

Derechos reservados de El Colegio de Sonora, ISSN 1870-3925

La tensión entre la fragmentación y la integración en la reforma a los sistemas de salud. Un estudio comparativo entre Alemania y México

Ingo Bode*

Jorge E. Culebro Moreno**

Resumen:¹ aquí se explora la evolución reciente de dos sistemas de salud muy diferentes, los de México y Alemania. Se argumenta que el cuidado integral de la salud sigue siendo un problema complejo, sobre todo por la gestión de los sistemas de atención a la salud, a menudo destinada a mejorar el proceso de gobernanza global, lo que implica una tensión entre la fragmentación y la integración. Se revisa la dinámica de regulación y sus fuerzas motrices, con base en categorías generales de carácter organizacional. La orientación analítica general consistió en examinar el efecto de los nuevos modelos de gestión pública en el diseño de las políticas de salud. El resultado fue que los dos sistemas

* Profesor del Departamento de Trabajo Social y Bienestar Social y director del Instituto de Política Social y Organización de los Servicios Sociales de la Universidad de Kassel, Alemania. Correo electrónico: ibode@uni-kassel.de

** Profesor-investigador titular del Departamento de Estudios Institucionales de la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), unidad Cuajimalpa.

Correos electrónicos: jorge_culebro@hotmail.com / jcmoreno@correo.cua.uam.mx

¹ Trabajo presentado en International Research Society for Public Management, en Praga, República Checa, en 2013. Esta parte del artículo es fruto de un proyecto de investigación (Ciudad de México), que trata del impacto de la nueva gestión pública en los procesos de regulación y en el diseño institucional de las agencias reguladoras en el sector, realizado de enero de 2010 a diciembre de 2012; organismos involucrados: UAM y Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

En el caso de Alemania, el artículo forma parte de un proyecto de investigación sobre el cambio de gobierno y del sector hospitalario alemán, financiado por el Consejo de Investigación Alemana.

tienen problemas comunes cuando se aplican reformas similares en su concepción teórica, pero distintas en su implementación.

Palabras clave: reforma a los sistemas de salud, reforma administrativa, nueva gestión pública (NGP), reforma regulatoria, estudio comparativo.

Abstract: this article explores the evolution of two very different health care systems in Mexico and Germany. It is argued that the provision of comprehensive health care remains a complex problem, especially because health care system management is often designed to improve the overall governance process, creating tension between fragmentation and integration. Based on general organizational categories, the dynamics of regulation and its driving forces were reviewed. The overall analytical orientation consisted of examining the impact of new management models on health policy design. Results show that the two different systems share common problems when similar reforms are conceptualized theoretically but implemented differently.

Keywords: health care reform, new public management, administrative reform, regulatory reform, comparative study.

Introducción

Desde hace algún tiempo, la administración del cuidado de la salud se ha enfocado en mejorar la integración de las funciones de gestión y provisión de los servicios. De ahí que las reformas en los sistemas de salud han generado diversas discusiones. Algunos argumentan que cuando los modelos de gobierno, inspirados en la agenda de la nueva gestión pública (NGP), se han aplicado correctamente son susceptibles de generar una mayor integración, es decir, patrones

más homogéneos de la oferta, los seguros y el gobierno. Otros observan, por el contrario, que la proliferación de modelos de NGP –y su posterior perfeccionamiento o revisión parcial– ha hecho más irregular el servicio público en general. En este caso, la separación de funciones (del financiamiento y prestación de servicios) y el fortalecimiento de la rivalidad entre los proveedores se han visto como fuerzas impulsoras hacia una mayor fragmentación.

Paradójicamente, los problemas de integración y unidad derivados de la NGP han sido temas centrales en el debate del marco institucional y el desarrollo de un sistema de atención de salud determinado. La integración de la atención sanitaria es asunto internacional, la agenda de reformas inspiradas en las NGP ha viajado a través de las fronteras (Pollitt y Bouckaert 2011) dejando señales de identidad a lo largo de contextos muy diversos (Simonet 2011). Es cierto que los problemas de la fragmentación pueden materializarse de manera diferente, por ejemplo, en el acceso desigual a la asistencia sanitaria o la complejidad respecto a la calidad de los servicios. Sin embargo, como se verá en este artículo, las complicaciones que surgen en este contexto son cada vez más similares en el ámbito internacional.

El presente trabajo se refiere a las altas expectativas con respecto a las ventajas de una mejor integración de servicios de salud, y a la preocupación por las barreras que existen para lograrlo (Armitrage et al. 2009; Atun et al. 2010; Nolte et al. 2012). La motivación es que gran parte de los estudios sobre el desarrollo de los sistemas de salud han dejado de lado algunas variables organizacionales que son cruciales a la hora de la evaluación de las políticas, y la reestructuración del sector salud (Culebro y Arellano 2012).²

Aquí se toman como ejemplo dos sistemas de salud muy diferentes, los de México y Alemania, para explorar la relación entre la evolución reciente de su regulación, y la repercusión sobre la integración y la fragmentación. Se argumenta que la provisión del cuidado integral a la salud sigue siendo un problema complejo, sobre todo por la situación actual en la gestión de los sistemas de atención de salud, a menudo destinada a mejorar el proceso de gobernanza

² En relación con la política social en salud véase Laurell (1999).

global, lo que implica una tensión entre la fragmentación y la integración. El resultado es algo muy parecido a las llamadas “tareas de Sísifo”,³ para quienes están encargados de implementar y operar el sistema de salud en la práctica.

Según las recientes investigaciones, realizadas por separado en los dos países, el documento no sólo analiza la arquitectura actual de la gobernanza de salud en ambos sistemas; sino que también arroja luz sobre “agendas ocultas” del cambio que los impregna. Mientras que los estudios de caso apuntan a diferencias en cuanto al carácter de los problemas en cuestión, la evidencia sugiere que la misma situación puede influir en sistemas de salud muy diferentes. Esto surge tanto de la serie de reformas en materia de regulación, orientadas al mercado, como de las regulatorias, destinadas a mejorar el rendimiento empresarial, mediante un tipo de gobernanza cuyo eje principal es el funcionamiento del mercado.

En el artículo, primero se exponen algunas consideraciones sobre problemas de integración teórica en la atención de los servicios de salud, así como la relación entre éstos y los debates actuales sobre la complejidad en la gestión pública. A partir de ahí se presentan las configuraciones de gobierno y desarrollos en cuanto a la regulación en los dos sistemas de salud, con énfasis en los intentos por lograr una mayor integración en contextos que han sufrido cambios en la gestión pública en general. Al final se discuten los hallazgos, a la luz del debate teórico revisado.

La integración de la atención de la salud y la gestión pública: consideraciones teóricas

La integración de las unidades funcionales separadas siempre ha sido un gran desafío para la administración pública, pues tienden a cobrar vida propia, una vez establecidas como entidades organizativas distintivas (Hannan y Freeman 1984; Thornton et al. 2005;

³ En la mitología griega las tareas de Sísifo se refieren a un castigo mediante el cual Sísifo debía empujar una piedra por una pendiente, y justo antes de llegar a la cima la piedra descendía para volver a comenzar con la subida.

Fernández Alles y Llamas Sánchez 2008). Algunos estudios señalan que es probable que se produzcan los ajustes respectivos en la administración o provisión de los servicios públicos, derivados de la inercia institucional y organizacional (Wilson 1975; Genschel 1997; Hämäläinen et al. 2012). En el mismo sentido, las relaciones entre organismos y la colaboración en las redes han sido complicadas en esta área en particular. Aquí se pone énfasis en los límites a la colaboración, a través de la repercusión de los intereses y tradiciones institucionales (Benson 1975; Philipps et al. 2000), al que se puede agregar un “choque de culturas” interprofesional (Pippa 2005).

En la literatura sobre la administración pública existe la percepción generalizada de que el gobierno se ha convertido en algo demasiado complejo, incluso cuando se trata de la organización de los servicios tangibles (Rhodes 1996; Jessop 2002; Fenwick y McMillan 2010). La fórmula muy utilizada “de gobierno a gobernanza” (Bellamy y Palumbo 2010) es la expresión más destacada de esta lectura. La visión de la administración pública involucra cada vez más actores en los patrones multifacéticos de intercambio de información, la opinión de la capacidad y las actividades de dirección (incluso a través de redes), la que hace al gobierno menos racional y más complejo que antes (Keast et al. 2006). Se puede argumentar que el movimiento hacia la gobernabilidad pluralizada ha tenido límites (Hysing 2009; Koch 2012). Al igual que las sociedades occidentales, ciertos patrones de gobernanza basados en la red y la dirección de varios niveles han existido mucho antes de que la citada “fórmula” fuera expresada (Bode 2010). Sin embargo, es difícil negar que la integración de los valores dispersos de servicio público sea un tema muy espinoso, cuando el gobierno es de varios niveles.⁴

Como se mencionó en un principio, las recientes reformas de la administración pública a menudo se han justificado con la promesa de mejorar estos procesos. Muchos de ellos se han inspirado en el mantra NGP –y, a pesar de todo, todavía hay muchas voces que las defienden cuando se habla de políticas públicas relativas a la salud

⁴ Cabe mencionar que en este tipo de estudios existen análisis que critican la implementación de las políticas públicas en salud, sobre todo en países de América Latina, como por ejemplo en el caso colombiano (Arellano et al. 2012). Para una discusión más amplia véase Periago (2007) y García et al. (2008).

(Enthoven 2012; Numerof y Abrahams 2013). Tales conceptos contienen la promesa de “atención médica administrada”, en el sentido preciso de los procedimientos administrativos y la oferta que se rigen por los actores o mecanismos que tienen “todo bajo control”, entre ellos sobre cuestiones de calidad y acceso. Es cierto que esta promesa parece atrevida con reformas de la NGP y que a menudo han conducido a una multiplicación de los organismos y procesos de dirección (Osborne 2006; Goldfinch 2009). La reorganización de la prestación de servicios sobre la base de productos y precios, incentivos y sanciones, “de arriba hacia abajo con control”, y la descentralización y externalización estratégica han sido algunas de las medidas adoptadas internacionalmente, en diversas formas y combinaciones (Pollitt y Bouckaert 2011). Sin embargo, se ha alabado la creación de ventanillas únicas y patrones estandarizados de rendición de cuentas, basados en una evaluación más o menos rígida de los resultados, como medidas de adaptación más coherentes con la provisión de servicio público en general.

Al mismo tiempo, el establecimiento de servicios públicos de carácter gerencial y la incorporación de las mejores prácticas del sector privado han motivado en gran medida las reformas de la NGP. El objetivo es vincular directamente los insumos con los resultados, para mejorar el proceso de gobernabilidad. A esta intención se le ha denominado “gerencialización” basada, entre otras cosas, en la implementación de mecanismos orientados al mercado en una forma de coordinación interinstitucional. Por lo tanto, las reformas de la NGP incluyen una gran separación de roles de trabajo previamente unificados y estructurados, con las relaciones interorganizacionales regidas por tipos de contratos diferentes.

Es importante tener en cuenta que la NGP, como concepción, ha abrazado una idea muy compleja –algunos dicen incompatible entre sí– como los instrumentos de dirección desde el principio (Clarke y Newman 1997; Goldfinch 2009). Mientras tanto, hay una percepción generalizada de que esta complejidad, entre otras cosas, ha “matado” a la agenda de la NGP (Fenwick y McMillan 2010), o al menos ha provocado lo que se conoce como políticas “post-NGP”. Por lo tanto, la estrategia del llamado gobierno unido o *joined-up government* en algunos países se ha visto como piedra angular de la configura-

ción de un “post-NGP” (Bogdanor 2005). Además, existe evidencia de que las estructuras de gestión que presentan las responsabilidades descentralizadas y organismos empresariales locales se han revertido parcialmente hacia patrones de coordinación más centralizada y en la supervisión.

Christensen y Laegreid (2011) consideran que en general persisten los patrones de gobernanza, establecidos en la NGP, y que los programas “post-NGP” han creado una mayor complejidad, además de las estructuras híbridas, ya expuestas por estos autores. Por supuesto, debatir hasta qué punto tiene sentido hablar de una agenda de “post-NGP” es una cuestión empírica, después de todo, en especial a la luz del hecho de que muchas reformas de la NGP ya habían mostrado un carácter mixto (o híbrido). Es importante destacar, sin embargo, las dudas mencionadas en la discusión sobre la NGP (y sus seguidores) para aportar mayor coherencia a los sistemas de salud.

En este contexto, para las políticas destinadas a mejorar la integración de la atención de la salud, la consistencia de los criterios principales para el sector público de gestión sigue siendo una tarea delicada. A la luz de la discusión anterior, no está claro cómo pueden continuar los intentos de coordinar mejor las unidades funcionales independientes en la administración y la prestación de asistencia sanitaria. Quizá proporcionar una integración sistemática de la administración de salud y suministro implica tratar con un *wicked problem* (problema perverso). En su conocida definición, Rittel y Webber (1973, 160), al ver las complejidades de la planificación social, se refirieron a “problemas perversos” como configuraciones, cuya solución demuestra un conocimiento escaso, los objetivos son plurales y su naturaleza (la relación entre la causa y efecto) aparece difusa.

Estudios de los casos México y Alemania

Nota metodológica

En este artículo, el diseño subyacente de la investigación fue el de los estudios de caso mediante el análisis comparativo cualitativo (Mangen 2004; Mahony 2007). Con base en la problemática mencionada (integración de la salud en la era de las reformas de gestión), los

casos se revisaron en la dinámica de regulación y sus fuerzas motrices con base en categorías generales, que incluyen: a) normas principales relacionadas con la integración de la atención sanitaria; b) la naturaleza de las organizaciones que participan en la regulación (con respecto a su ubicación en el sistema de regulación); c) las iniciativas regulatorias, además de la integración en la gestión y el suministro de servicios; d) las relaciones entre estas iniciativas y medidas susceptibles de “gerencialización” y e) los instrumentos destinados a garantizar la coordinación entre las unidades del sistema de atención de salud (el término gobernabilidad se usará para referirse a problemas de coordinación). El enfoque analítico general de los dos casos consistió en examinar el efecto de los nuevos modelos de gestión pública en la orientación de las políticas hacia una mayor integración de la atención sanitaria. El ejercicio resulta pertinente, primero porque son pocos los estudios que emplean el análisis organizacional para analizar políticas públicas de modernización en los sistemas de salud, por lo que se acentúa su relevancia teórica y conceptual (Ragin 1987) y, en segundo lugar, por los resultados que pudieran extrapolarse o abrir líneas de investigación novedosas en esta área.

En cuanto a la metodología, la evidencia proviene de entrevistas con expertos clave del sector que, en el caso de México, son miembros de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) y del gobierno federal y estatal. En Alemania se entrevistó a los actores clave de la infraestructura institucional. Además, las observaciones se basan en una revisión de documentos públicos, como los lineamientos oficiales, además de la legislación de los dos sistemas de atención de salud. El material se interpreta y se utiliza mediante el análisis de contenido (Hsieh y Shannon 2005).

México

Características generales del sistema de atención de salud

El sistema de salud mexicano muestra una gran desigualdad en el acceso a los servicios, en especial para quienes no están inscritos en un plan de seguridad social (Frenk et al. 2009; Knaulet al. 2012).⁵

⁵ Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el gasto extra es excesivo (45 por ciento del gasto total en salud es público, mientras que los hogares

Además, presenta una serie de deficiencias organizativas y de baja calidad en la prestación de servicios de primer nivel. En general, se considera como un sistema integrado verticalmente, moldeado por diferencias considerables entre los estados.

En cuanto a su estructura general, el sistema está compuesto por dos grandes pilares: las agencias de salud pública (federal y locales) y organismos privados. El marco normativo es muy complejo, y abarca una gran variedad de unidades organizativas. El sistema de salud en el sector público comprende dos áreas principales que no se complementan en la práctica ni en las finanzas. Hay un pilar de la seguridad social que incluye esquemas de financiamiento diferentes —principalmente el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para los empleados estatales, y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los del sector privado—, y un conjunto de agencias controladas por la Secretaría de Salud (ss). Estos dos campos se complementan con el sector privado (seguros y proveedores). En el pilar de la seguridad social, las unidades de salud son parte de un conjunto mayor de servicios de asistencia social, que proporcionan, entre otras cosas, el cuidado infantil y de maternidad. Este no es el caso con el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS).

En consecuencia, debido a una mera integración vertical del sector, la oferta de servicios de salud en México está muy fragmentada. Hay dos grandes categorías de ciudadanos, en la primera están las personas con cobertura de seguro (alrededor de la mitad de la población), la mayoría recibe atención de las instituciones de seguridad social, es decir, los trabajadores asalariados. En la segunda están los ciudadanos cubiertos por los servicios de las unidades de salud, controladas por la ss federal y de los estados y por otros programas entre los cuales está el llamado “Seguro Popular” (SP), que es el más importante. En cuanto al financiamiento, el IMSS e ISSSTE reciben con-

privados cubren otro 45, la cantidad de prepagos es de sólo 3 por ciento). Con más o menos 6 por ciento del producto interno bruto (PIB) destinado a la salud, México se ubica por debajo de Argentina, Brasil y Costa Rica. En cuanto a la cobertura, hay dos secciones principales de la población: a) la que cuenta con cobertura de seguro (incluye los planes privados), lo que representa alrededor de la mitad y b) la no asegurada, a cargo del Sistema Estatal de Salud y el Seguro Popular (OCDE 2005).

tribuciones de los trabajadores, del gobierno y de los empleadores. Para el *SP* hay una “tarifa social” del gobierno federal, una subvención de los estados y la contribución familiar, que es pequeña y voluntaria.

En cuanto a las estructuras, la atención primaria está poco desarrollada mientras que los servicios de hospitalización son más extendidos, pero a pequeña escala y en especie.⁶ Los hospitales públicos tienen poca autonomía, y una gran parte de sus recursos se utiliza para pagar a los empleados (OCDE 2005). Cada institución de salud pública gestiona sus propios recursos, cuya base en general es muy débil, en términos de personal y unidades que prestan, en comparación con otros países de la OCDE, gran parte del financiamiento se destina al gasto corriente y poco a la inversión. Los sueldos para el personal médico son bajos, si se comparan con los del sector privado, aunque tienen otro tipo de prestaciones superiores a las de los particulares.

En relación con la gobernanza, la supervisión y la regulación está compartida entre la autoridad federal y las estatales, aunque el poder reglamentario general le corresponde a las primeras. Mientras que la autoridad máxima recae en el Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud federal es responsable de la coordinación de todo el sistema. También implementa el proceso de descentralización administrativa y coordina todos los programas del Estado federal, como el Nacional de Salud (de acuerdo con la Ley General de Salud), además del reglamento relativo a la oferta de servicios y las condiciones sanitarias, así como la prevención de riesgos. Sin embargo, las representaciones locales juegan un papel importante, cuando se trata de la prestación de servicios.

Debido a la extensión de las competencias, la coordinación se garantiza mediante contratos especiales o acuerdos entre las autoridades federales y locales, en particular en relación con la distribución de los recursos financieros. Por lo tanto, en México la *SS* se encuentra en la parte superior de la gestión de salud, sin embargo, existen y conviven diversas leyes y marcos financieros, que incluyen

⁶ México destina 33 por ciento de su gasto total a la atención de la salud en los servicios de hospitalización (31 se dedica a la atención ambulatoria y 22 a los medicamentos).

al IMSS e ISSSTE, así como al esquema de las unidades responsables de los ciudadanos sin cobertura de seguridad social, supervisado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Por otra parte, uno de los aspectos más relevantes de coordinación son los convenios por el “Seguro Popular”, y consisten en contratos anuales con los estados para instruir a las agencias estatales con recursos etiquetados para el Régimen Estatal de Protección Social en Salud (REPSS). Estos acuerdos incluyen un conjunto de obligaciones e incentivos para que los gobiernos locales utilicen los fondos federales, así como los mecanismos que garanticen control nacional. Sin embargo, la capacidad institucional de la CNPSS es débil, cuando se trata de aplicar sanciones a los REPSS locales, que no cumplen con las disposiciones respectivas (Arellano et al. 2011 y 2012).

Los avances en la regulación

Si bien las bases de un sistema de salud pública se establecieron hace muchas décadas (después de la Revolución), que incluye un sistema de asistencia social administrado por un departamento especial del gobierno, fue hasta 1943 cuando se creó la Secretaría de Salud y Asistencia. Desde entonces ha habido una tensión continua entre dos modelos de regulación: asistencia social por una parte, y un amplio régimen de seguridad social, por la otra. Aunque este último fue imponiéndose, en el terreno conceptual, los dos han coexistido en un sistema muy fragmentado exhibiendo algunas grandes divisiones horizontales y verticales. Este sistema también muestra un cierto grado de descentralización (Homedes y Ugalde 2005), y algunos preceptos normativos del pasado han formalizado la mencionada fragmentación. El pilar de seguridad social abarca al llamado derechohabiente (el derecho legal), que tiene una estructura financiera y organizativa propia. Lo mismo ocurre con la ss federal y las autoridades locales, controladas por el gobierno, destinadas a cubrir a aquéllos sin seguro formal. Más allá del sector público está el privado, con una regulación débil (OCDE 2005).

En las últimas décadas, el sistema se ha visto envuelto en una serie de transformaciones, motivadas por presiones internas, como la demanda creciente de mejores servicios, así como por las influencias

externas, cuya tendencia ha sido incluir mecanismos de mercado en la gestión de la asistencia sanitaria internacional. Estas presiones inspiraron las reformas de la década de 1980; la primera de ellas estuvo destinada a ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la provisión de servicios. En este contexto se produjo una primera ola de descentralización dando lugar a la delegación de algunas funciones a los estados. Además, la Secretaría de Salud y Asistencia cambió su nombre por el de Secretaría de Salud. Una segunda generación de reformas se promulgó durante los años noventa, en el contexto de los programas de asistencia social dirigidos a mitigar la pobreza. Sin embargo, la iniciativa más importante se llevó a cabo a principios del nuevo milenio, con la creación del SPSS y su rama, el SP. Se pretendía lograr una cobertura universal y una mayor protección a la población no asegurada. Además, se elaboraron varios instrumentos de planificación y evaluación del desempeño en cuanto a la gestión del sector de la salud (Fundación Mexicana para la Salud, FUNSALUD 2006; SS-CNPSS 2005; Gobierno Federal 2007; Jaramillo 2007).⁷

Estas reformas se inspiraron en la ortodoxia de la NGP. Sus objetivos generales consistían en proporcionar seguros como la protección a la hasta entonces no asegurada población, crear una cultura de pago de los beneficiarios y reducir el número de familias empobrecidas, cuando se enfrentaran a los gastos de atención de salud extremadamente altos (ss 2006, 27). La ejecución del SP también estaba destinado a aliviar las presiones financieras causadas por los cambios en la pirámide de edad de la población, y por la evolución epidemiológica (Ibid. 2006).

Las reformas mostraron efectos diferentes y consecuencias inesperadas. La primera y tal vez la más importante fue la escisión del sector, que separó las funciones de financiamiento y prestación de servicios, que fue el caso de la CNPSS. Esta comisión funciona como un organismo de financiamiento del SP a escala nacional, mientras que las instituciones de los estados o REPSS son responsables de la contratación de proveedores de atención médica. Una herramienta esencial es una lista de enfermedades llamadas catálogo universal de

⁷ Cabe mencionar que existieron otros ejes, como equidad y calidad durante el Gobierno de Vicente Fox, aunque después prevaleció la protección financiera con el de Felipe Calderón, sin que esto significara que toda la reforma giraba alrededor del SP.

servicios de salud (CAUSES) (CNPSS 2010), que comprende una amplia gama de tratamientos para enfermedades graves, con el número de trastornos incluidos aunque es bastante limitado.

Por otra parte, las reformas han ido de la mano con nuevos mecanismos de coordinación e integración de los diferentes niveles de gobierno, que incluyen acuerdos entre la CNPSS y los REPS. Estos últimos concebidos como organizaciones híbridas responsables de la compra local de servicios y el desarrollo de la infraestructura regional. Los REPS han adoptado diversos hábitos, que en algunos casos recurren a herramientas de gestión para la evaluación de la producción y para el pago basado en el rendimiento (Soberón Acevedo y Valdés Olmedo 2007). Un efecto adicional de las reformas ha sido el fortalecimiento de la especialización horizontal y vertical, así como la transferencia de responsabilidades a los estados, en el proceso de gobernanza global. Así, se creó un conjunto de organizaciones de propósito único, cada uno con una responsabilidad reguladora distintiva –ya sea para fines regulatorios, como en el caso de la Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) o eminentemente financieros como la CNPSS.

El sistema regulatorio actual se ha convertido en una red compleja de instituciones y organismos, que operan en distintos niveles y con diferentes poderes y responsabilidades. Este “diseño del sistema” es el resultado no sólo de las reformas recientes, sino también de una larga y arraigada estructura institucional, que se caracteriza por la segmentación creciente de sus componentes principales (muy heterogéneos), y por los movimientos hacia una mayor integración, en particular mediante medidas destinadas a mejorar la cobertura de su plan y establecer organizaciones de propósito único. Las reformas se han orientado a la creación de mecanismos institucionales de una coordinación horizontal entre organismos similares y de una vertical, a través de diferentes instancias de gobierno. Por otra parte, se han creado diversas técnicas de gestión, con la expectativa importante de que esto daría un mejor rendimiento y un uso más eficiente de los recursos públicos.

El establecimiento del SP se produjo en un proceso de aprendizaje experimental, con asistencia de organizaciones internacionales como el Banco Mundial y los distintos órdenes de gobierno. La

idea clave era asegurar una mayor especialización e integración, que incluyera la separación del financiamiento y la prestación de servicios. Por esta razón el SP se ha convertido en una red con una doble identidad, que opera como un ente regulador y financiador. Los REPS están destinados a influir en los actores públicos y privados en todos los sectores y, aunque con un desarrollo desigual, se han convertido en un modelo para la diferenciación de las funciones de prestación de las finanzas, los seguros, la gestión y el servicio. Sin embargo, el SP ha sido criticado, ya que la forma en que funciona genera fuertes incentivos para mantener un estado de informalidad entre los beneficiarios (Levy 2008). Por otra parte, la contratación abierta entre los sectores público y privado representa un típico instrumento de orientación de la NGP, que hasta el momento se tambalea, con algunas excepciones, como el caso de Jalisco (Arellano et al. 2012).

En conjunto, las reformas recientes han fomentado una mayor desintegración del sector salud mexicano. Desde la década de 1990, todo el sistema se rige por la “Ley General de Salud”, pero su aplicación ha sido muy problemática debido a la fragmentación financiera y de organización. Las llamadas instituciones de propósito único provocan una mayor segmentación y atomización. Por lo tanto, con respecto a la gobernabilidad de los procesos internos, hay dos entidades reguladoras principales, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, destinada a resolver los conflictos entre las partes interesadas del sistema, y la COFEPRIS, cuya misión es la prevención de riesgos sanitarios, aunque poseen capacidades reguladoras débiles (OCDE 2005). Aquí se puede ver que las funciones reguladoras han recaído en entidades separadas: la SS, considerada una autoridad pública central, la COFEPRIS y la CNPSS, y las instituciones de proveedores (con desacoplamiento financiero). El resultado de todo esto es que la complejidad y la hibridación cada vez son mayores dentro de toda la estructura administrativa del sistema de salud (Culebro y Arellano 2012).

Alemania

Características generales del sistema de atención de salud

En contraste con el sistema de salud mexicano, su homólogo alemán es menos heterogéneo (para una revisión, véase Porter y Guth

2012); dentro de su arquitectura administrativa hay un pilar fundamental de la seguridad social, los llamados fondos de enfermedad (*Krankenkassen*), agencias con amplia regulación pública en materia de financiamiento y derechos, que cubre a 90 por ciento de la población. Además, hay una periferia que abarca a los seguros privados (sobre todo para los ricos) y un régimen de funcionarios a cargo de las divisiones territoriales del Estado; estos planes sólo cubren a 10 por ciento de la población.⁸ En este sentido, hay una fragmentación estructural (Thomson y Mossialos 2006). Es importante destacar que dichas agencias de salud, sin fines de lucro, gestionadas por representantes de los afiliados (y sus empleadores en muchos casos), compiten por captar a los inscritos en el sistema, y tienen un margen de maniobra muy limitado, con respecto a los procesos administrativos, de la gama de servicios que reembolsan (Bode 2010).⁹ Al resultado de esto se le puede denominar segmentación suave.

En cuanto a la prestación de servicios, el sistema abarca un gran sector ambulatorio con médicos generales y especialistas. Por lo común, los médicos tienen una clínica privada independiente e individual; sin embargo, están obligados a establecer convenios colectivos con los fondos de enfermedad (como contribuyentes). Disposiciones similares se aplican a otros proveedores de servicios para pacientes externos (ayudas terapéuticas, fisioterapeutas y similares). Los hospitales tienen muy poco peso en la atención primaria en Alemania. En cuanto a su estado formal, existen fuertes divisiones institucionales en materia de propiedad y el gobierno corporativo. Los proveedores municipales, tanto los que no tienen fines de lucro como los comerciales tienen partes iguales, la gran mayoría de ellos presta servicios en el marco del seguro de salud social. En general, el sistema de salud alemán exhibe una estructura administrativa unificada, aunque con algunas divisiones internas.

⁸ Los socios disfrutan de algunos privilegios con respecto a la conveniencia y la oportunidad de los tratamientos, por ejemplo.

⁹ La competencia entre los fondos de enfermedad parece generar ligeras diferencias en la cobertura. Por lo tanto, al parecer hay ventajas informales para los inscritos en los fondos más prósperos (relativas a los derechos a los recursos terapéuticos, por ejemplo). Además, aunque en menor medida, hay casos de este tipo a escala regional, donde se encuentra la planificación hospitalaria.

Con respecto a la gobernabilidad, existe una gama nacional de fondos de enfermedad, cuyo cometido es aclarar las normas y los procesos definidos por la Ley Social. Lo que es más, también participa en las actividades de los consejos en los que las medidas reguladoras se acuerdan con las federaciones de los proveedores. En este sentido, el sistema de salud alemán destaca internacionalmente por haber establecido una “infraestructura institucional” completa (Bode 2012b) durante el periodo de la posguerra. El resultado es un alto grado de autoadministración de colaboración en todas partes. En particular, el Comité Federal Conjunto (*Gemeinsamer Bundesausschuss*) funciona como “agencia de integración” horizontal en la que compradores, proveedores y representantes de organizaciones de usuarios tienen participación limitada en cuanto a voz y no con el voto. En la regulación del día a día, el Ministerio de Salud es más un jugador de veto; aunque con poderosas prerrogativas formales en relación con la legislación, el Estado federal habitualmente acepta las políticas de salud con las partes interesadas del sector. Esta es una razón de por qué a este sistema se le conoce como “corporativista” (Bode 2012b).

Una buena parte de los procesos de gobierno funciona a través de la especialización horizontal. Un ejemplo típico de esto son los acuerdos en materia de aseguramiento de la calidad. Sin embargo, la coordinación también opera en forma vertical, a través de “contratos duros”. Mientras que el sector de la atención ambulatoria está cubierto por un acuerdo nacional (en los presupuestos y reglas de pago), los recursos de los hospitales se fijan en procesos de negociación locales, sobre la base de los resultados económicos, en términos de número y tipos de trastornos tratados (de acuerdo con un esquema de “grupos relacionados con el diagnóstico”). Hay poca coordinación jerárquica por parte del Estado, pero en las últimas dos décadas la gobernanza del mercado se ha convertido en la hermana pequeña del corporativismo.

Los fondos para la planificación tradicionalmente se han limitado a la atención hospitalaria. En la actualidad, la construcción de infraestructura a menudo se deja a la dinámica de la oferta y la demanda. Por lo tanto, los médicos ambulatorios son más o menos libres para decidir dónde abrir su práctica. En cuanto a los hospitales, parece

que los planes presentados por los estados tienen un efecto limitado en términos de desarrollo de capacidades. Al mismo tiempo, existe un interés creciente entre los expertos y actores de gobierno en la mejora de la colaboración intersectorial. En este contexto, un informe reciente del comité asesor más importante (*Sachverständigenrat*) del gobierno alemán, el *Koordination und Integration* (SVR 2009), señaló los problemas de la fragmentación y la redundancia en el suministro de servicios.

Los avances en la regulación

La normatividad reciente ha abordado los problemas de integración de diversas maneras. Por el lado de la demanda, Alemania ha visto el final del universalismo como la inscripción en el seguro médico, que se ha convertido en obligatorio para los trabajadores autónomos, así como el que sólo es posible en el sector privado (en este caso, las compañías de seguros tienen que ofrecer una tarifa básica con una cobertura estándar). Por lo tanto, la cobertura de seguro de salud se puede ver como un elemento integrador de la “ciudadanía social” en el Estado de bienestar alemán contemporáneo (Bode 2012a), con independencia de las pequeñas diferencias mencionadas en la generosidad de la cobertura.

En cuanto a los reglamentos relativos a la oferta, las divisiones mencionadas resultan muy importantes desde el punto de vista de los proveedores. Es cierto que ha habido intentos de ampliar el ámbito de la “infraestructura institucional”, con la garantía de calidad que es un tema importante (Sauerland 2009). De acuerdo con la evaluación comparativa, a través de los proveedores y de los sectores, los resultados de salud están diseñados para ser más uniformes en lo referente a la calidad del servicio. En comparación con el pasado, las actividades respectivas de la agencia reguladora central, el mencionado Comité Federal Conjunto, se han vuelto mucho más exhaustivas desde la década de 1990. En el contexto de la prestación de servicios de salud, entonces se ve un número creciente de normas regulatorias, dirigidas a una “integración de sistemas” más amplia.

Sin embargo, al mismo tiempo, la división comprador-proveedor —es una característica que lleva largo tiempo en el sistema de salud

alemán— se ha orientado más al mercado. Como la presión competitiva sobre los proveedores en general se ha tornado más fuerte, los intereses creados parecen más relevantes en el proceso de gobierno. Mientras que, históricamente, los contratos entre compradores y proveedores se han basado, en gran medida, en los convenios colectivos, las nuevas regulaciones se han individualizado. En el ámbito de la atención hospitalaria, de acuerdo con las regulaciones vigentes para unos veinte años, los fondos de enfermedad pagan precios uniformes a los proveedores que incurren en el riesgo económico de la demanda (Bode 2012b). En la misma línea, pueden comprar acciones de los medicamentos genéricos, para sus afiliados con una compañía farmacéutica (después de la licitación), y los contratos individuales también se pueden cerrar con los proveedores de ayudas terapéuticas (en el ámbito local). En particular, en las oportunidades de una “contratación selectiva” es probable crear mayor diferenciación dentro de un sistema médico determinado, en cuanto al contenido de la prestación del servicio.

Lo mismo ocurre con las HMO-like,¹⁰ con “proyectos de atención integral”, con regulaciones especiales aplicadas durante los años noventa. Éstos se basan ampliamente en una “atención médica administrada”, lógica (Nolte et al. 2012). Los llamados fondos de enfermedad adquieren paquetes de prestación de servicios con un grupo de proveedores de diferentes sectores (cuidado de los ancianos, las compañías farmacéuticas, hospitales). La clave para esto son los intereses económicos de los contribuyentes, que tratan de conseguir “servicios más baratos”, así como los de los proveedores que tengan la intención de asegurar la demanda de sus servicios distintivos. Esta “contratación selectiva”, que hasta ahora sólo incide en una pequeña parte del sistema de salud alemán, se ajusta a una política más general de los fondos de enfermedad que sólo ejercer presión para extender las respectivas oportunidades legales, por ejemplo los contratos (P4P) (*pay for performance*) o de pago-por-desempeño.

Recientemente, el gobierno estableció una nueva agenda, y se la confió al Comité Federal Conjunto, para diseñar propuestas innova-

¹⁰ En Estados Unidos, la compra selectiva de servicios es una actividad de las llamadas organizaciones de mantenimiento de la salud que tienen una larga historia.

doras en materia de calidad y regulación intersectorial. De tal forma que mientras se impulsa el sistema de regulación y competencia, también se facilita el desplazamiento de las responsabilidades del cuidado de la salud de un sector a otro (por ejemplo, dar de alta antes en los hospitales) surgió la idea de desarrollar esquemas de medición, para un paciente determinado, con la colaboración relativa de los proveedores que participan en los resultados reales de calidad. Puesto que los problemas técnicos parecen ser considerables, desde 2013 ha habido deliberaciones encontradas, además de preocupaciones profundas entre los proveedores. En efecto, cuando éstos se exponen a tales sistemas, tienen miedo de que los malos resultados se atribuyan a su actividad particular. Por lo tanto, son muy reacios a aceptar esquemas de garantía de calidad transectorial. Entre otras cosas, porque existe una fuerte rivalidad económica entre los pacientes hospitalizados y los proveedores de atención ambulatoria, por lo común considerados como candidatos clásicos para la colaboración intersectorial en salud. Los servicios ambulatorios ofrecen cirugía ambulatoria, mientras que los hospitales están funcionando y prestan servicios ambulatorios “centros de servicios médicos”. Todos están ansiosos por proteger sus propios mercados. Lo que se ve es la consecuencia “separatista” de la regulación inspirada en la NGP de un sistema de salud no estatal centralizado (Mosebach 2009).

Una importante “agenda oculta” detrás del mencionado proyecto es la idea de la difusión de la remuneración por desempeño. En Alemania, esta última parte se aprobó como principio regulatorio por mayoría de los principales partidos políticos y economistas de la salud, incluso por los que asesoran al gobierno (SVR 2012). En la atención hospitalaria, el gobierno ha examinado en varias ocasiones las disposiciones respectivas. Los proveedores y los estados se oponen a esta medida; la primera preocupación es que haya una mayor presión de pagarés, mientras que los estados tienen un mandato legal para garantizar la prestación del servicio cuando los proveedores fallan (que puede ocurrir en un escenario de remuneración basada en el rendimiento). Es muy probable que se produzca la integración de salud, una vez que dicho plan se establezca, ya que tanto la contratación selectiva como los pagos diferenciados dificultan la prestación de servicios uniformes, lo que lleva a una mayor fragmentación del sistema de salud.

La compleja situación del sistema de salud alemán en materia de prestación de servicios integrados ha puesto de manifiesto un mayor desarrollo. Desde principios de 2013 se ha dado una dura disputa sobre la aplicación de la ley antimonopolio a los fondos de enfermedad, con el fin de poner límites a la capacidad de negociación de estos últimos en el nuevo “negocio de contratos”. El gobierno, con el apoyo de proveedores institucionales, redactó un reglamento al respecto, mientras que los partidos de oposición nacionales rechazaron este proyecto, junto con los fondos de enfermedad. Al parecer, existe una tensión entre la mercantilización progresiva del sistema de salud alemán y la expectativa de que los fondos de enfermedad –tanto en sus relaciones mutuas como en su conexión con los proveedores– colaboren para el bien público, “comúnmente y de manera uniforme”, como se estipula en la Ley Social. El resultado de esta diferencia no está clara hasta el momento, sin embargo, ilustra cómo los mecanismos destinados a asegurar la integración de la salud están sujetos a grandes fuerzas compensatorias.

Discusión

En relación con la información presentada, desde una perspectiva comparativa y con especial atención en las categorías de investigación mencionadas, los dos casos son indicativos de tendencias similares como era de esperarse, dentro de una gran variedad institucional.

En ambos países, las políticas están orientadas hacia una mayor integración de la atención a la salud, sin embargo, con objetivos diferentes. En México, las reformas se dirigieron a brindar un acceso más universal a la prestación del servicio, mientras que en Alemania se centran principalmente en la calidad del servicio. Las instituciones que se transformaron por las reformas son diferentes; en Alemania, los procesos de reestructuración se dirigen a los proveedores, en México se están concentrando en la organización administrativa del sistema de salud.

Sin embargo, el cambio institucional lleva una tendencia similar en las dos naciones. Si bien las reformas son sobre países concretos en términos técnicos (en México, el fortalecimiento del segundo pi-

Figura 1

Comparación de los cambios y tensiones entre México y Alemania

	México	Alemania
"Las políticas de integración" orientadas principalmente hacia:	Cobertura y protección universal	Calidad de servicio
Las principales instituciones	Organizaciones de administración	Proveedores
El desarrollo clave de las regulaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento en la evolución del segundo pilar (público) - Creación de diversos organismos reguladores horizontales - Opciones para la contratación y el desarrollo de herramientas de gestión para la evaluación del desempeño 	<ul style="list-style-type: none"> - Mercantilización del comprador-proveedor, dividida en el pilar principal - Pasos hacia la regulación en un contexto mayor - Contratación selectiva con P4P, para gestionar atención integral
Los dilemas	<ul style="list-style-type: none"> - Unificación por pilarización institucionalizada - Coordinación horizontal más fuerte con mayor fragmentación de procedimiento (muchos organismos con una sola función) - Nuevas fragmentaciones potenciales, a través de opciones selectivas de contratación 	<ul style="list-style-type: none"> - Los fondos de enfermedad como la integración y la desintegración de las agencias en la organización administrativa - Mejorar la coordinación horizontal con la competencia profesional más fuerte - Normas integradas en la calidad del servicio con ganas de crear resultados desiguales, a través de de la fragmentación
La gestión pública en contexto	NGP y post-NGP dentro de un sistema pilarizado	NGP dentro de un sistema plural
El escenario potencial	Sistema unificado, pero dividido internamente	Sistema regulado más ampliamente y más mercantilizado

Fuente: elaboración propia.

lar público y la creación de organismos reguladores horizontales; y, en Alemania, pasos hacia la regulación en un contexto en el área de aseguramiento de calidad); para ambos, los fondos de herramientas de la NGP son de gran importancia. Se espera que las principales unidades de la administración de salud mexicana puedan embarcarse en la contratación profesional libre y en la evaluación del desempeño sistemático, y su homólogo alemán se ha puesto en el camino de la mercantilización de la división comprador-proveedor (en el pilar de la seguridad social). No obstante, Alemania ha ido mucho más lejos en cuanto a la prestación de servicios basados en contratos, ya que tanto los instrumentos como los contratos selectivos (algunos con P4P) y la atención integrada han conseguido añadir los acuerdos corporativos de muchos años. Ambos países han visto intentos de ampliar el espacio para la regulación horizontal mejorada. En México se han creado una serie de comisiones para este fin, mientras que los cuerpos corporativos en Alemania se han involucrado de manera más amplia en las políticas de control de calidad.

Lo que es más, hay dilemas de integración y fragmentación en ambos países, independientemente de las diferencias existentes en la estructura institucional o el estado de desarrollo. En cuanto a México, este dilema se resume, en primer lugar, a un proceso de unificación a través de la pilarización institucional, con la creación de un aparato adornado, solitario y permanente para los no asegurados. En segundo, este aparato tiene la intención de contratar servicios de acuerdo con las oportunidades existentes, que son propensas a la prestación del servicio segmentado. Junto con esto, en tercer lugar, las reformas contemplan una mayor coordinación (horizontal), incluidos los organismos de una sola función que desempeñan acciones reguladoras. Las tensiones son muy visibles también para el sistema alemán, que ha visto mayor potencial de diferenciación interna teniendo en cuenta las opciones mejoradas para la contratación selectiva, así como una competencia profesional fuerte. También ha habido intentos simultáneos de asegurar una mayor coordinación horizontal, sobre todo en el área de control de calidad. Si bien existe una preocupación por una calidad del servicio más comprensiva y universal, las herramientas empleadas para lograrlo están propensas a crear una mayor fragmentación de con-

tratación competitiva, que conduce a resultados variados a través de la visión del proveedor.

Tanto la NGP como la “post-NGP”, que se aplican a un sistema pilarizado o plural del cuidado de la salud son casos emblemáticos. La razón fundamental del mantra NGP parece imperar en ambos países, aunque en forma diferente. Sin embargo, los patrones observados sugieren que la capacidad institucional parece ser un factor crítico cuando se trata de la implementación de las reformas, e incluso puede ser más importante que el contenido de las regulaciones.

Conclusiones

En los últimos años destaca la búsqueda de una mejor coordinación y prestación del servicio universal de salud en la agenda internacional, ejemplificada por los casos de estudio en este trabajo. Sin embargo, cambiar los sistemas altamente diferenciados de atención de salud siempre ha sido un reto difícil, sobre todo cuando los reguladores luchan por una mayor “integración de sistema”. Las reformas no sólo tienen que hacer frente a la inercia propia de las unidades funcionales, bien arraigadas de la administración pública, sino que también se establecen en un contexto de gestión pública propensas a crear más complicaciones. Desde hace algún tiempo, este contexto está más o menos en forma por el mantra NGP, que incluye la recalibración de las primeras reformas impulsadas para las NGP, pero también exhibe elementos básicos de la nueva gestión pública cada vez más arraigada en la configuración actual del sector público.

En muchos aspectos, las principales reformas regulatorias han tenido efectos de desintegración en los dos países. Podría decirse que las herramientas que estaban destinadas a implementar las innovaciones orientadas a una mayor integración, y el contexto general en el que se asientan establecen límites a la mayor homogeneidad en todo el sistema. Por lo tanto, existe un dilema “integración-fragmentación” en la gobernanza contemporánea de salud. Al menos, las reformas de la gestión ponen a las agencias involucradas y los actores en tensión permanente, con respecto a su potencial y deseo de contribuir a una mejor integración. Las personas implicadas en

la administración y suministro a diario se enfrentan a “tareas de Sísifo”, que esperan unir y dividir con sus respectivas operaciones. Se puede concluir que los principales conceptos de la gestión pública, de todo el legado de la NGP, se limitan a ayudar a hacer frente al “problema perverso” de la integración de salud en los dos sistemas estudiados.

La conclusión más interesante de esta evaluación comparativa de los desarrollos normativos, en el contexto de las políticas de integración (más o menos) orientadas al mercado por la gerencialización, es que hoy en día sistemas de salud muy diferentes están expuestos a metas similares de configuración, lo que es indicativo de que la gestión pública de la salud está cada vez más globalizada. En esta configuración, a pesar de la adopción de diversas formas, hay una “agenda de integración” universal con un enfoque de gobernanza igualmente generalizada, sobre la base de modelos de regulación después de una filosofía general similar, ya sea de la NGP o de la “post-NGP”. Aunque esta filosofía se escribe de manera diferente, tiende a exhibir un dilema generalizado sea cual sea el contexto institucional y el estado de desarrollo del sistema de atención a la salud. Observaciones similares se pueden aplicar a otras áreas de bienestar público “organizadas”, como las pensiones y la protección por desempleo. Aquí, una pregunta interesante es si se está lidiando con patrones normativos, que se producen a través de departamentos diferentes del Estado del bienestar y se refuerzan entre sí creando problemas transversalmente maliciosos.

Recibido en agosto de 2013
Aceptado en febrero de 2014

Bibliografía

Arellano Gault, David, Ana Díaz Aldret, Enrique Cabrero Mendoza, Jorge E. Culebro Moreno, Emilio Zamudio González y Felipe L. Blanco González. 2012. Estudio de la capacidad organizacional e institucional de la CNPSS para incidir en materia de regulación, supervisión y evaluación del desempeño en el sistema de pro-

tección social en salud. SPSS y Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). México: CIDE.

_____, Ana Díaz Aldret, Enrique Cabrero Mendoza, Jorge E. Culebro Moreno, Emilio Zamudio González, Felipe L. Blanco González y César Rentería Marín. 2011. Análisis de los mecanismos de regulación, supervisión y evaluación del desempeño del sistema de protección social en salud e identificación de mejores prácticas. México: CIDE y SPSS.

Armitage, Gail D., Esther Suter, Nelly D. Oelkey Carol E. Adair. 2009. Health Systems Integration: State of the Evidence. *International Journal of Integrated Care* 9: 82.

Atun, Rifat, Thyra de Jongh, Federica Secci, Kelechi Ohiriy Olusoji Adeyi. 2010. A Systematic Review of the Evidence on Integration of Targeted Health Interventions into Health Systems. *Health Policy and Planning* 25 (2): 104-111.

Bellamy, Richard y Antonino Palumbo (editores). 2010. *From Government to Governance*. Ashgate: Burlington.

Benson, Kenneth J. 1975. The Interorganizational Network as a Political Economy. *Administrative Social Quarterly* 20 (2): 229-249.

Bode, Ingo. 2012a. A Fuzzy Picture: Social Citizenship in Post-corporatist Germany. En *Social Policy and Citizenship. The Changing Landscape*, editado por Adalbert Evers y Anne-Marie Guillemard, 298-332. Oxford: Oxford University Press.

_____. 2012b. Processing Institutional Change in Public Service Provision. The Case of the German Hospital Sector. *Public Organization Review* 10-2012: DOI 10.1007/s11115-012-0201-z.

_____. 2010. Towards Disorganised Governance in Public Service Provision? The Case of German Sickness Funds. *International Journal of Public Administration* 33 (2): 172-181.

- Bogdanor, Vernon (editor). 2005. *Joined-up Government*. Oxford: Oxford University Press.
- Cabrero Mendoza, Enrique, David Arellano Gault, Ana Díaz Aldret, Jorge E. Culebro Moreno, Israel Aguilar Márquez y Felipe L. Blanco Sánchez. 2010. Diagnóstico y propuesta de modificación integral del diseño institucional y organizacional de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. México: CIDE.
- Christensen, Tom y Per Laegreid. 2011. Complexity and Hybrid Public Administration-Theoretical and Empirical Challenges. *Public Organization Review* 11 (4): 407-423.
- Clarke, Jon y Janeth Newman. 1997. *The Managerial State. Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare*. Londres: Sage.
- CNPSS. 2010. Catálogo universal de servicios de salud. México: CNPSS.
- Culebro, Jorge. 2008. Atomización del Estado y nuevas formas de control. La introducción de los convenios de desempeño en las agencias públicas en México. *Gestión y Política Pública* xvii (1): 35-70.
- _____ y Víctor Manuel Figueras. 2012. Policy Transfer and Lesson Drawing: The Case of Pension System Reform in Mexico. *Estudios Gerenciales* 28 (122): 139-151.
- _____ y David Arellano Gault. 2012. Reformas a los sistemas de seguridad social. Lecciones desde una visión organizacional. *Revista del CLAD Reforma y Democracia* 53.
- Enthoven, Alain C. 2012. *Health Care, the Market and Consumer Choice*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Fenwick, John y Janice McMillan (editores). 2010. *Public Management in the Postmodern Era. Challenges and Prospects*. Cheltenham: Edward Elgar.

- Ferlie, Ewan, Louise Fitzgerald, Gerry McGivern, Sue Dopson y Chris Bennett. 2011. Public Policy Networks and 'Wicked Problems': A Nascent Solution? *Public Administration* 89 (2): 307-327.
- Fernández Alles, María y Rocío Llamas Sánchez. 2008. The Neoinstitutional Analysis of Change in Public Services. *Journal of Change Management* 8 (1): 3-20.
- FUNSAUD. 2006. La salud en México, 2006/2012. Visión de FUNSAUD. México: FUNSAUD.
- Frenk, Julio y A. Donabedian. 1987. Los sistemas nacionales de salud; una perspectiva comparativa. *Revista de Administración Pública*: 223-238.
- _____, Octavio Gómez Dantés y Marie F. Knaul. 2009. The Democratization of Health in Mexico: Financial Innovations for Universal Coverage. *Bulletin World Health Organization* 87: 542-548.
- García Díaz, R., y Sandra G. Sosa Rubi. 2011. Analysis of the Distributional Impact of out of Pocket Health Payments: Evidence from a Public Health Insurance Program for the Poor in Mexico. *Journal of Health Economics* 30: 707- 771.
- Genschel, Philip. 1997. The Dynamics of Inertia. Institutional Persistence and Change in Telecommunications and Health Care. *Governance* 10 (1): 33-66.
- Gobierno Federal. 2007. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: ss.
- Goldfinch, Shaun F. 2009. New Public Management and the Politics of Accountability. En *The International Handbook of Public Management Reform*, editado por Shaun F. Goldfinch y Joe L. Wallis, 1-17. Cheltenham: Edward Elgar.

- Hämäläinen, Timmo, Mikko Kosonen e Yves L. Doz. 2012. *Strategic Agility in Public Management*. INSEAD. Faculty & Research Working paper. Barcelona: INSEAD.
- Hannan, Michael T., y John Freeman. 1984. Structural Inertia and Organizational Change. *American Journal of Sociology* 49 (2): 149-164.
- Homedes, Nuria y Antonio Ugalde. 2005. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública* (17) 3: 210-220.
- Hsiao, William. 1992. Comparing Health Care Systems: What Nations can Learn from Another? *Journal of Health Politics, Policy & Law* 14 (4): 13-625.
- Hsieh, Hsiu-Fang y Sarah E. Shannon. 2005. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research* 15 (9): 1277-1288.
- Hysing, Erik. 2009. From Government to Governance? A Comparison of Environmental Governing in Swedish Forestry and Transport. *Governance* 22 (4): 647-672.
- Jaramillo Cardona, M. 2007. La descentralización de la salud en México: avances y retrocesos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 6 (13): 85-111.
- Jessop, Bob. 2002. Governance and Meta-governance in the Face of Complexity: On the Roles of Requisite Variety, Reflexive Observation, and Romantic Irony in Participatory Governance. En *Participatory Governance in Multi-level Context. Concepts and Experience*, editado por Hubert Heinelt, Panagiotis Getimis, Grigoris Kafkalas, Randall Smith y Erik Swyngedouw, 33-58. Opladen: Leske & Budrich.
- Keast, Robyn L., Myrna P. Mandell y Kerry R. Brown. 2006. Mixing State and Network Governance Modes: The Role of Government

- in 'Crowded Policy Domains'. *International Journal of Organizational Theory and Behavior* 9 (1): 27-50.
- Knaul, Felicia Marie, Eduardo González Pier, Octavio Gómez Dantés, David García Junco, Héctor Arreola Ornelas, Mariana Barraza Lloréns, Rosa Sandoval, Francisco Caballero, Mauricio Hernández Ávila, Mercedes Juan, David Kershenovich, Gustavo Nigenda, Enrique Ruelas, Jaime Sepúlveda, Roberto Tapia, Guillermo Soberón, Salomón Chertorivski y Julio Frenk. 2012. The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for all in Mexico. *The Lancet* 380 (9849): 1259–1279.
- Koch, Philippe. 2012. Overestimating the Shift from Government to Governance: Evidence from Swiss Metropolitan Areas. *Governance* DOI: 10.1111/j.1468-0491.2012.01600.x.
- Laurell, A. C. 1999. La política de salud en el contexto de las políticas sociales. En *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, coordinado por M. Bronfman y R. Castro, 239-252. México: EDA-MEX.
- Levy, Santiago. 2008 *Good Intentions. Bad Outcomes. Social Policy, Informality and Economic Growth in Mexico*. Washington: Brookings Institutions.
- Mahony, James. 2007. Qualitative Methodology and Comparative Politics. *Comparative Political Studies* 40 (2): 122-144.
- Mangen, Steen. 2004. 'Fit for purpose?' Qualitative Methods in Comparative Social Policy. En *A Handbook of Comparative Social Policy*, editado por Patricia Kennett, 307-323. Cheltenham: Edward Elgar.
- Mosebach, Kai. 2009. Commercializing German Hospital Care? Effects of New Public Management and Managed Care under Neoliberal Conditions. *German Policy Studies* 5(1): 65-98.

- Nolte, Ellen, Cécile Knai, Maria Hofmarcher, Annalijn Conklin, Antje Erler, Arianne Elissen, Maria Flamma, Brigit Fullertona, Andreas Sönnichsen y Hubertus J. M. Vrijhoefa. 2012. Overcoming Fragmentation in Health Care: Chronic Care in Austria, Germany and the Netherlands. *Health Economics, Policy and Law* 7 (1): 125-146.
- Numerof, Rita y Michael N. Abrahams. 2013. *Healthcare at a Turning Point. A Roadmap for Change*. Boca Raton: Taylor & Francis.
- OCDE. 2005. Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México. México: OCDE.
- Osborne, Stephen P. 2006. The New Public Governance? *Public Management Review* 8 (3): 377-387.
- Periago, Mirta Roses. 2007. 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* 21 (2-3): 65-68.
- Phillips, Nelson, Thomas B. Lawrence y Cynthia Hardy. 2000. Interorganizational Collaboration and the Dynamics of Institutional Fields. *Journal of Management Studies* 37 (1): 23-43.
- Pippa, Hall. 2005. Interprofessional Teamwork: Professional Cultures as Barriers. *Journal of Interprofessional Care* 19 (1): 188-196.
- Pollitt, Christopher y Geert Bouckaert (editores). 2011. *Public Management Reform: A Comparative Analysis: New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. Nueva York: Oxford University Press.
- Porter, Michael E. y Clemens Guth. 2012. *Redefining German Health Care. Moving to a Value-based System*. Berlín: Springer.
- Ragin, Charles C. 1987. *The Comparative Method: Moving Beyond Qualitative and Quantitative Strategies*. Berkeley: University of California Press.

- Rhodes, Rod A.W. 1996. The New Governance: Governing without Government. *Political Studies* 46 (4): 652-667.
- Rittel, Horst W. J., y Melvin M. Webber. 1973. Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences* 4: 155-169.
- Roemer, Milton. 1989. National Health Systems as Market Interventions. *Journal of Public Health Policy* (10) 1: 62-77.
- Sauerland, Dirk. 2009. The Legal Framework for Health Care Quality Assurance in Germany. *Health Economics, Policy and Law* 4 (1): 79-98.
- Simonet, Daniel. 2011. The New Public Management Theory and the Reform of European Health Care Systems: An International Comparative Perspective. *International Journal of Public Administration* 34 (12): 815-826.
- Soberón Acevedo, G., y Cuauhtémoc Valdés Olmedo. 2007. Evidencias y salud: ¿hacia dónde va el sistema de salud en México? *Salud Pública de México* 49 (1): 5-7.
- ss. Eduardo González Pier, Mariana Barraza Lloréns, Cristina Gutiérrez Delgado, Armando Vargas Palacios (coordinadores). 2006. *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México: Fondo de Cultura Económica, FMS, Instituto Nacional de Salud Pública.
- SS-CNPSS. 2005. *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*. México: SSA-CNPSS.
- SVR. 2012. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Special expert's report. Berlín.
- _____. 2009. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Koordination und Integration-Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren. Lebens, Berlín.

- Thomson, Sara y Elias Mossialos. 2006. Choice of Public and Private Health Insurance: Learning from the Experience of Germany and the Netherlands. *Journal of European Social Policy* 16 (4): 315-327.
- Thornton, Paricia H., Candace Jones y Kenneth Kury. 2005. Institutional Logics and Institutional Change in Organizations. *Research in the Sociology of Organizations* 23: 125-170.
- Wilson, James Q. 1975. The Rise of the Bureaucratic State. *Public Interest* 41 (3): 77-103.