y de los mecanismos para la compensación presupuestaria, (Objetivo 6, Estrategia 6.1 RLGS en materia de protección social en salud Art. 21). De la homogeneización de calidad de las instituciones. A pesar de

que en la norma se incluye al sector privado en la aplicación de vacunas, se excluye explícitamente de la obligación y responsabilidad de la vacunación y control de casos del área de responsabilidad.

El servicio personal privado no está regulado por la secretaría de comercio (LGS Art. 43; RLGS en materia de prestación de servicios Art. 41). El sector privado está obligado a proporcionar servicios de información orientación y motivación respecto a planificación familiar (RLGS en materia de prestación de servicios Art. 118). Se limita la colaboración en la provisión de un producto si se ofrece gratuitamente en una unidad y se expende en otra.

Otras limitantes para la colaboración se encontraron en la NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera, al proponer barreras económicas de acceso a un mismo producto como las sales de hidratación oral que se distribuyen gratuitamente por las instituciones integrantes del Sistema Nacional de Salud y también se expenden en farmacias del sector privado. Y al dejar fuera de la lista al sector privado en materia de vacunación y control de casos prevenibles por vacunación en la NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano en los puntos 14.1 y 14.2, atribuyendo éstos únicamente al sector público.

9 Discusión

Ante el problema planteado en el presente documento, la investigación se propuso describir el potencial del sector privado para la colaboración público-privada a partir de tres áreas: los recursos físicos y humanos, la disponibilidad e interés en la colaboración y los facilitadores y limitantes en el marco legal mexicano.

En este orden, el estudio describió el número de unidades prestadoras de servicios de salud del sector privado, como lo son consultorios de medicina general, psicólogos, odontólogos y nutriólogos, así como laboratorios de análisis clínicos. Y se compararon con los existentes en el sector público. De manera que se pudo

identificar el aporte que hace el sector privado a los recursos actuales para la atención de los mexicanos.

Los resultados del presente estudio respecto del número de consultorios coinciden con el reciente diagnóstico del subsistema privado realizado por González-Block y cols.²⁸, excepto en el número de consultorio médicos, esto puede deberse a que en dicho diagnóstico no se hizo distinción entre consultorios de medicina general y de especialidad. Dicho estudio no incluyó consultorios de áreas de la salud no médicas como psicología y nutrición.

Al realizar la comparación entre los sectores se encontró que, al adicionar las unidades prestadoras privadas a las públicas, estas crecen casi tres veces. Este potencial de incremento es mayor en el caso de los consultorios dentales que incrementaría los consultorios al servicio del sector público hasta 7.5 veces. Este incremento es tan notorio debido a las diferencias en la distribución por tipo de unidades, pues en el sector público los consultorios dentales representan menos de una cuarta parte, mientras que en el privado es el componente mayor. Igual que con los consultorios, ocurre con los odontólogos privados, que representan el 84% de todos los odontólogos del país. Tomando en cuenta la actual epidemia de caries (94.9% de los usuarios de servicios de salud la padecen)⁶⁹, ésta es una buena opción para la CPP ya que, los consultorios dentales son de las unidades para la prestación de servicios que implican una inversión más fuerte, por lo que los dentistas pueden explotar su capacidad instalada como se señaló en las entrevistas, mientras el sector público puede enfocar los recursos en el pago de los servicios otorgados más que en nuevos consultorios dentales.

De la misma manera, con la actual emergencia epidemiológica ante la magnitud del sobre peso y obesidad, en cuya declaratoria se exhorta a intensificar las acciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico y control del sobrepeso y obesidad.⁷⁰ Los consultorios de nutriólogos del sector privado se pueden aprovechar para la ejecución de la actual Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes; desde el pilar de salud pública, colaborando en la vigilancia epidemiológica, hasta la atención médica

proporcionando calidad y acceso efectivo ⁷¹. Puesto que, según los resultados, su integración a la CPP implicaría un incremento de 3.8 veces los consultorios de nutrición al servicio del sector público.

En el caso de los laboratorios médicos y de diagnóstico es difícil realizar la comparación, pues, a pesar de se incrementarían 9.4 veces al incluir a los laboratorios privados, la capacidad de atención entre los laboratorios públicos y privados son muy diferentes. A diferencia de los consultorios que tienen un personal y capacidad definida, un laboratorio público puede ser tan grande que atienda a una gran población. Mientras que un laboratorio privado puede ser pequeño y tener capacidad para una cantidad de usuarios reducidos. Sin embargo, más allá del incremento de unidades, estos consultorios se pueden usar para mejorar el apego y la continuidad de la atención, ya que la distancia y los tiempos de espera en los laboratorios públicos suelen ser vistos como barreras por los usuarios.

Igual es el caso de los consultorios de medicina general, a pesar de que el incremento numérico que implica la CPP es importante (3 veces), más que en términos de volumen, aprovechar la actual utilización de estos servicios evidenciados en ENSANUT, Bautista-Arredondo, Pérez-Cuevas y otros ^{25,28-30} mediante la CPP, implicaría mejorar el acceso y cobertura efectivos al superar las barreras que los usuarios encuentran para utilizar las instituciones públicas y subsanar las actuales barreras a la continuidad de los servicios, así como el fortalecimiento del modelo de APS, ya que permitiría acercar a los pacientes a atención continua por un médico de su agrado que tenga acceso a su expediente. También permitiría ejecutar programas de salud pública y sociales cerca de los usuarios. Por otro lado, la CPP puede ofrecer mayor racionalidad en la planeación, ya que, según las entrevistas analizadas, en zonas urbanas se puede encontrar una farmacia cada 500 metros y alrededor de la mitad de ellas cuenta con consultorio. De manera que la prestación de servicios de primer nivel de atención en zonas urbanas se puede apoyar en las unidades privadas y en zonas con poca intervención de privados, quedar a cargo del sector público ⁷².

Los resultados sobre los profesionales de la salud son consistentes con los hallazgos del diagnóstico del subsistema privado de salud realizado por González-Block y cols.²⁸ Sin embargo, los resultados amplían el alcance al reportar la situación para nutriólogos y psicólogos.

A pesar de que los consultorios privados fueron más que los públicos, los trabajadores del sector público son la mayor proporción. Esto puede ser debido a que en un mismo consultorio público pueden trabajar dos médicos distintos en dos turnos. O puede ser por la gran proporción de enfermeras, pues a pesar de que se incluyó solo enfermeras generales, no se logró distinguir el nivel de atención en el que se desempeñan.

Una limitación en la estimación del personal es que los profesionales con frecuencia trabajan en ambos sectores, sin embargo, a pesar de que el conteo de personas puede estar sobreestimado, el incremento encontrado es válido, pues si bien no incrementan las personas físicas, sí los recursos humanos ya que el médico trabajaría en otro lugar, en otro horario y sería contratado bajo una personalidad distinta. Es decir, si un médico trabaja por la mañana en el público y por la tarde en el privado, aunque es la misma persona, al ser contratado bajo otro esquema con otra personalidad, equivale a un médico público y a un médico privado.

La distribución geográfica analizada en los resultados muestra la concentración de consultorios por entidad federativa, y no la densidad per cápita por entidad. Por lo que no muestra la capacidad de atender de estos consultorios, pero sí permite ver las entidades en las que el sector público mejor se complementaría la infraestructura a partir de los consultorios privados. El estudio realizado por González-Block²⁸ coincide en que existe una distribución desigual entre entidades federativas. Aunque dicho estudio sí presenta un análisis per cápita de las unidades, donde encontró que en CDMX hay 78 consultorios per cápita y en Chiapas, Estado de México y Quintana Roo tienen 30.

Cabe resaltar que, si bien, el modelo se basa en la sumatoria de las consultas de ambos sectores, la interpretación más apropiada es en función del desahogo que

este aporte implica para el sector público a partir de los servicios otorgados en el sector privado. En México, el 85% de la población cuenta con algún esquema de aseguramiento público. Por lo tanto, se esperaría que las necesidades en salud fueran atendidas en las instituciones públicas. Además, dos terceras partes de las consultas ofrecidas en el sector privado son para personas con aseguramiento público. En ese orden de ideas, es válido el supuesto de que el déficit es mayormente del sector público y el sector privado está cubriendo buena parte de éste.

Se ha documentado que tan sólo los CAF alcanzan una prestación diaria de consultas similar a la del IMSS.^{76,77} Un efecto secundario de la participación privada es el ahorro total anual de tiempo a la productividad de las empresas y hogares que asciende a 15 millones de días, debido a las diferencias de tiempo de espera entre los servicios públicos y privados.²⁸

La propuesta es, entonces, aprovechar esta capacidad de prestación mediante la CPP con instrumentos de referencia y contrarreferencia, evitando así la duplicación de consultas y los gastos que esto implica, para dejar estos recursos disponibles. El déficit más inquietante es el que persiste después de adicionar los servicios prestados por ambos sectores, lo que indica que con las actuales tendencias no será posible cubrir las necesidades en salud de la población, y que se requerirá implementar políticas para la generación de recursos y que incrementen la productividad.

Para la consecución del segundo objetivo, se analizó un conjunto de entrevistas realizadas por el “Diagnóstico de la estructura de servicios médicos privados en México de la universidad Anáhuac. En busca del interés y disposición de los actores del sector privado para la CPP, así como los modelos que proponen para lograrlo.

Existe un amplio consenso sobre la necesidad de adaptar el SNS a las actuales necesidades y demandas en salud. Este estudio, al igual que el diagnóstico del subsistema privado de la salud en México,²⁸ encontró que los actores clave en el área de la salud consideran necesaria una reestructura del SNS. Ya que, a pesar de

las recientes reformas en el área de la salud, no se ha logrado integrar un sistema centrado en la persona, y permanece como un sistema que segmenta la atención con base en condiciones sociales.²⁷

Como se mencionó anteriormente, dentro de las estrategias de política nacional se encuentra la integración del sistema y ampliar la participación del sector privado en la prestación de servicios en colaboración con el sector público, además de otras funciones del sistema.³⁵ Como se pudo observar en el análisis de las entrevistas, el país se encuentra ante una ventana de oportunidad pues existe una alineación entre los intereses y disponibilidad de los actores, las metas nacionales y la demanda de la población. En este estudio se analizó principalmente la perspectiva del subsistema privado de la salud, y como se observa, tanto por las declaraciones de los entrevistados, como por el análisis del marco legal, un conjunto importante de limitaciones para la CPP se encuentra en el interés y disponibilidad y en la estructura reglamentaria de los actores del sector público. Por lo que es necesario explorar estos puntos desde la perspectiva de dicho sector en investigaciones futuras que permitan evaluar los puntos de convergencia y divergencia entre las perspectivas, así como las oportunidades de mejora del SNS.

El sistema mexicano de salud encara diferentes retos, como lo han señalado diagnósticos realizados por FUNSALUD^{33,75} y OCDE³¹. Entre estos retos se encuentra la cobertura efectiva y la sustentabilidad del mismo. En las entrevistas analizadas, los actores también identifican estos retos. Ante ellos, proponen la CPP como estrategia para mejorar la salud de la población y mejorar el desempeño del sistema en el cumplimiento de sus funciones. Estos resultados con el ejercicio realizado en una investigación de OPS, donde se preguntó a actores de alto nivel de ambos sectores sobre estrategias y acciones para la CPP.²⁷

Uno de los principales pasos para la implementación de la CPP es la homogeneización de los servicios en términos de protocolos de atención y de calidad. En este sentido, existen iniciativas e instrumentos que facilitan la homogeneización, como las GPC, que, de ser aplicadas por los prestadores de servicios de salud, sin importar el sector en el que se desempeñen, la atención de

una misma condición sería igual entre ellos.^{78,79} Por otro lado, existe la normatividad técnica sustentada en las NOM's, que regulan la infraestructura básica de los consultorios, los procesos y la seguridad en la atención. En el año 2013, COFEPRIS lanzó la “Estrategia para Regular Consultorios de Farmacia” con el fin de regular a los prestadores privados que se habían mantenido al margen de la normatividad. Esta estrategia logró buenos resultados durante sus primeras etapas de implementación. Sin embargo, existe poca capacidad de regulación en cuanto a garantizar el cumplimiento de estas disposiciones, más allá del papel.^{36,80}

Por otro lado, se encuentran diferencias en la regulación de la atención médica, pues no existen mecanismos que garanticen la calidad y seguridad en los servicios brindados en establecimientos privados. Dentro de las entrevistas analizadas y el análisis del marco legal se encontró que queda pendiente la certificación obligatoria de los médicos generales, el posible conflicto de intereses en los CAF y la regulación de las tarifas de la práctica médica independiente. Estos resultados concuerdan con el diagnóstico de la Universidad Anahuac.²⁸

El modelo de separación de funciones y de los mercados de compradores y prestadores, identificado por los actores entrevistados, coincide con el modelo propuesto en el marco teórico de este trabajo; que se basa en las propuestas de Julio Frenk⁵⁹ y por Chernichovsky⁶⁰. Esta propuesta implica un enfoque horizontal del aseguramiento público mediante una perspectiva de funciones, más que de instituciones. Y la universalidad del aseguramiento, mediante distintos mercados, que articulados, dan respuesta a las necesidades de salud de la población. Estos modelos han sido adoptados y adaptados por distintos países, con resultados muy variados. En México debe optarse por el modelo que, a partir de la estructura actual, se adapte a esta horizontalidad y diferenciación de mercados.

Las entrevistas con los actores clave dieron soporte al análisis del potencial de recursos del sector privado del primer nivel de atención. Pues afirmaron que los prestadores privados han demostrado su capacidad para resolver los problemas de salud de primer nivel de la población y liberar presión sobre la demanda de servicios, que, de no darse en el privado, se demandarían en el público en el 60%. Cabe

mentonar que, dado que este servicio a personas con aseguramiento público ya se está dando, el potencial radica en la disponibilidad de las instituciones privadas a colaborar con el sector público documentada en esta investigación.

Los actores entrevistados reiteraron la complejidad del marco legal y la falta de instrumentos de gestión para la CPP. Este estudio incluye una revisión del marco legal para la colaboración. Sin embargo, no incluyó el campo de la gestión de servicios de salud. Por lo que se recomienda realizar una investigación que incluya los actuales sistemas de referencia y contrarreferencia, modelos de contratación y mecanismos de pago entre instituciones, así como asuntos fiscales relacionados a la CPP.

Un asunto delicado identificado en el análisis de las entrevistas fue la corrupción. Pues como menciona Nigenda³ para que la CPP-y cualquier sistema- funcione es necesaria la transparencia. No está de más recordar que independientemente de la función que se ejerza dentro del sistema de salud, la salud es un bien público e invaluable que debe ser salvaguardado por todos los mexicanos. Un estudio de la OCDE sobre la integridad de México, en 2017, señala que en México se pierde anualmente entre el 5% y el 9% del PIB en corrupción.⁸¹ Si México invierte el 6% del PIB anual en salud³¹, esto nos pone a pensar: o gastamos mucho en corrupción, o muy poco en salud, o ambas.

El tercer objetivo del estudio se llevó cabo mediante revisión de documentos legales a nivel nacional. Una limitante de este análisis es que, por cuestiones de recursos, analizó solamente el marco legal que rige la salud a nivel nacional. Sin embargo, las entidades federativas cuentan con leyes y reglamentos internos propios. Por lo que se requerirán futuras investigaciones más profundas sobre el marco legal, que incluyan distintos niveles.

Según el marco legal mexicano, el sector privado tiene el potencial de aliarse con el público para la prestación de servicios con el objeto de mejorar el desempeño del sistema y la salud de la población. Esta colaboración está contemplada en las leyes que sustentan el derecho a la protección de la salud: la constitución política y la Ley General de Salud y en los reglamentos específicos a partir de estas leyes. Sin

embargo, dada la estructura fragmentada del sistema de salud mexicano, cada institución pública tiene su propia reglamentación. En este particular, a partir del análisis del marco legal se observó cierto proteccionismo de las instituciones públicas de la salud hacia la colaboración con el sector privado. En el caso del SP, a pesar de que contempla la contratación de servicios privados desde su origen, en sus reglamentos operativos da preferencia a la contratación de servicios de salud públicos. En el caso del ISSSTE, es más explícito, pues en el artículo 31 establece claramente la preferencia por otras instituciones del sector público para establecer convenios de colaboración. Mientras que el IMSS establece que la contratación de privados se hará ante la eventual incapacidad de proveer los servicios a los derechohabientes en sus instalaciones.

La LGS reconoce al sector privado y los mecanismos por los que se integra al sistema, también estipula promover la participación del mismo en actividades como la formulación y desarrollo de programas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, así como en la atención a la salud. Por su parte, el PSS, en respuesta a las necesidades diagnosticadas, propone la integración de un sistema donde los usuarios puedan seleccionar al prestador.

Como se puede observar, existen inconsistencias entre los ámbitos más generales de la legislación y sus partes más específicas. Pues contempla la integración y colaboración entre los sectores, sin dar claridad operativa para la implementación de la misma. Los actores entrevistados mencionaron esta inconsistencia al referir que la legislación mexicana es compleja, poco clara y obsoleta. Pues ha dejado de representar las necesidades del sistema, regulando explícitamente sobre las instituciones públicas y dejando huecos en la regulación de la práctica privada. Estos resultados coinciden con las deficiencias y contradicciones encontradas en el estudio de Ibarra y cols. sobre la capacidad del marco jurídico para apoyar la integración funcional ⁸².

8. Conclusiones

A partir de los resultados del presente estudio se puede concluir que el sector privado tiene el potencial de 1) incrementar los recursos disponibles, 2) mejorar el acceso efectivo y 3) cerrar el déficit y 4) ejecutar programas nacionales de salud. Este potencial se apoya en la disposición e interés que mencionaron los actores y los facilitadores encontrados en el marco legal. Como se detalla a continuación:

Como se mostró en los resultados, el sector privado tiene el potencial de aportar tanto infraestructura como personal. Las UPS para la atención de la población mexicana incrementarían cerca de tres veces si se aprovechara la capacidad del sector privado, mientras que el personal prestador de servicios de salud se duplicaría. Aunque en todos los tipos de UPS y de personal se observó un incremento, excepto en enfermeras, este crecimiento es más notable en el caso de consultorios de odontología y odontólogos.

México vive un déficit de servicios de atención a la salud, si se compara con sus homólogos de OCDE. Lo que indica que es necesario implementar modelos de prestación de servicios adecuados a la situación nacional y global. En este sentido, la CPP en la prestación de servicios de atención a la salud, si bien no cierra la brecha por completo, significaría una reducción de la misma, mejorando la eficiencia de ambos sectores.

Lo anterior indica que, con la colaboración del sector privado, se incrementarían los recursos al servicio del sector público y se lograría una disminución en el déficit de servicios sin tener que realizar una inversión en infraestructura y en personal, en una primera instancia. Bastaría con que estos servicios privados- ya utilizados por la población con aseguramiento público- fueran aceptados como válidos en el sector público para disminuir la duplicidad de servicios y gastos que se ejercen actualmente, pues como se sabe, alrededor del 60% de los servicios ambulatorios privados son utilizados por personas con algún esquema de aseguramiento público, que de tener que pasar a utilizar las instituciones propias de su esquema, repite todo el proceso.

Según los documentos analizados los actores clave del sector privado, de distintos perfiles manifiestan estar interesados y dispuestos a implementar estrategias de

colaboración público privada. Principalmente les interesa la mejora de la salud de la población, mejorar las condiciones del SNS y mejorar las condiciones económicas de ambos sectores, mediante la explotación de su capacidad instalada, la actualización del marco legal mexicano. Lo anterior, porque consideran imperativo adaptar los modelos de prestación a las necesidades de la población y del propio sistema, así como a las actuales demandas de los usuarios.

En cuanto a los modelos para ejecutar la CPP, proponen comenzar por la homogeneización de los procesos, costos y certificación de los médicos generales de ambos sectores. Posteriormente, proponen una separación de las funciones donde SSA funja como regulador, la seguridad social como administrador los prestadores privados como operadores. Otro esquema que proponen es la transferencia de riesgos mediante aseguramiento público privado en el que los servicios cubiertos se complementen. Los representantes de farmacias manifestaron la necesidad de considerar modelos de compra y distribución de medicamentos con participación de las farmacias comunitarias privadas.

Como facilitadores se encontraron la accesibilidad de los servicios privados, la capacidad de los mismos de resolver la demanda no satisfecha por el sector público en el primer nivel, a preferencia de los usuarios y la oportunidad de actualizar las disposiciones legales para la incrementar la inclusión del sector privado en el SNS bajo condiciones más abiertas y flexibles.

Los limitantes identificados fueron el diseño de los modelos actuales de prestación que dan preferencia al sector público, inequidades en el financiamiento, desincentivos económicos, como el retraso en los pagos, los montos menores pagados por el gobierno y el pago de impuestos por los servicios privados ofrecidos al sector público, y una legislación complicada. Por otro lado, los actores coincidieron en que la corrupción y la falta de transparencia en los concursos.

Se tiene un marco legal que concibe, legisla y reglamenta la colaboración público-privada, sin embargo, existe cierto proteccionismo del sector público. La CPEUM, la LGS, la LIMSS, LISSSTE contemplan la colaboración en términos de acciones de salud pública y de contratación de servicios para la prestación. La LISSSTE, sin

embargo, obstaculiza la contratación de servicios privados al establecer la preferencia por otras instituciones del sector público. Cabe resaltar que, en toda la LISSSTE no se hace mención del sector privado, ni una sola vez.

Para la CPP en el primer nivel de atención la LAPP no es la más óptima, pues no regula la adquisición de servicios sin la construcción y/o transferencia de infraestructura al final del contrato. La ley que mejor se ajusta al modelo de CPP propuesto es la RPPS, en la que se considera la contratación de servicios con la infraestructura provista por el contratista privado, sin que pasen a ser del público al final del contrato.

Las NOMs son de observancia obligatoria para ambos sectores, por lo que los procesos y los procedimientos deben ser iguales. Ofreciendo cierto nivel de homogeneidad y calidad en la prestación, susceptible de ser regulada y auditada por las autoridades competentes.

Los documentos analizados, sobre todo las leyes y las normas no abordan procesos de gestión. En general, la legislación mexicana, en cuanto a la participación del sector privado está basado en el modelo de mezcla público privada, donde se regula la participación poco articulada de ambos sectores; más que en el modelo de CPP.

En el caso del Seguro Popular, debido a que los arreglos son por medio de los REPS, las contrataciones se tendrían que hacer a nivel estatal. Sin embargo, la compra de servicios puede ser consolidada entre entidades federativas y entre instituciones, y a cadenas o agrupaciones.

No se encontró una ley, norma o reglamento que prevea la asignación de recursos públicos al sector privado.

Se encontró regulación en materia de acceso y prestación de servicios, de rectoría y de contratación de servicios de salud. Las modalidades de acceso actualmente estipuladas no se ajustan a las propuestas de la política nacional ni a las recomendaciones para una competencia económica. Sin embargo, existen amplias posibilidades de ajustar los mecanismos y modalidades de acceso a partir de acuerdos entre los prestadores y los usuarios bajo la rectoría de la SSA.

En cuestión de rectoría, siempre se le asigna esa atribución al sector público, en términos de la planeación, ejecución, coordinación y regulación del SNS. Las principales instituciones públicas de salud contienen en su marco legal los estatutos para la colaboración con unidades del sector privado que regulan la contratación o la celebración para la prestación de servicios de salud.

El marco legal mexicano asigna a la SSa la responsabilidad de promover la participación del sector privado en actividades de salud pública, educación y prevención de enfermedades. Según la normatividad la participación se recomienda en:

- Educación sexual y reproductiva
- Prevención y control de la obesidad, diabetes e hipertensión
- Prevención y control de las adicciones
- Atención de la mujer durante el embarazo y puerperio
- Vacunación

Siempre que se demuestre que el sector privado puede aportar un beneficio para el usuario final o coadyuvar al sector público en el cumplimiento de sus responsabilidades, la legislación mexicana promueve su participación.

A pesar de lo anterior, existe proteccionismo de las instituciones de seguridad social ante la colaboración. Además de que se excluye al sector privado de acciones como la realización de campañas y programas de salud, de los mecanismos para la asignación de fondos para la compensación presupuestaria. Y de acciones de control de enfermedades prevenibles por vacunación en un área de responsabilidad.

Existen huecos legales en términos de gestión de las contrataciones o servicios susceptibles de ser contratados y bajo qué condiciones. Ni existe regulación sobre las tarifas del servicio personal privado.

7. Recomendaciones

A partir de lo analizado en el presente estudio, se extienden las siguientes recomendaciones para futuras investigaciones y para la implementación de la CPP.

Para futuras investigaciones

- Realizar un análisis de densidad de recursos por sector, que contemple la distribución urbana/rural.
- Utilizar el factor de utilización de servicios privados de 44% para la estimación de consultas privadas
- Realizar un análisis del marco legal que contemple y compare a nivel federal y de entidades federativas
- Realizar un análisis de intereses y disponibilidad bajo la perspectiva del sector público

Para la Colaboración público-privada

- Establecer como obligatoria la certificación de los médicos generales
- Establecer instrumentos para la regulación de costos y tarifas para la práctica médica privada
- Incluir en las estrategias de regulación de COFEPRIS la homogeneización de los servicios mediante el uso de GPC
- Establecer instrumentos de regulación que permitan evaluar la calidad de los servicios y sancionar el incumplimiento
- Estimular la participación privada mediante incentivos fiscales como la exención del IVA por servicios brindados al público
- Explorar la CPP en servicios dentales y de nutrición
- Utilizar la CPP para cerrar brechas entre zonas rurales y urbanas
- Incluir en el PSS estrategias para la integración del sistema bajo una perspectiva de funicones, comenzando por la prestación de primer nivel
- Modificar el artículo 31 de la LISSSTE y el art 251 de la LIMSS para evitar las prácticas monopólicas en el sector público
- Incluir en el PSS estrategias para la participación del sector privado en la prestación de servicios de salud, más allá de la inversión e investigación

Referencias bibliográficas

1. Zurita B, Ramírez T. Desempeño del sector privado de la salud en México la medicina privada ha incrementado su capacidad para prestar servicios mediante más y mejores infraestructura y funcionamiento. En: *Caleidoscopio de la salud: De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción.* ; 2003:153–162.
2. Martínez-giralt X. Colaboración público-privada en sanidad. *Cuadernos de información económica*. 2011;(235):61–68.
3. Nigenda G, Troncoso E, Arreola H, López M, González LM. Mezcla público-privada en el sector salud. Reflexiones sobre la situación en México. En: *Caleidoscopio de la salud: De la investigación a las políticas y de las políticas a la acción.* ; 2003:229–242.
4. Llumpo, A., Downs, S. Montagu, D., Foong, S., Brashers, E., Feachem R. *Lecciones de América Latina: primeras lecciones en alianzas público-privadas en el sector salud.*; 2014.
5. Molina M G, Rodríguez T CM. Participación pública y privada en la provisión de servicios de salud, Colombia 2006. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*. 2007;25(1):90–99.
6. McKee M, Edwards N, Atunc R. Public-private partnerships for hospitals.

Bulletin of the World Health Organization. 2006;84(11):890–896.

doi:10.2471/BLT.06.030015.

7. Bellolio Rodríguez J, Giaconi Gandolfo J. Sistemas actuales de salud en Chile y sus posibles cambios en las próximas décadas. *Bol Esc Med*. 1995:158–161. <http://pesquisa.bvsalud.org/cvsp/resource/es/lil-195333>. Consultado julio 16, 2018.
8. Bennett S. Promoting the private sector: A review of developing country trends. *Health Policy and Planning*. 1992;7(2):97–110. doi:10.1093/heapol/7.2.97.
9. OMS. *Directrices sobre la colaboración con el sector privado para conseguir resultados de salud*.; 2000. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/se20.pdf. Consultado julio 16, 2018.
10. *Interacciones entre los sectores público y privado en pro de la salud: participación de la OMS*.; 2001. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB109/seb1094.pdf. Consultado julio 16, 2018.
11. Sojo A. *Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*. Vol 39. Santiago de Chile; 2000. <http://archivo.cepal.org/pdfs/2000/S0007589.pdf>. Consultado julio 16, 2018.
12. Millán G. *Asociaciones Público-Privadas para el desarrollo de Infraestructura y la provisión de servicios públicos Experiencia del Reino Unido*. México; 2009. <https://piappem.org/file.php?id=234>. Consultado julio 16, 2018.
13. Herrero F, Durán F, Ejecutiva S. *El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica*. Santiago de Chile: CEPAL/ELAC; 2001. <http://archivo.cepal.org/pdfs/2001/S0104341.pdf>. Consultado julio 16, 2018.
14. Jaramillo I. *El futuro de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. Cinco años después*. 1. ed. Santafé de Bogotá, Colombia : FESCOL; 1999.

<https://searchworks.stanford.edu/view/3046468>. Consultado julio 16, 2018.

15. Gómez-Arias RD, Nieto E. Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2014;31(4):733–739.
16. Belló M, Becerril-Montekio VM. Sistema de salud de Argentina. (Spanish). *The health system of Argentina (English)*. 2011;53(1):S96–S108. doi:10.1590/S0036-36342011000800006.
17. Becerril-Montekio V, de Dios Reyes J, Manuel A. Sistema de salud de Chile. *Salud Publica de Mexico*. 2011;53(SUPPL. 2):s132–s142. doi:10.1590/S0036-36342011000800012.
18. Torres A, Knaul F. Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. *Caledoscopio de la salud*. 2004;209:225. <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/15-DeterminantesDelGasto.pdf>.
19. De Organización P, Gestión Y, Sistemas DE, et al. PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD MÉXICO (1ra edición, octubre 1998) (2da edición, abril 2002) *. http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Mexico_2002.pdf. Consultado julio 7, 2018.
20. Nigenda, Gustavo; Gónzalez LMRJA. *Interacción público-privada en la prestación de servicios de salud en México*. (Funsalud, ed.). México: Fundacion Mexicana para la Salud, A.C.; 2006.
21. Juan M, Moguel-Ancheita A, Valdés-Olmedo C, et al. Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública de México*. 2013;55(Suplemento.):1–64. doi:10.1111/criq.12029.
22. Gonzalez-Block MA. ¿Que compra, como y de quien el Seguro Popular de Mexico? Experiencia con la compra estrategica nacional y en una entidad pionera. *Salud Publica de Mexico*. 2017;59(1):59–67. doi:10.21149/7768.

23. Contreras-loya D, C M, Reding-bernal A, D M, Gómez-dantés O, Puentes-rosas E. Abasto y surtimiento de medicamentos en unidades especializadas en la atención de enfermedades crónicas en México en 2012. *Salud Publica Mex.* 2013;55(6).
24. PwC. *Diez grandes cuestiones de la industria de la salud en México: un enfoque de toda la sociedad.*; 2017.
25. ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf.
26. PwC Health Research Institute. PwC Health Research Institute Consumer Survey. <https://www.pwc.com/us/en/health-industries/top-health-industry-issues-mexico.html>. Published 2017.
27. González-Block MÁ. *Colaboración Público- - Privada para la Integración de Redes de Servicios de Salud en México . Retos Oportunidades y Estrategias.*; 2017.
28. Ángel M, Block G, Patricia S, Portillo D. *El subsistema privado de atención de la salud en México Diagnóstico y retos.*
29. 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 de México.* 2014;56(1):18–31.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es.
30. Pérez-Cuevas R, Doubova S V, 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.* 2014;4(5):e004669. doi:10.1136/bmjopen-2013-004669.
31. OECD. *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016.*; 2016.
doi:10.1787/9789264230491-en.
32. Pérez M. Acceso económico a la salud. *Razones Fundar.* 2010.

<http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/acceso-economico.pdf>.

33. González-Block MA, Mart BG. *Hacia la cobertura universal de la protección financiera de la salud en México.*; 2015.
34. Periago MR. La renovación de la atención primaria de salud en las américas: la propuesta de la organización panamericana de la salud para el siglo XXI. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2007;21(2–3):65–68. doi:10.1590/S1020-49892007000200001.
35. Enrique Pena Nieto. Plan Sectorial de Salud en Mexico 2013-2018. *Gobierno de la Republica*. 2013;53(9):1689–1699. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
36. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Estrategia del Gobierno de la República para la Prevención y Combate de Servicios Médicos Ilegales. 2015. <http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/12022015.pdf>.
37. Ignacio Astorga, Paloma Alonso, Diana M. Pinto, Jazmín Freddi, Martín Corredas Silván. 10 años de Asociaciones Público- Privadas (APP) en salud en América Latina ¿Qué hemos aprendido? *NOTA TÉCNICA N° IDB-TN-1068*. 2016. <https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7751/10-anos-de-asociaciones-publico-privadas-app-en-salud-en-america-latina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
38. Bastías G, Pantoja T, Leisewitz T, Zárate V. Health care reform in Chile. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2008;179(12):1289–1292. doi:10.1503/cmaj.071843.
39. PwC. *Perspectiva del Sector Salud en México para el 2015.*; 2014. <https://www.pwc.com/mx/es/industrias/archivo/2014-11-perspectivas-2015-sector-salud-mexico.pdf>.
40. Juan M, Pier E, Kuri P. *Modelo de Atención Integral de Salud.*; 2015:1–59.

doi:10.1017/CBO9781107415324.004.

41. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Diccionario de la lengua española. <http://dle.rae.es/?id=Trg1grH>. Published 2017. Consultado noviembre 23, 2017.
42. Murray CJL, Frenk J. Theme Papers A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organisation*. 2000;78(6):728. doi:10.1590/S0042-96862000000600004.
43. Shengelia B, Tandon A, Adams OB MC. Access, utilization, quality, and effective coverage: an integrated conceptual framework and measurement strategy. *Social Science & Medicine*. 2005;61(1):97–109.
44. Mitchell M. An Overview of Public Private Partnerships in Health. *Harvard School of Public Health*. 2000:1–28.
<http://www.hsph.harvard.edu/ihsgh/publications/pdf/PPP-final-MDM.pdf>.
45. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 2000:12.
46. Frenk J. II. El universo de la nueva salud pública. En: *La salud de la población. Hacia una nueva salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica; 1994.
http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen3/ciencia3/133/htm/sec_10.htm.
47. Balabanova D, Oliviera-Cruz V, Hanson K. *Health sector governance and implications for the private sector: technical partner paper.*; 2008.
<http://www.rockefellerfoundation.org/uploads/files/dd1ce72d-2158-4d40-b125-51c249e85613-9.pdf>.
48. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Publica de Mexico*. 2011;53(SUPPL. 2). doi:10.1080/23288604.2015.1058999.
49. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the*

World Health Organization. 1978;56(2):295–303.

50. OPS/OMS. *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Vol 4.; 2010. doi:ISBN 978-92-75-33116-3.
51. Baliga BS. Public–Private Partnership in Health Care: A Comparative Cross-sectional Study of Perceived Quality of Care Among Parents of Children Admitted in Two Government District-hospitals, Southern India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2016;(February 2011):5–9. doi:10.7860/JCDR/2016/17124.7250.
52. European Union. *Health and Economics Analysis for an evaluation of the Public Private Partnerships in health care delivery across EU*.; 2013.
53. Alonso P, Pinto D, Astorga I, Freddi J. *Conceptos generales y modelos: serie de notas técnicas sobre asociaciones público-privadas en el sector de la salud de América Latina*.; 2014.
54. Buse K, Walt G. Global public-private partnerships: Part II--What are the health issues for global governance? *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(99):699–709. doi:10.1590/S0042-96862000000500015.
55. Barlow J, Roehrich J, Wright S. Europe sees mixed results from public-private partnerships for building and managing health care facilities and services. *Health Affairs*. 2013;32(1):146–154. doi:10.1377/hlthaff.2011.1223.
56. The Global Health Group. Public-private investment partnerships for health. An atlas of innovation. 2010;(August):1–72. <http://globalhealthsciences.ucsf.edu/sites/default/files/content/ghg/hsi-ppip-atlas.pdf>.
57. World Bank. *Public private partnerships for health: PPPs are here and growing*. Vol 030015.; 2013.
58. Maikisch H, Nikolic IA. *Public-private partnerships and collaboration in the*

health sector: an overview with case studies from recent European experience.; 2006.

<http://documents.worldbank.org/curated/en/2006/10/7171601/public-private-partnerships-collaboration-health-sector-overview-case-studies-recent-european-experience>.

59. Londoño JL, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy*. 1997;41(1):1–36.
60. Chernichovsky D. Pluralism, Public Choice, and the State in the Emerging Paradigm in Health Systems. *Milbank Quarterly*. 2002;80(1):5–39. doi:10.1111/1468-0009.00002.
61. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Prensa Médica Latinoamericana*. 2011;XXXIII(1):11–14. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>.
62. Eugenia M, Nebel EI, Moscoso S, I IFPL. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud Conceptual delimitation of the primary health care. 2017;43(3):432–448.
63. Schäfer WLA, Boerma WGW, Kringos DS, et al. QUALICOPC , a multi-country study evaluating quality , costs and equity in primary care. 2011. doi:10.1186/1471-2296-12-115.
64. Secretaria de Salud del estado de Mexico. *Manual de procedimientos de consulta externa en unidades de salud de primer nivel de atención del ISEM.*; 2004:235. <http://salud.edomexico.gob.mx/html/uma/manual/M.PROC.1NIVEL.pdf>.
65. Berman P. Organization of ambulatory care provision : a critical determinant of health system performance in developing countries. 2000:791–802.
66. OMS/OPS. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 66 Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. 2014:1–26. doi:10.1590/0104-1169.0000.2502.

67. Médica R impostergable de la E. Atención primaria en salud. *Horiz Med.* 2013:6–8.
68. OPS/OMS. Resolución CD49.R22 Redes integradas de servicios de salud basadas en la Atención Primaria de Salud. 2009.
69. Salud S de. Prevención , Detección y Control de los Problemas de Salud Bucal. *Programa de Acción Específico, Programa Sectorial de Salud.* 2018:1–194.
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/descargas/pdf/PAE_PreencionDeteccionControlProblemasSaludBucal2013_2018.pdf. Consultado julio 17, 2018.
70. Secretaría de Salud. Declaratoria de Emergencia Epidemiológica EE-3-2016 para todas las Entidades Federativas de México ante la Magnitud y Trascendencia de los casos de Sobrepeso y Obesidad. 2016:1–3.
71. Salud S de. Estrategia Nacional para la Prevención y el control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. 2013:105.
http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia/Estrategia_con_portada.pdf. Consultado julio 17, 2018.
72. Zurita B, González A, Knaul F, Soberón G. *Hacia un México más Saludable: Una visión del sector privado.*; 2001. http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/Hacia_un_Mexico_mas_Saludable.pdf. Consultado julio 17, 2018.
73. González Block MA y Cahuana L. *Diagnóstico de la demanda del subsistema privado de la salud de México.* Huixquilucan; 2017.
74. General de Evaluación del Desempeño D. Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016 Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf. Consultado julio 18, 2018.
75. Funsalud. *Diagnóstico de los retos al Sistema Nacional de Salud Universal.*; 2015.

76. Díaz-Maldonado I. Consultorios de farmacias “pisan” los talones del IMSS | *Saludario*. *Saludario*. <https://saludario.com/consultorios-de-farmacias-muy-cerca-de-ofrecer-mismo-numero-de-consultas-que-el-imss/>. Published julio 18, 2017. Consultado julio 18, 2018.
77. Miranda P. Se dispara número de consultorios en farmacias. *EL Universal*. <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/sociedad/se-dispara-numero-de-consultorios-en-farmacias>. Consultado julio 18, 2018.
78. CENETEC. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CMGPC) | Secretaría de Salud | Gobierno | gob.mx. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/catalogo-maestro-de-guias-de-practica-clinica-cmgpc-94842>. Consultado julio 19, 2018.
79. OPS/OMS. OPS/OMS México - Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica en México. https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=463:catalogo-maestro-guias-practica-clinica-mexico&Itemid=499. Consultado julio 19, 2018.
80. Díaz-Portillo SP, Idrovo ÁJ, 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. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n4/v57n4a10.pdf>. Consultado julio 19, 2018.
81. OCDE. *ADOPTANDO UNA POLÍTICA FIRME CONTRA LA CORRUPCIÓN MÉXICO ASPECTOS CLAVES sobre Integridad Estudio de la OCDE en*. <https://www.oecd.org/gov/ethics/estudio-integridad-mexico-aspectos-claves.pdf>. Consultado julio 19, 2018.
82. Ibarra I, Martínez G, Aguilera N, Orozco E, Fajardo-Dolci G, González-Block A. M. Capacidad del marco jurídico de las instituciones públicas de salud de México para apoyar la integración funcional⁴; Capacity of the legal framework of public health institutions in Mexico to support their functional

integration^ien. *Salud pública Méx.* 2013;55(3):310–317.
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000400009.

Cuernavaca, Morelos, a 1 de febrero de 2018

PT: 372

Beatriz Martínez Zavala
Maestría en Salud Pública en
Administración en Salud
Presente

En relación a su proyecto terminal titulado ***“Análisis del potencial del sector privado para la colaboración público-privada en primer nivel de atención en México”***, me permito informarle que los miembros de este Comité han acordado otorgarle el dictamen de:

Exento de Revisión

Lo anterior debido a que su investigación no incluye sujetos humanos y/o la base secundaria que está utilizando ya ha sido revisada y aprobada por este u otro Comité de Ética o se trata de una base de datos pública.

Le solicito atentamente que en caso de ocurrir algún cambio o actualización de datos que afecten el planteamiento actual de su proyecto terminal, lo comunique oportunamente para someterlo a consideración de este Comité.

Atentamente



Dra. Angélica Ángeles Llerenas
Presidente

ccp.— Dra. Jacqueline Alcalde Rabanal- Coordinadora Maestría en Salud Pública – Administración en Salud
Mtro. Miguel Ángel Reyes – Depto. Asuntos Escolares

Avenida Universidad 655
Cerrada Los Pinos y Caminera
Colonia Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México
correo: (777) 329 3000

www.insp.mx

Anexo 2 Autorización de uso de entrevistas



Ciudad de México, a 24 de noviembre de 2017.

A quien corresponda:

El que suscribe, Dr. Miguel Ángel González Block, coordinador del proyecto de investigación "Diagnóstico de la estructura del mercado de servicios médicos privados en México", de la Universidad Anáhuac, por este medio doy mi autorización para que Lic. Beatriz Martínez Zavala, estudiante de la Maestría en Salud Pública con área de concentración en Administración en Salud en la Escuela de Salud Pública de México utilice el acervo de transcripciones de entrevistas propios del proyecto antes citado para fines de la realización de su proyecto terminal para la obtención de grado de Maestra en Salud Pública.

Se autoriza a Beatriz para la elaboración de análisis de las transcripciones proporcionadas, elaboración de matrices con citas textuales, elaboración de conclusiones y cualquier actividad relacionada con el cumplimiento del proyecto terminal titulado "Análisis del potencial del sector privado para la colaboración público-privada en primer nivel de atención en México".

Así mismo, hago constar que dichas entrevistas se encuentran en revisión por el Comité de Ética de la Universidad Anáhuac y que Beatriz se ha comprometido a resguardar y mantener la confidencialidad, así como a no hacer mal uso de los documentos proporcionados, y a no distribuir o comercializar datos personales que puedan aparecer en dichos documentos.

Sin más por el momento, quedo a su disposición para cualquier aclaración.

Atentamente


Dr. Miguel Ángel González Block
Investigador Asociado
Cátedra PwC de Investigación en Sistemas de Salud,
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Anáhuac

Campus Norte
Av. Universidad Anáhuac núm. 46, col. Lomas Anáhuac,
Huitzilquicán, Estado de México, C.P. 52786
Tel.: (55) 5627 0210



Anexo 3 Guías de entrevistas del proyecto Diagnóstico de la estructura del mercado de servicios médicos privados en México.

Diagnóstico de la estructura del mercado de servicios médicos privados en México

Cédula de entrevista a reguladores gubernamentales

La Universidad Anáhuac está realizando un diagnóstico de la situación del subsistema de salud privado en México bajo el patrocinio de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros de Salud (AMIS). Ud. fue seleccionado para una entrevista dado que representa a un regulador gubernamental o profesional del subsistema. La entrevista nos ayudará a identificar la influencia que tiene la regulación sobre la oferta de productos y servicios del subsistema de salud privado.

La información será manejada de manera confidencial, si bien se identificará el nombre de la institución a la que Ud. representa.

Le vamos a preguntar sobre la importancia que tiene la acción regulatoria a su cargo sobre la oferta de cada uno de los siguientes componentes del subsistema de salud privado:

- 1) Atención médica ambulatoria.
 - a) ¿Cuáles son las principales acciones regulatorias que inciden en el componente?
 - b) ¿Cómo inciden estas acciones sobre la oferta?
- 2) Atención médica de especialidad.
 - a) ¿Cuáles son las principales acciones regulatorias que inciden en el componente?
 - b) ¿Cómo inciden estas acciones sobre la oferta?
- 3) Atención hospitalaria.
 - a) ¿Cuáles son las principales acciones regulatorias que inciden en el componente?
 - b) ¿Cómo inciden estas acciones sobre la oferta?
- 4) Venta de medicamentos en farmacias comunitarias.
 - a) ¿Cuáles son las principales acciones regulatorias que inciden en el componente?
 - b) ¿Cómo inciden estas acciones sobre la oferta?
- 5) Distribución de medicamentos.
 - a) ¿Cuáles son las principales acciones regulatorias que inciden en el componente?
 - b) ¿Cómo inciden estas acciones sobre la oferta?
- 6) Manufactura de medicamentos.
 - a) ¿Cuáles son las principales acciones regulatorias que inciden en el componente?
 - b) ¿Cómo inciden estas acciones sobre la oferta?
- 7) Manufactura de equipamiento y dispositivos médicos.

- a) ¿Cuáles son las principales acciones regulatorias que inciden en el componente?
 - b) ¿Cómo inciden estas acciones sobre la oferta?
- 8) Servicios de laboratorios de análisis clínicos y de gabinete.
- a) ¿Cuáles son las principales acciones regulatorias que inciden en el componente?
 - b) ¿Cómo inciden estas acciones sobre la oferta?
- 9) Aseguramiento del gasto en salud.
- a) ¿Cuáles son las principales acciones regulatorias que inciden en el componente?
 - b) ¿Cómo inciden estas acciones sobre la oferta?
- 10) Formación de recursos humanos para la salud.
- a) ¿Cuáles son las principales acciones regulatorias que inciden en el componente?
 - b) ¿Cómo inciden estas acciones sobre la oferta?

¡Gracias por su amable participación!

Diagnóstico de la estructura del mercado de servicios médicos privados en México

Cédula de entrevista a actores en el mercado

La Universidad Anáhuac está realizando un diagnóstico de la situación del subsistema de salud privado en México bajo el patrocinio de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros de Salud (AMIS). Ud. fue seleccionado para la entrevista dado que representa a un componente del subsistema. La entrevista nos ayudará a identificar la influencia que tienen diversos actores sobre la oferta del componente que Ud. representa, así como la influencia que ejerce su componente sobre la oferta de otros componentes.

Le preguntaremos sobre la influencia que Ud. percibe de diferentes actores, así como la influencia que ejercen sobre los demás hospitales generales a quien Ud. representa. Enfocaremos en la influencia comercial, profesional y regulatoria.

La información será manejada de manera confidencial, si bien se podrá identificar el nombre de la institución a la que Ud. representa.

RELACIONES COMERCIALES

1. ¿Podría describirme en términos generales las principales relaciones que tienen los hospitales generales privados con sus proveedores, otros prestadores y sus clientes?

VISUALIZANDO LA RED DE PRINCIPALES ACTORES EN TORNO A LOS HOSPITALES GENERALES PRIVADOS:

2. ¿Qué actor es el más importante en las relaciones comerciales de los hospitales generales?

3. ¿Cómo influye este actor comercialmente para los hospitales generales?

4. ¿Qué actor sigue en importancia en las relaciones comerciales de los hospitales generales?

5. ¿Cómo influye este actor para comercializar los servicios de los hospitales generales?

SEGUIR PREGUNTANDO HASTA AGOTAR LOS NUEVE O MÁS ACTORES



RELACIONES PROFESIONALES

6. ¿Podría describirme en términos generales las principales relaciones de carácter profesional que sostienen los hospitales generales con colegios, asociaciones y universidades?

VISUALIZANDO LA RED DE NUEVE ACTORES EN TORNO A LOS HOSPITALES GENERALES PRIVADOS:

7. ¿Qué actor es el más importante desde una perspectiva profesional para los hospitales generales?
8. ¿Cómo influye este actor profesionalmente para los hospitales generales?
9. ¿Qué actor sigue en importancia desde una perspectiva profesional de los hospitales generales]?

10. ¿Cómo influye este actor profesionalmente para los hospitales generales?

SEGUIR PREGUNTANDO HASTA AGOTAR LOS NUEVE O MÁS ACTORES



RELACIONES REGULATORIAS

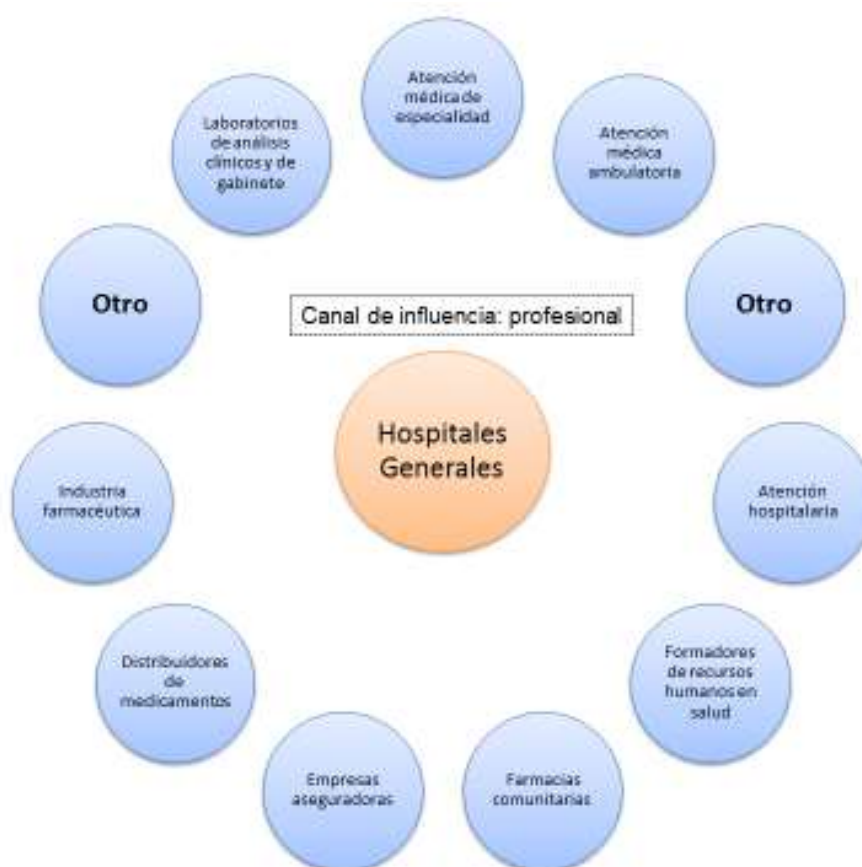
11. ¿Podría describirme en términos generales las principales relaciones de carácter regulatorio que sostienen los hospitales generales privados con instituciones como organismos normativos, legislativos y consejos profesionales?

VISUALIZANDO LA RED DE ACTORES EN TORNO A LOS HOSPITALES GENERALES PRIVADOS:

12. ¿Qué actor es el más importante para normar a los hospitales generales?

13. ¿Cómo influye este actor para normar a los hospitales generales [actor]?
14. ¿Qué actor sigue en importancia para normar a los hospitales generales?
15. ¿Cómo influye este actor para normar a los hospitales generales?

SEGUIR PREGUNTANDO HASTA AGOTAR LOS NUEVE O MÁS ACTORES



Anexo 4 Carta de confidencialidad

Cuernavaca, Morelos a 24 de noviembre de 2017.

A quien corresponda:

Por medio de la presente yo, **Lic. Beatriz Martínez Zavala** estudiante de la Maestría en Salud Pública con Área de concentración en Administración en Salud de la Escuela de Salud Pública de México, hago constar, en relación al acervo de transcripciones de entrevistas facilitadas por el proyecto “Diagnóstico de la estructura del mercado de servicios médicos privados en México”, de la Universidad Anáhuac para la realización del protocolo de proyecto de titulación titulado “Análisis del potencial del sector privado para la colaboración público-privada en el primer nivel de atención en México”, que me comprometo a resguardar, mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los documentos y transcripciones proporcionadas, así como a no difundir o comercializar con los datos personales contenidos en los mismos.

Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones correspondientes.

Atentamente



Beatriz Martínez Zavala

Anexo 5 Matriz de análisis del marco legal

	Regulación:	Facilitadores para la colaboración público-privada:	Limitantes para la colaboración público-privada:
Ley General de Salud	Artículo 11. Las acciones entre la SSA y el sector privado se harán mediante contratos.	ARTÍCULO 5o. 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 de la salud.	ARTÍCULO 43. 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.
	Artículo 40. Las modalidades de acceso a privados se registrarán por lo que convengan prestadores y usuarios.	ARTÍCULO 10. La Secretaria 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 de los mismos, así como de las autoridades o representantes de las comunidades indígenas, en los términos de las disposiciones que al efecto se expidan. Asimismo, fomentará la coordinación con los proveedores de insumos para la salud, a fin de racionalizar y procurar la disponibilidad de estos últimos.	
	Artículo 40. LA SSA y entidades, establecerán los procedimientos para regular las modalidades de acceso a servicios públicos, sociales y privados.	ARTÍCULO 106. 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 suministrarla 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.	

	Artículo 55. Las personas o instituciones públicas o privadas cuidarán de las personas que necesiten prestación urgente sin perjuicio de su remisión posterior a otras instituciones. ARTÍCULO 114. Para la atención y mejoramiento de la nutrición de la población, la Secretaría de Salud participará, de manera permanente, en los programas de alimentación del Gobierno Federal. 15 La Secretaría de Salud, las entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, formularán y desarrollarán programas de nutrición, promoviendo la participación en los mismos de los organismos nacionales e internacionales cuyas actividades se relacionen con la nutrición, alimentos, y su disponibilidad, así como de los sectores sociales y privado.	
Artículo 108. La SSA orientará la captación, producción, sistematización y divulgación de la información para la salud. Las dependencias privadas deben ajustarse.		
Artículo 46. Los establecimientos de todas las modalidades se ajustarán a las NOMS y disposiciones que expida la SSA.		
Art. 4. Las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, fideicomisos públicos federales, no considerados entidades paraestatales, personas con derecho público federal, las entidades federativas, municipios o entes públicos de unas y otros, con recursos federales aplicarán las disposiciones de la LAAS.	Artículo 10. Los esquemas de APP son opcionales y podrán utilizarse en actividades cuya legislación prevea la libre participación del sector privado Artículo 41. En los concursos podrá participar toda persona física o moral nacional o extranjera que cumpla con los requisitos, bases y disposiciones aplicables al proyecto.	No contiene
No contiene	Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud. Estrategia 2.3.1 Avanzar en la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal. Líneas de acción: Garantizar el acceso, fortalecer la rectoría, desarrollar los instrumentos necesarios para lograr una integración funcional y efectiva de las distintas instituciones que integran el SNS, contribuir a la consolidación de instrumentos y políticas necesarias para una integración efectiva del SNS.	No contiene

	Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud. Estrategia 2.3.4 Garantizar el acceso efectivo a servicios de salud de calidad. Líneas de acción: Preparar el sistema para que el usuario seleccione a su prestador de servicios de salud.	
	Objetivo 2.3 Asegurar el acceso a los servicios de salud. Estrategia 2.3.4. Implementar una gestión financiera de los organismos de seguridad social que garantice la sustentabilidad del SNS en el mediano y largo plazo. Líneas de acción: promover esquemas de financiamiento público-privado.	
	Objetivo 4.2 Democratizar el acceso al financiamiento de proyectos con potencial de crecimiento. Estrategia 4.2.5 Promover la participación del sector privado en el desarrollo de infraestructura, articulando la participación de los gobiernos estatales y municipales para impulsar proyectos de alto beneficio social, que contribuyan a incrementar la cobertura y calidad de la infraestructura necesaria para elevar la productividad de la economía. Líneas de acción: fomentar el desarrollo de relaciones de largo plazo entre instancias del sector público y privado para la prestación de servicios, en los que se utilice estructura provista total o parcialmente por el sector privado.	
No contiene	Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Estrategia 2.1 Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral. Líneas de acción 2.1.2 Actualizar los mecanismos y modalidades de prestación de servicios que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud.	Objetivo 2 Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Estrategia 2.3 Crear redes integradas de servicios de salud interinstitucionales. Líneas de acción: 2.3.2 Diseñar la implementación de redes de servicios que favorezcan el acceso efectivo con las diferentes instituciones públicas.
	Objetivo 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. Estrategia 5.2 Impulsar la eficiencia del uso de los recursos para mejorar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad. Líneas de acción Adecuar los modelos de atención para optimizar el uso de recursos para lograr el acceso efectivo con calidad.	Objetivo 5. Asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud. Estrategia 5.4 Impulsar la innovación e investigación científica y tecnológica para el mejoramiento de la salud de la población. Líneas de acción 5.4.4 Promover la inversión y corresponsabilidad del sector privado para la investigación científica y el desarrollo tecnológico en salud, 5.4.8 Promover la vinculación de las instituciones y centros de investigación con los sectores social y privado

Ley Orgánica de la
Administración
Pública Federal

Ley General de las
Instituciones y Sociedades
Mutualistas de Seguros.

Ley de Adquisiciones Arrendamientos y Servicios del
Sector Público.

	Objetivo 6. Avanzar en la construcción de un SNS universal bajo la SSA. Estrategia 6.1 Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un SNS universal. Líneas de acción: Prepara el sistema para que la persona usuaria seleccione a su prestador de servicios de salud.	Objetivo 6. Avanzar en la construcción de un SNS universal bajo la rectoría de la SSA. Estrategia 6.1 Instrumentar mecanismos para sentar las bases de un SNS universal. Líneas de acción 6.1.6 Establecer los mecanismos para la compensación presupuestaria entre instituciones y entidades federativas.
No contiene	Artículo 39. VI SSA propiciará y coordinará la participación del sector privado en el SNS y determinará las políticas y acciones y concertación correspondientes.	Artículo 39. Corresponde a la SSA I. Establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general y coordinar los programas de servicios a la salud de la administración pública. VII Planear, normar y controlar los servicios de atención médica, asistencia social y regulación sanitaria que correspondan al SNS.
Capítulo II De la inspección y vigilancia. Artículo 106. La inspección y vigilancia de las instituciones y sociedades mutualistas de seguros quedará confiada a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud también estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la SSA. Cuando la SSA detecte alguna irregularidad la comunicará a la CNSF	No contiene	No contiene
Artículo 17. La Secretaría de la Función Pública determinará los bienes, arrendamientos o servicios de uso generalizado que las dependencias pueden contratar de forma consolidada. La SFP podrá promover contratos macro. Las dependencias pueden agruparse para adquirir en forma consolidada. Artículo 18. Las adquisiciones, arrendamientos que se pretenden realizar deberán ajustarse al PND y programas sectoriales, los objetivos, metas y previsiones del Presupuesto de egresos de la federación. Artículo 25. Las dependencias y entidades, bajo su responsabilidad, podrán convocar, adjudicar o contratar, arrendamientos y servicios, con cargo a su presupuesto autorizado.	No contiene	No contiene

Artículo 41. Las dependencias podrán contratar adquisiciones, arrendamientos y servicios sin sujetarse al procedimiento de licitación pública a través de invitación a cuando menos tres personas o adjudicación directa XIVcuando se trate de servicios prestados por una persona física. XX Se trate de la suscripción de contratos específicos que deriven de un contrato marco.		
No contiene	No contiene	Artículo 29. El Instituto desarrollará la función prestadora de servicios de salud para las acciones amparadas por el seguro. El Instituto desarrollará también una función financiera de servicios que administra el seguro. Artículo 31. Los servicios médicos los prestará directamente o por medio de convenios que celebre con quienes prestan dichos servicios, preferentemente con instituciones públicas del sector salud. Las instituciones que hubiesen suscrito esos convenios estarán obligados a responder de los servicios u a proporcionar al Instituto los informes y estadísticas que éste les solicite, sujetándose a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancias establecidas por el Instituto. El Instituto, una vez garantizada la prestación a sus Derechohabientes, podrá ofrecer a las instituciones del sector salud la capacidad excedente de sus unidades prestadoras. El Instituto determinará los costos de recuperación.
No contiene	Artículo 89. El instituto prestará los servicios : II: indirectamente, en virtud de convenios con otros organismos públicos o particulares, siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto. Podrá celebrar convenios con quienes tuvieren establecidos servicios médicos, pudiendo convenirse, si se tratare de patrones con obligación al seguro, la reversión de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios.	Artículo 111. El Instituto se coordinará con la SSA y otros organismos públicos, para realizar las campañas y programas a que se refiere el artículo anterior. Artículo 251. El IMSS tiene las facultades: celebrar convenios de cooperación e intercambio en materia de medicina preventiva, atención médica, hospitalaria y rehabilitación con otras instituciones del sector público o del sector social.

	Artículo 209. Para la prestación de servicios el Instituto fortalecerá la coordinación y concertación con instituciones de la administración pública, o con entidades privadas y sociales que hagan posible su acceso a preferencias, prerrogativas y servicios que contribuyan a su bienestar	
No contiene	Artículo 25. Corresponde al Estado la rectoría del desarrollo nacional. La competitividad se entenderá como el conjunto de condiciones necesarias para general un mayor crecimiento económico, promoviendo la inversión y la generación de empleo. El estado planeará, conducirá, coordinará y orientará la actividad económica nacional. Al desarrollo económico concurrirán el sector público, social y privado. Podrá participar por sí o con los sectores social y privado para impulsar y organizar las áreas prioritarias del desarrollo.	No contiene
Artículo 53. Se consideran ilícitas las prácticas monopólicas: III. Dividir, distribuir, asignar o imponer porciones o segmentos de un mercado actual o potencial mediante clientela, proveedores, tiempos o espacios determinados o determinables. Artículo 54. Se consideran prácticas monopólicas relativas: II. Las que lleve a cabo uno o más agentes económicos que individual o conjuntamente tengan poder sustancial en el mismo mercado relevante en que se realiza la práctica Artículo 55. Las prácticas serán ilícitas y se sancionarán si son demostrados los supuestos de las fracciones anteriores, salvo que el agente económico demuestre que generan ganancias en eficiencia e inciden favorablemente en el proceso de competencia económica y libre concurrencia y resultan en una mejora del bienestar del consumidor	No contiene	No contiene

Artículo 93. No se requerirá la autorización de concentraciones a que se refiere el artículo 86 en caso III. Que se trate de la constitución de fideicomisos de administración, garantía o de otra clase en la que el agente económico aporte sus activos, acciones, partes sociales o unidades de participación sin que la finalidad sea la transferencia de dichos activos, acciones, (etc...) a una sociedad distinta.		
Artículo 58. Para la determinación del mercado relevante se considerarán los siguientes criterios: I. Las posibilidades de sustituir el bien o servicios, II. Los costos de distribución del mismo; de sus insumos; de sus complementos, III. Los costos y las probabilidades que tienen los usuarios para acudir a otros mercados, IV. las restricciones normativas que limiten el acceso de usuarios a fuentes de abasto alternativas,		
Artículo 59. Para determinar si uno o varios agentes económicos tienen poder sustancial en el mercado relevante se considerará: I su participación en dicho mercado y si pueden fijar precios o restringir el abasto en el mercado relevante, sin que los agentes competidores pueden contrarrestar dicho poder. II. La existencia de barreras a la entrada y los elementos que puedan alterar dichas barreras como la oferta de otros competidores III. La existencia y poder de sus competidores; IV. Las posibilidades de acceso del o de los Agentes Económicos y sus competidores a fuentes de insumos; V. El comportamiento reciente del o los Agentes Económicos que participan en dicho mercado		
Artículo 4. Corresponde a la SSA emitir las normas a las que se ajustará la prestación de servicios de salud en materia de atención médica	El SNS es la instancia de enlace entre los sectores público, social y privado través de mecanismos de coordinación y concertación de acciones.	Artículo 41. La secretaría de Comercio y Fomento Industrial, establecerá las tarifas a que estarán sujetos los servicios de atención médica sociales y privados, con excepción del servicio personal independiente.

Artículo 13. La SSA establecerá los criterios de distribución de universo de usuarios, de regionalización y de escalonamiento de los servicios, así como de universalización de cobertura.	Artículo 17. Los establecimientos de carácter privado en términos del artículo 44 de la Ley, prestarán los siguientes servicios: I. colaborar en la prestación de los servicios básicos de salud. II. Proporcionar servicios de urgencias en términos de la Ley y el Reglamento;(...) La proporción y términos para la prestación de estos servicios podrán fijarse en instrumentos de concertación entre la Secretaría y los establecimientos tomando en cuenta el grado de complejidad y capacidad de resolución. La participación de los establecimientos privados se basará en las normas técnicas que emita la secretaría	Artículo 118. Será obligación de las instituciones de los sectores público social y privado proporcionar de manera gratuita los servicios en los que se incluya información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar.
Artículo 14. Los criterios de distribución del universo de usuarios y cobertura deben considerar la población abierta, la población que goza de seguridad social, la capacidad instalada del sector salud, así como las normas técnicas.	Artículo 33. En todos los establecimientos de atención médica, a excepción de los laboratorios y gabinetes, podrán ser aplicadas las vacunas que ordene la Ley	Artículo 215 Bis 4. Los establecimientos del sector público que brinden servicios de Atención Médica a Víctimas, deberán establecer los mecanismos que correspondan para garantizar la atención de aquellas víctimas que no sean derechohabientes o beneficiarios de dicha institución, así como para la referencia a otros establecimientos cuando los servicios no puedan ser brindados por el establecimiento.
Artículo 41. La secretaría de Comercio y Fomento Industrial establecerá las tarifas a que estarán sujetos los servicios de atención médica de carácter social y privado, excepto el servicio personal independiente, las cuales estarán de acuerdo con el grado de complejidad y poder de resolución de los mismos.	Artículo 38. Las dependencias y entidades del sector público se ajustarán a los Cuadros Básicos de Insumos. La Secretaría promoverá la adopción de los Cuadros Básicos entre los sectores social y privado.	Artículo 41. La secretaría de Comercio y Fomento Industrial, establecerá las tarifas a que estarán sujetos los servicios de atención médica sociales y privados, con excepción del servicio personal independiente.
Artículo 56. Se entiende por consultorio a todo establecimiento público, social o privado, independiente o ligado a un servicio hospitalario, que tenda como fin prestar atención médica a pacientes ambulatorios.		Artículo 118. Será obligación de las instituciones de los sectores público social y privado proporcionar de manera gratuita los servicios en los que se incluya información, orientación y motivación respecto a la planificación familiar.

Artículo 57. Los establecimientos en los que se presten servicios para el control y reducción de peso se considerarán consultorios.		Artículo 215 Bis 4. Los establecimientos del sector público que brinden servicios de Atención Médica a Víctimas, deberán establecer los mecanismos que correspondan para garantizar la atención de aquellas víctimas que no sean derechohabientes o beneficiarios de dicha institución, así como para la referencia a otros establecimientos cuando los servicios no puedan ser brindados por el establecimiento.
Artículo 58. Las actividades de los consultorios quedarán restringidas al desarrollo de procedimientos de atención médica, que no requieran hospitalización.		
Artículo 59. Los consultorios deberán contar con las siguientes áreas: I. recepción, II. Destinada a la entrevista del paciente, III. A la exploración, IV. Área de control administrativo, V. instalaciones sanitarias y VI las que fijen las normas técnicas.		
Artículo 151. Para las pruebas que se envíen a otros laboratorios, deberán concentrarse convenios suscritos por los responsables y deberán ser autorizados por la SSA con una vigencia de 2 años.		
Artículo 216. La autorización sanitaria es el acto administrativo mediante el cual autoridad competente permite a una persona entidad pública, social o privada la realización de actividades relacionadas con la salud humana. Tendrán carácter de licencias, permisos, registros o tarjetas de control sanitario.		
Artículo 224. Requiere de permiso; VI. La subrogación de servicios de atención médica por parte de establecimientos sociales y privados.		
Artículo 16. [...] La prestación indirecta se realizará bajo convenios de colaboración interinstitucional. La Secretaría proveya el modelo de colaboración interinstitucional para la prestación indirecta de servicios.	Artículo 13. Los regímenes estatales garantizarán la prestación de forma directa a través de los establecimientos de los Servicios Estatales o de forma indirecta a través de otras instituciones del SNS Artículo 16. Para garantizar la prestación de los servicios de salud a la persona del sistema, los Regímenes Estatales podrán brindarlos indirectamente a sus beneficiarios por medio de las instituciones y establecimientos para la atención médica del SNS...	Artículo 20. Los Regímenes Estatales asignarán a cada familia beneficiaria un centro de salud para su atención primaria, y en caso de existir más de opción, se les brindará la facilidad para elegir su unidad.

Artículo 23. Para brindar certidumbre respecto a la calidad, que incluye capacidad y seguridad en la prestación de los servicios del Sistema, los establecimientos requerirán la acreditación correspondiente en los términos de los artículos 77 Bis 9.	Artículo 18. Los Regímenes Estatales considerarán los establecimientos en términos de redes de servicios. Las redes deberán garantizar la continuidad de cuidados, el máximo nivel de resolución en atención primaria, la provisión de medicamentos, la especialización de los profesionales y constituirse sobre la salud y constituirse sobre referencias poblacionales y geográficas.	Artículo 21. Con el objeto de fortalecer a los establecimientos de los Servicios Estatales y establecer criterios homogéneos y transparentes, se formalizarán mediante convenios de gestión, que bajo la forma de acuerdo interno, precisen la cobertura de afiliados, condiciones de calidad, la tutela de los derechos de los usuarios, la asignación de recursos o reposición de fondos para la atención a los beneficiarios, y los criterios de evaluación y seguimiento de sus actividades.
	Artículo 22. Los Regímenes Estatales podrán celebrar convenios para la utilización de infraestructura de otros Regímenes Estatales o de otras instituciones del SNS. Dichos convenios sólo podrán ser suscritos con los establecimientos convenientemente acreditados en los términos a que se refiere el artículo 77 bis 9 de la Ley.	Artículo 31. El Plan Maestro de Infraestructura es un instrumento al que se sujetarán los Servicios Estatales, con el fin de racionalizar la inversión pública en infraestructura y garantizar la operación sustentable, así como definir las características de los centros regionales de alta especialidad.
Artículo 5. A la Secretaría le corresponde: B: la ejecución de políticas de salud y seguridad social del Gobierno con la participación de las siguientes instituciones: I. IMSS, y II. ISSSTE	Artículo 9. Corresponde al Subsecretario de Innovación y Calidad: XIV. Promover mecanismos para fomentar la participación de la sociedad civil, de los sectores público, privado en las acciones de prevención, promoción de la salud y control de enfermedades, así como en materia de salud mental y adicciones;	Artículo 13. Corresponde a la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social: II. Establecer y coordinar los mecanismos de vinculación con dependencias del sector público, poder legislativo y sociedad civil, a fin de colaborar en el desarrollo de los programas y proyectos del SNS.
Artículo 9. Corresponde al Subsecretario de Innovación y Calidad: VIII. Conducir el proceso de evaluación del desempeño de los sistemas nacional y estatales de salud en cuanto a las condiciones de salud, trato adecuado, distribución entre la población y equidad en el financiamiento, así como analizar y proponer alternativas para mejorar el SNS.	III. Conducir las relaciones entre las SSA y otras instituciones públicas y privadas, con el fin de promover las actividades conjuntas que coadyuven a la instrumentación de los programas de trabajo de la institución.	

Artículo 14. Corresponde a la Unidad de Análisis Económico: XIII Elaborar estudios para el desarrollo de nuevas modalidades de financiamiento, aseguramiento, integración de redes de prestación de servicios e incentivos económicos en el Modelo Integrado de Atención a la Salud.	Artículo 28. Corresponde a la Dirección General de Promoción de la Salud: XI. Establecer mecanismos de concertación y colaboración con instituciones públicas, privadas y sociales para la ejecución conjunta de acciones de promoción de la salud, así como de prevención y control de enfermedades y de prevención de accidentes en colaboración con las unidades administrativas competentes; XII. Promover la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos, así como con organismos e instituciones públicas, privadas y sociales para impulsar su apoyo y participación en el desarrollo de las acciones de promoción de la salud, incluidas las relativas a educación y comunidades saludables, de prevención de accidentes y las de prevención y control de enfermedades.	
	Artículo 46. Corresponde al Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA: VIII. Coordinar las acciones de las dependencias y entidades de la administración en lo relativo a los programas de investigación, prevención y control, así como promover la concertación de acciones entre las instituciones de los sectores público, social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas. X. Promover la celebración de acuerdos de coordinación con los gobiernos, así como organismos e instituciones públicas, privadas y sociales, para impulsar su apoyo y participación en el desarrollo de las acciones y control del VIH/SIDA	
Artículo 12. El instituto celebrará convenios de subrogación de servicios médicos en términos y condiciones que dispone la Ley, sus reglamentos y mediante el procedimiento que establezca el Instituto.	Artículo 33. En los casos en que el instituto no cuente con la posibilidad, infraestructura o medios para la prestación de los servicios se podrán celebrar contratos o convenios con personas físicas y morales, públicas y privadas para subrogar los mismos conforme a lo dispuesto en la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios, la Ley de Asociaciones público-privadas	No contiene
Artículo 9. Los Servicios de Atención Médica serán proporcionados en las Unidades Médicas propias y subrogadas, así como en el domicilio del paciente.	No contiene	No contiene
Artículo 18. Corresponde a la unidad Médica que refiere, realizar la gestión ante la unidad receptora y en caso de negativa de atención por saturación o por infraestructura necesaria se podrá subrogar la atención.		

Artículo 35.- La Secretaría General, la Dirección de Administración, la Dirección Médica, la Dirección de Finanzas, las Subdelegaciones Médicas y las Unidades Médicas Desconcentradas, en el ámbito de su competencia, supervisarán la prestación de los Servicios de Atención Médica Subrogados. Servicios Subrogados.- Los Servicios de Atención Médica relativos al seguro de salud y al seguro de riesgos de trabajo, que proporciona el Instituto a través de convenios con organismos públicos o privados, para complementar la prestación de Atención Médica a los Derechohabientes;		
Se entenderá por: I. Contrato de servicios de largo plazo al acto jurídico que involucre recursos de varios ejercicios fiscales, celebrado entre una entidad de la administración pública y un inversionista proveedor mediante el cual se establece la obligación del proveedor de prestar servicios con los activos que este construya, de conformidad con un proyecto para prestación de servicios, y la obligación de pago por parte de la dependencia o entidad.	Es necesario aprovechar la experiencia y los medios de financiamiento e infraestructura con que cuentan los sectores social y privado, y dirigir los recursos públicos hacia las funciones esenciales.	No contiene
4. Para ser considerados como proyectos para la prestación de servicios deben cumplir con lo siguiente: III. La prestación debe hacerse con los activos que el inversionista proveedor construya o provea. 5. Las dependencias y entidades deberán especificar los servicios que pretendan recibir a través de la realización de un proyecto de prestación de servicios. Se podrán incluir servicios que sirvan de apoyo en el cumplimiento a las funciones y los servicios públicos que tiene encomendados.	II. Los servicios que se presten deberán permitir a la contratante dar un mejor cumplimiento a los objetivos institucionales, conforme a las disposiciones aplicables y el PND.	
	5. Dentro de los servicios en el proyecto para prestación de servicios se podrán incluir aquellos que sirvan de apoyo para dar cumplimiento a las funciones y servicios que tienen encomendados. Se excluyen los servicios que deban ser proporcionados exclusivamente por el sector público.	

Reglamento de la Ley de Asociaciones Público Privadas NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello, útero y de la mama en la atención primaria	Artículo 3. La participación de las dependencias y entidades en proyectos de APP prodrá ser mediante una o más de las formas siguientes: I. con recursos federales presupuestarios; II. Con recursos del Fondo Nacional de Infraestructura u otros recursos públicos federales no presupuestarios o III. con aportaciones distintas a numerario	Artículo 5. Las dependencias y entidades a cargo de actividades estratégicas podrán participar en proyectos de APP siempre y cuando tales proyectos tengan por objeto actividades que puedan realizarse por particulares.	No contiene
	No contiene	5.1.11 Todas las instituciones de salud deben capacitar a las licenciadas en enfermería, parteras técnicas, y parteras tradicionales para identificar complicaciones del embarazo, así como proveer facilidades para la referencia y acompañamiento oportuno a los establecimientos para la atención médica. Los partos de bajo riesgo, pueden ser atendidos por enfermeras obstetras, parteras técnicas y parteras tradicionales capacitadas.	No contiene
	No contiene	8.6.3 Los servicios públicos con apoyo de los privados efectuaran campañas para educar a la población sobre alimentación, actividad física, obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular. 8.6.4 Se debe establecer coordinación con los organismos públicos y privados, así como con asociaciones de profesionales de la comunicación a fin de desarrollar acciones tendientes a estimular el cambio hacia la práctica de estilos de vida saludables. 8.7.2 A través de la coordinación de los sectores público y privado, y de asociaciones de profesionales en el campo de la actividad física, el deporte y el acondicionamiento físico, se fomenta la práctica del ejercicio y deporte.	No contiene
	5.5 Las instituciones del Sector Público cuentan con sistemas de información, supervisión y evaluación que permiten verificar la difusión y conocimiento de la norma; en el sector privado la verificación será realizada por la Secretaría de Salud.	No contiene	9.3 Las instituciones del sector público deberán desarrollar el plan único de capacitación y actualización, conforme a los lineamientos elaborados para el programa. 10.4 Los procesos para el control de calidad interno y externo serán homogéneos en las instituciones del sector público.

NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera.	No contiene	No contiene	8.3.3 Las sales de hidratación oral se distribuyen gratuitamente por las instituciones integrantes del SNS con el nombre de Vida Suero Oral y se presentan en sobres para disolver en un litro de agua para beber. También se expenden en farmacias del sector privado.
NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-017-SSA2-2012, PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA.	6.3.8 La coordinación de la ratificación o rectificación de las causas de muerte por causas sujetas a vigilancia corresponde a la SSA bajo la vigilancia de la DGE con la información proporcionada por los sectores público, social y privado. 6.3.9 La ratificación o rectificación de las causas de muerte por padecimientos sujetos a vigilancia epidemiológica que solicite el INEGI se realizará en las Entidades Federativas bajo la coordinación de la DGE con la información proporcionada por los sectores público, social y privado.	No contiene	No contiene
Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-1999, para la prevención, control y eliminación de la lepra	No contiene	6. Especificaciones 6.1.2 Participación social. 6.1.2.4 Gestionar apoyos diversos de organizaciones públicas y privadas para que participen en la rehabilitación del enfermo de lepra con discapacidades.	No contiene
Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones	No contiene	6.2.3.5 Gestionar apoyos diversos de organizaciones públicas y privadas para la ejecución de diferentes acciones para favorecer el desarrollo de los menores y desalentar el uso de sustancias psicoactivas.	No contiene

Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano	No contiene	No contiene	No contiene
Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento	5.2 La atención inmediata al neonato con defectos al nacimiento deberá ser prioritaria y proporcionada en cualquier unidad de los sectores público, privado o social. Una vez que no se encuentre en peligro la vida del recién nacido se procederá a referir a la unidad que le corresponda.	No contiene	No contiene
Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño	11.3 Para el caso de los servicios médicos privados, estos llenarán el formato del Censo nominal de los niños menores de ocho años que sean vacunados y enviarán la información a la unidad operativa del SNS más cercana a su domicilio.	No contiene	6.4.1 Las instituciones de salud de carácter público están obligados a vacunar a los niños menores de quince años de la población cautiva. 6.4.2 Es responsabilidad de las instituciones públicas realizar acciones de control de casos de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación que se presenten en los grupos de población cautiva en su área de responsabilidad. 6.4.3 Los responsables de los grupos de población cautiva participarán en el desarrollo de las actividades de vacunación y control de las enfermedades evitables por vacunación y proporcionarán a las instituciones de su área de influencia la información relacionada a la vacunación y la presencia de casos y efectos adversos
Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial	No contiene	7.4.2.5.3 Los servicios públicos con el apoyo de los privados efectuarán campañas para educar a la población sobre la prevención.	No contiene

Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual	9.2 El estudio de caso deberá ser elaborado por el médico que diagnostica o por el epidemiólogo de la unidad. Todo caso de bocio endémico deberá ser registrado y notificado, de manera semanal. Las unidades del sector privado deberán notificar a la unidad de la SSA más cercana.	No contiene	No contiene
	No contiene	5.1.3.1 Promover la participación de la población, las autoridades, y las instituciones del sector público y privado para estimular la adopción de estilos de vida saludables	No contiene

Anexo 5. Normas Oficiales Mexicanas que contienen y no contienen información.

Contienen información	No contienen información
- NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. - NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. - Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de cáncer del cuello, útero y de la mama en la atención primaria - NORMA Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, Para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera. - Norma oficial mexicana nom-017-ssa2-2012, para la vigilancia epidemiológica. - Norma Oficial Mexicana NOM-027-SSA2-1999, para la prevención, control y eliminación de la lepra - Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones	- RESOLUCIÓN por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar - NOM-006-SSA2-2013, Para la prevención y control de la tuberculosis - NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana - NOM-019-SSA3-2013, Para la práctica de enfermería en el Sistema Nacional de Salud. - NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. - NOM-028-SSA3-2012, Regulación de los servicios de salud. Para la práctica de la ultrasonografía diagnóstica. - NOM-011-SSA3-2014, Criterios para la atención de enfermos en situación terminal a través de cuidados paliativos. - NOM-015-SSA3-2012, Para la atención integral a personas con discapacidad. - NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. - NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

- Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial
- Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño
- Norma Oficial Mexicana NOM-034-SSA2-2002, para la prevención y control de los defectos al nacimiento
- Norma Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano
- Norma Oficial Mexicana NOM-038-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las enfermedades por deficiencia de yodo
- Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual

- Norma Oficial Mexicana NOM-009-SSA2-1993, para el fomento de la salud del escolar
- Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la prevención y control de enfermedades bucales
- MODIFICACION de la Norma Oficial Mexicana NOM-020-SSA2-1994, Prestación de servicios de atención médica en unidades móviles tipo ambulancia, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-237-SSA1-2004, Regulación de los servicios de salud. Atención prehospitalaria de las urgencias médicas
- Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-021-SSA2-1994, para la prevención y control del complejo teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica, para quedar como NOM-021-SSA2-1994, Para la prevención y control del Binomio teniosis/cisticercosis en el primer nivel de atención médica
- Norma Oficial Mexicana NOM-029-SSA2-1999, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de la leptospirosis en el humano
- Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA2-2002, prevención y control de enfermedades en la perimenopausia y postmenopausia de la mujer. Criterios para brindar la atención médica
- Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002, para la prevención, tratamiento y control de las dislipidemias
- Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de la mama
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación
- Norma Oficial Mexicana NOM-166-SSA1-1997, para la organización y funcionamiento de los laboratorios clínicos
- Norma Oficial Mexicana NOM-233-SSA1-1993, 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