

¿Una Nueva Gestión Pública para el Sistema de Salud Mexicano? Reflexiones para Contribuir a la Agenda de Investigación

A New Public Management for the Mexican Health System? Reflections to Contribute to the Research Agenda

María Alejandra Sánchez-Bandala^a

Resumen

En este trabajo se revisan los rasgos centrales de los más recientes enfoques de la gestión pública: la Administración Pública Progresiva y la Nueva Gestión Pública. Se argumenta que esta última no representa solo una evolución técnica, sino que responde a nuevos contextos históricos y premisas teóricas y políticas. Se plantea una clasificación de sus propuestas en al menos tres variantes a) cercanas a la ortodoxia, b) aproximaciones críticas, y c) aplicaciones contextualizadas del gerencialismo. Se revisa la manera en que algunas directrices de la Nueva Gestión Pública se expresan en las reformas de los sistemas de salud de América Latina, particularmente en el caso mexicano. Dado que la investigación —y la polémica— sobre el impacto de estas reformas se ha centrado en el nivel macro-estructural, se plantea la necesidad de desarrollar líneas de investigación multidisciplinarias sobre el nivel institucional y el de la gestión clínica. Esto permitirá comprender la manera en que estas directrices se están implementando en los servicios de salud, y valorar en qué aspectos favorecen o limitan el ejercicio del derecho a la salud de la población mexicana.

Palabras clave: nueva gestión pública, sistemas de salud, servicios de salud, reformas sanitarias, derecho a la salud.

Introducción

En el sistema de salud mexicano están operando cambios estructurales y funcionales derivados de las recientes reformas del Estado y sus sectores. Estas reformas encuentran su fundamento teórico y técnico en las premisas de la Nueva Gestión

Abstract

This paper reviews the central features of the most recent approaches to public management: the Progressive Public Administration and the New Public Management. It is argued that the latter does not only represent a technical evolution, but responds to new historical contexts as well as theoretical and political premises. A classification of their proposals is posed in at least three variants a) close to orthodoxy, b) critical approaches, and c) contextualized applications of managerialism. The way in which some guidelines for the New Public Management are expressed in the reforms of Latin American health systems is reviewed, with particular attention given to Mexico. Both the research and controversy on the impact of these reforms have been focused on the macro-structural level. Therefore, multidisciplinary research lines on the institutional level and clinical management is required. This will allow us to understand the way in which these guidelines are being implemented in health services. Also to assess which aspects they favor or limit with respect to the right to health services for Mexican people.

Keywords: new public management, health systems, health services, health reforms, right to health.

Pública (NGP), que se presenta como la alternativa a seguir para la modernización de la Administración Pública Progresiva (APP) y se le atribuye la capacidad de mejorar la efectividad y eficiencia de sus políticas y programas. Sin embargo, la NGP no es un enfoque monolítico ni homogéneo y es posible identificar variantes en sus propuestas teóricas

^a Universidad de la Sierra Sur, División de Estudios de Posgrado, Guillermo Rojas Mijangos s/n esq. Av. Universidad, Col. Ciudad Universitaria, C.P. 70800, Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oaxaca, México.

Correspondencia: María Alejandra Sánchez Bandala
Universidad de la Sierra Sur,
Correo electrónico: alejandra.bandala1@gmail.com

y de implementación. Así mismo, se ha suscitado un importante debate sobre la pertinencia de sus propuestas y la viabilidad de su implementación en los contextos latinoamericanos, y los analistas han tomado diferentes posiciones respecto de los principios éticos y políticos que la fundamentan. Ante este panorama, se plantea la necesidad de reflexionar sobre las posibilidades y limitaciones de aplicar los lineamientos derivados de la NGP al sector salud en México, así como sobre los riesgos que ello puede representar.

Para aportar a este fin, este trabajo se desarrolla en tres apartados. En el primero se revisan las características centrales de la APP y de la NGP. En el segundo, se identifican variantes de la NGP y se propone una clasificación de las mismas. En el tercer apartado se describen los rasgos centrales de las reformas de los sistemas de salud en América Latina y en México, orientadas por las directrices de la NGP, y se hace una recuperación crítica de las discusiones sobre su pertinencia y viabilidad. Se concluye proponiendo una manera de contribuir a este campo de estudio y acción pública.

Lo público y su gestión: diferentes enfoques teórico-metodológicos y políticos

Lo público es una construcción histórica y como tal, ha tenido múltiples acepciones. Partiendo de la noción moderna se concibe que los asuntos públicos —que incluyen bienes y servicios— son aquellos que merecen un interés colectivo y que se consideran ámbito de actuación del Estado (Gómez-Arias, 2014). Desde un enfoque liberal, se ha caracterizado a los bienes públicos —contraponiéndolos a los privados— por su no rivalidad, es decir, que su uso no impide que sean utilizados por otros individuos. En el caso de los servicios se incluyen aquellos que, al estar relacionados con ámbitos reconocidos como derechos fundamentales —como es el caso del derecho a la salud—, deben otorgarse a toda la población, independientemente de su capacidad de pago, lo que los coloca fuera del interés de la iniciativa privada y quedan a cargo del Estado (Molina, 2001).

La manera en que el Estado se ocupa de estos asuntos, produciendo bienes y servicios, constituye el campo de la gestión pública, que de acuerdo al Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) puede definirse

como “la capacidad del Estado para concretar en la realidad, de manera eficiente y efectiva, las decisiones tomadas a nivel político” (1999, p. 12) o, si se parte de una concepción incluyente y participativa, “la capacidad de la sociedad para actuar en asociación con el Estado en el suministro de servicios públicos” (CLAD, 1999, p. 15).

Sin embargo, esta gestión estatal ha tenido importantes transformaciones y en la historia reciente se reconocen dos grandes escuelas que representan no solo un proceso de evolución técnica —como es abordado desde algunas perspectivas— sino que corresponden a los cambios en el rol y la estructura del Estado en cada momento histórico.

Así, aunque los estudiosos del tema reconocen la dificultad de ubicar con precisión cortes temporales para las diferentes escuelas de gestión pública, para fines analíticos se suele identificar que la APP surgió a finales del siglo XIX y principios del XX en Estados Unidos. Sus rasgos principales fueron: a) la construcción de un apartado burocrático amplio con formación técnica, que orientara su actuación por normas, reglas y procesos preestablecidos; b) el desarrollo de un servicio civil de carrera, profesional y meritocrático, cuyo fin fuese proteger a los burócratas de los vaivenes de la política y sus influencias consideradas nocivas; y c) la creación de una evaluación de la gestión autorreferenciada, es decir, en términos de las reglas que la propia burocracia se imponía (Arellano, 2002).

Las críticas a este enfoque —la APP— señalaban que era un modelo de gestión rígido e incapaz de adaptarse al entorno cambiante del siglo XX. Estos señalamientos se intensificaron en la década de 1970 argumentando que las normas y reglas, en lugar de contribuir a la efectividad del gobierno, la limitaban; y que un mejor criterio para el control de la acción pública era la medición de resultados. Respecto del aparato burocrático, se aceptó la imposibilidad de aislarlo de los intereses políticos, y se propuso que la mejor manera de lograr una actuación conveniente para los fines de la sociedad eran los incentivos basados en mecanismos de mercado. En cuanto a la gestión de las organizaciones, se propuso retomar los principios del gerencialismo que regían a las empresas privadas.

Estas ideas se configuraron en una propuesta que se identificó con el nombre de “Nueva Gestión Pública” y que para finales de la década de 1970,

fue el modelo que impulsó la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) para guiar las reformas burocráticas en los países miembros. A partir de entonces, este modelo se ha ido consolidando como el pensamiento hegemónico en el campo de la gestión pública.

Desde algunos enfoques, se suelen interpretar estos cambios como una mejora técnica, como un proceso de adelanto o evolución en la teoría y la práctica disciplinar. Sin embargo, desde una perspectiva socio-histórica, se propone que para comprender estos cambios es preciso articularlos con los procesos políticos que se estaban desarrollando, y con las premisas teóricas que sustentaban —o justificaban— estas transformaciones. Por ejemplo, es preciso destacar que la APP se desarrolló en un momento en que el Estado actuaba como promotor del desarrollo nacional; en tanto que la NGP se desarrolló en el contexto de reformas estructurales que desde finales de los 70 hasta los 90 del siglo pasado llevaron al dismantelamiento paulatino del Estado de bienestar —o nacional desarrollista para el caso de América Latina— para aproximarse a un modelo neoliberal.

Asimismo, es importante identificar las posiciones teóricas y filosóficas que acompañaron y legitimaron los cambios en el rol del Estado y su forma de gestionar lo público. Como señalan Arellano & Cabrero (2005) la APP sostenía una visión colectivista de la acción social, en tanto que la NGP giró hacia una visión individualista y apoyada en la teoría del actor racional que asume a los seres humanos —incluyendo a los burócratas, políticos y la sociedad en general— como actores oportunistas en busca de sus intereses. Esta noción de sujeto forma parte también de los fundamentos del institucionalismo económico que promueve la competencia basada en incentivos; y es compatible con los principios de la filosofía libertaria que prioriza la libertad del ser humano para competir, sin cuestionarse si la desventaja de algunos grupos hará que dicha competencia reproduzca la desigualdad (Arellano, 2002; Arellano & Cabrero, 2005).

La Nueva Gestión Pública: variantes del enfoque

Si bien se han mencionado algunos rasgos centrales de la NGP, es posible identificar algunas variantes del enfoque. Podemos aludir en primer

término a las versiones más cercanas a la ortodoxia, que plantean una competencia basada en el mérito, la adjudicación de recursos en relación a los resultados, la toma de decisiones orientada por incentivos del mercado, el recorte del gasto, el uso eficiente de los recursos públicos, y la inclusión de las demandas de los “clientes” de los servicios —antes usuarios— en los criterios para la toma de decisiones (López, 2003). Dentro de esta variante pueden integrarse también aquellas propuestas que, centrando su interés en la relación entre el gobierno, la sociedad y otros actores, destacan la importancia de la transparencia en las acciones y el acceso a la información para favorecer la gobernanza (Gómez, 2013).

Se identifican también posiciones que podríamos denominar versiones “críticas” del enfoque. Desde estas perspectivas se reconocen los beneficios del acceso a la información pública, el uso de las tecnologías de la información, y la evaluación de resultados de las acciones gubernamentales. Sin embargo, se identifican riesgos en la aplicación acrítica del modelo gerencialista en la gestión pública. Su desconfianza parte del supuesto de que los asuntos públicos son complejos y multifactoriales, por lo que las soluciones tecnocráticas resultarán insuficientes si no se trabaja en el entorno de manera integral. Se señala también que la complejidad de los asuntos públicos dificulta la evaluación del desempeño de un sector únicamente por los resultados —que dependerán también de factores que salen de la competencia del sector— por lo que se propone recuperar formas de evaluación en función del apego a normas y procedimientos (Arellano & Cabrero, 2005).

Además de estos señalamientos de carácter técnico, se han planteado ciertas implicaciones políticas del enfoque, entre ellas, que la competencia en el mercado suele dar el triunfo al más fuerte, y que al privilegiar la libertad y la eficiencia puede afectarse la legalidad, la justicia y la equidad en la distribución de bienes y en el acceso a los servicios públicos. Se ha señalado también que los asuntos públicos no pueden ser equiparados a los de la iniciativa privada pues es difícil asignar un precio a bienes públicos que corresponden a derechos sociales y porque los recursos públicos no se asignan solo por mecanismos de mercado sino por procesos de negociación entre actores (representantes de los poderes gubernamenta-

les, de las diferentes corrientes partidistas, de la sociedad civil, de los gremios empresariales, etcétera). De esto se desprende la dificultad de gestionar los asuntos públicos con la lógica económica que rige en las organizaciones privadas, con objetivos orientados al lucro, y con recursos asignados por la competencia en el mercado (Arellano, 2002; López, 2003).

Como un punto intermedio entre estas posturas, algunos autores proponen no transpolar indiscriminadamente las directrices de la gerencia privada a la pública, pero sí adaptar algunas de sus premisas y técnicas a la naturaleza de los asuntos públicos y al entorno político, social y cultural de cada región y estado. Se podría identificar en esta perspectiva una variante "contextual" del enfoque, que propone subordinar el criterio de eficiencia al democrático, apegarse a principios legales que promueven la equidad, manejar una lógica de redistribución a la par que la de mercado, y asumir a los actores no como clientes, sino como ciudadanos.

Se plantea también la necesidad de tomar en cuenta las características sociales y políticas de América Latina, en donde la administración pública se ha caracterizado por una baja adherencia a las normas, relaciones clientelares entre burócratas y actores políticos y limitados mecanismos de supervisión. Se plantea que en este contexto la discrecionalidad técnica de los funcionarios en busca de la eficiencia que promueve la NGP puede traducirse en vías para el abuso del poder (Arellano, 2002; López, 2003), por lo que se recupera el valor de un cuerpo profesional de funcionarios protegidos por un sistema de reglas y procedimientos para mantenerse o avanzar en el servicio público (CLAD, 1999).

Desde este enfoque, que en este trabajo se considera el más acertado, se señala que la polémica sobre adoptar o no los lineamientos de la NGP es una discusión infructuosa, pues lo importante es valorar si las reformas, del tipo que sean, favorecen el bienestar de la colectividad y la justicia social. Se considera que si bien la gestión pública pudiera retomar algunos de los planteamientos y métodos de la gerencia privada, no puede —o al menos no debería— asimilarse a ella; y que las ideas, estrategias y técnicas que sean factibles aplicar en cada contexto particular dependerán de la historia política de cada régimen, y de la cultura de su aparato público.

La Nueva Gestión Pública en los sistemas y servicios de salud

Los procesos de salud-enfermedad-atención de la población son un asunto público, pues son de interés para la sociedad, se relacionan con un derecho social —el derecho a la salud— y su atención se adjudica al Estado. La gestión que el Estado hace de la salud poblacional puede analizarse en tres niveles: a) el nivel macro o de política pública, que comprende la elaboración y puesta en marcha de planes de desarrollo nacionales y sectoriales, los programas que se desprenden de ellos, y la estructura y funcionamiento de los sistemas de salud; b) el nivel institucional, que comprende las dinámicas de las organizaciones que brindan servicios de salud; y c) la gestión de la atención clínica, que se refiere a las decisiones del personal de salud y los procedimientos médicos.

En cuanto al nivel macro, las reformas que se señalaron previamente respecto del Estado se han expresado en sus diversos sectores, entre ellos el sector salud. En estas reformas se expresan algunos de los rasgos centrales de la NGP, implicando transformaciones en la estructura y funciones de los sistemas de salud. Siguiendo a López (2000) cabría señalar que cuando se hace referencia a los sistemas de salud deberían incluirse tanto las prácticas profesionalizadas del sistema institucional, como aquellas prácticas tradicionales, populares o de autoatención, que seguramente se ven afectadas por la reorganización del sistema. Sin embargo, tanto las reformas como el análisis de éstas se han dirigido principalmente al componente institucional, por lo que en este trabajo se hará referencia a este, aunque destacando la necesidad de investigar y teorizar sobre el impacto de las directrices de la NGP en el sistema de salud mexicano incluyendo sus diferentes formas de atención.

Los principios de la NGP se han expresado en las reformas de los sistemas de salud en América Latina a través de las siguientes acciones: a) separación de las funciones de rectoría, financiamiento y provisión de servicios, lo que permite la introducción de una lógica de mercado que propicia la competencia entre proveedores; b) toma de decisiones basadas en la evidencia científica y en criterios de costo-efectividad; c) introducción de sistemas de copago de los servicios o aseguramiento subsidiado; d) definición de paquetes de atención; e) evaluación del desempeño de los sistemas en función de sus resultados; y f) limitación

del papel del Estado como proveedor del servicio a la población vulnerable, bajo la lógica de Manejo del Riesgo Social (Molina, 2001; González, 2001; Almeida, 2002).

En cuanto al nivel institucional, los lineamientos de la NGP se han expresado en las organizaciones que integran el sector salud a través de la creación de nuevas estructuras burocráticas derivadas de las necesidades de intermediación entre el financiamiento de los servicios y su provisión (González, 2001). Aunque los nuevos lineamientos obligan a implementar estrategias de desarrollo organizacional para adaptarse a los entornos y necesidades emergentes; este es un proceso en curso y no ha sido suficientemente estudiado.

Respecto al nivel de la gestión clínica, se ha reforzado el papel de las guías y protocolos como mecanismos de normalización y estandarización de las decisiones clínicas y la práctica médica; y se ha promovido la racionalización en el uso de medicamentos mediante el control estricto de los mismos a través de listas y fichas de utilización (González, 2001).

Para el caso de México, las directrices de la NGP se han venido implementando paulatinamente en los sistemas de salud, de la mano de las reformas del sector derivadas de las políticas de ajuste estructural. Es posible situar el inicio del ímpetu reformista en el sexenio de 1982 a 1988, plasmándose en una reforma constitucional (1983) que en el Artículo 4º reconoció el derecho individual a la protección en salud de los mexicanos y la responsabilidad del Estado para garantizarlo. Esta acción legislativa se articuló con estrategias de reducción del gasto público, descentralización de los servicios y modernización administrativa que sentaron las bases para un tránsito lento pero sostenido hacia una reestructuración económica con lógica neoliberal en la que se privatiza lo público rentable. En el siguiente sexenio (1988-1994) se asumió de manera más clara el proyecto neoliberal, aunque compensado con una política social asistencialista y focalizada, orientada a contener el conflicto social. La modificación a la Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1997, a pesar de una importante oposición desde algunas fuerzas políticas y sindicales, fortaleció la tendencia privatizadora reorganizando los fondos de pensiones hacia un sistema de cuentas individuales y profundizando el desfinanciamiento del IMSS (López & Blanco, 2001). Otro momento

importante en este proceso fue la reforma a la Ley General de Salud en el 2003, que permitió implementar en el 2004 el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cuyo componente operativo es el Seguro Popular de Salud (SPS), un sistema de aseguramiento subsidiado con recursos públicos para ofrecer servicios de salud a la población sin seguridad social (Secretaría de Salud, 2018).

Los objetivos declarados al introducir este esquema fueron el incremento de la inversión en salud; aumentar la inversión estatal mediante un esquema de corresponsabilidad en el financiamiento entre los distintos niveles de gobierno; una distribución más equitativa del gasto público en salud entre la población asegurada y no asegurada; acercarse a la meta del aseguramiento universal; y la reducción del gasto de bolsillo en las familias sin seguridad social (Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola, & Frenk, 2011).

Con este esquema se materializó la división de funciones de rectoría —a cargo de la Secretaría de Salud—, de financiamiento —a cargo del SPS—, y de provisión de servicios por las organizaciones públicas y privadas del sector. El financiamiento proviene del gobierno federal, estatal y de las familias en función de su nivel de ingreso. La asignación de recursos sigue a la demanda y se realiza por familia afiliada. Los afiliados tienen acceso a tres paquetes de intervenciones: de salud pública, de baja y mediana complejidad y, los de alta complejidad. Los paquetes de intervenciones se definen en función de criterios de costo-efectividad, aunque se señala que para las intervenciones de alta complejidad se toman en cuenta también criterios éticos y políticos relacionados con el derecho a la salud y la equidad (González-Pier, Gutiérrez-Delgado, Stevens, Barraza-Lloréns, Porrás-Condey, Carvalho, Loncich, Dias, Kulkarni, Casey, Murakami, Ezzati & Salomon, 2007).

Las críticas a esta propuesta han tenido fundamentos similares a las realizadas a los principios de la NGP. Se ha cuestionado la posibilidad de aplicar a la salud una lógica de mercado, sin caer en una mercantilización de la misma que excluya del ejercicio de este derecho a la población en pobreza (Almeida, 2002). Se ha señalado el uso ambiguo y oportunista de conceptos políticamente correctos como *cobertura universal* o *participación social*, para referirse a un aseguramiento universal que da acceso a paquetes limitados y produce nuevas formas de

exclusión, o a una participación subordinada de la población en acciones decididas verticalmente.

En cuanto a la separación de funciones, se ha destacado que uno de los impactos de la NGP es la creación de cuasi-mercados que se abren a la participación del capital financiero en la compra-venta de servicios y en la construcción y administración de infraestructura sanitaria (Laurell, 2010). Así mismo, se ha identificado que a pesar de usar el concepto de participación social, no se ha realizado una consulta amplia con los actores del sector (gobiernos estatales, proveedores y usuarios) lo que ha limitado el alcance de dicha participación (Uribe y Abrantes, 2013).

A más de una década de la implementación de este sistema: ¿Se han mostrado estas críticas fundamentadas? Al recordar que para la NGP la evaluación por resultados es el criterio central para medir el desempeño de un sistema o la idoneidad de una política: ¿Cuáles son los resultados que han identificado las evaluaciones? Es difícil concluir sobre los resultados de estas reformas y los nuevos modelos de gestión dado que existe una confrontación teórica y política al respecto, que hace que los representantes de posiciones opuestas retomen datos distintos o bien interpreten datos similares con marcos diferentes. Tenemos así que los propulsores de las reformas e investigadores afines, aunque reconocen retos a superar, en general consideran que se han obtenido resultados positivos. Señalan que a partir de la reforma se incrementó el gasto en salud; se redujeron inequidades en la distribución de recursos entre estados y entre población asegurada o no; se incrementó la población asegurada y se expandió el número de intervenciones a que tienen derechos los afiliados al Seguro Popular, mejorando así la protección financiera de las familias más vulnerables (Frenk, González-Pier, Gómez, Lezana y Kanul, 2007; Gómez et al., 2011). Desde estas posiciones, se plantea la necesidad de reforzar el modelo mejorando la gobernabilidad de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, regulando la incorporación de hospitales privados como proveedores y que la toma de decisiones sobre la elección de proveedores y la admisión de pacientes se guíen por criterios económicos basados en una regulación tarifaria (Martínez, 2016).

que el nuevo esquema de financiamiento y provisión de servicios ha agudizado la fragmentación del sistema de salud (Bode y Culebro, 2014); que el nivel de aseguramiento es menor al reportado en fuentes oficiales; que no se ha logrado la cobertura de la población más pobre; que la afiliación al Seguro Popular de Salud no se ha traducido en un acceso efectivo a los servicios; y que el paquete de intervenciones ofrecido — que además está subfinanciado— no cubre las necesidades de salud de la población, lo que se traduce en una limitada protección financiera real que no reduce significativamente el gasto de bolsillo de la población (Laurell, 2013). Desde esta perspectiva la solución pasaría no por profundizar el esquema, sino por la construcción de un modelo alternativo basado en el acceso efectivo universal a un sistema de salud público.

Propuesta para contribuir a la agenda de investigación

Más allá de la polémica, cabe destacar que las discusiones se han centrado en el nivel macro estructural de las reformas, sin embargo, ¿qué sucede con los otros niveles? ¿Cómo se han adecuando las organizaciones y sus estilos de dirección a los nuevos modelos de gestión? ¿Cómo se están transformando las dinámicas organizacionales y la cultura institucional? ¿Cómo han respondido los usuarios de los servicios a su rol adjudicado de “clientes” y a las propuestas de participación social? En cuanto al cambio organizacional, comienzan a identificarse resistencias y dificultades para superar las inercias de los estilos de gestión tradicional. En relación a la gestión de los recursos humanos se ha detectado que las nuevas condiciones respecto al financiamiento y compra de servicios han impactado en las formas de contratación del personal y sus formas de evaluación, dando lugar a una flexibilización laboral que se traduce en inestabilidad y precariedad, y a la priorización de los criterios de productividad para la evaluación del desempeño (Brito, 2000).

Se plantea que es necesario avanzar en el análisis de las dinámicas que se producen en los niveles institucional y de la gestión clínica; conocer cómo estas situaciones están impactando en la calidad de vida laboral de los profesionales de la salud y en la efectividad y calidad de la atención que se otorga a la población; y comprender cómo viven estos procesos los actores involucrados.

Asumiendo que en estos niveles se desarrollan prácticas terapéuticas y administrativas que están condicionadas por las necesidades en salud de la población y por el contexto y cultura organizacional, se propone que esta línea de investigación tenga un abordaje multidisciplinario. Se plantea que disciplinas como la ciencia política, la administración pública, la salud pública, la psicología organizacional o la antropología médica, entre otras, tendrán una colaboración productiva al ocuparse de comprender las posibilidades y desafíos que ofrecen las condiciones y cultura organizacional del sector de salud en México para la implementación de acciones al estilo de la NGP.

¿Hasta dónde las nuevas estructuras burocráticas están produciendo duplicidad de funciones y líneas de autoridad poco claras? ¿El tipo de sindicalismo que opera en el sector favorece un esquema de pago por resultados? ¿Cómo experimenta el personal de salud la competencia en los emergentes cuasi mercados? ¿Cómo viven los profesionales la estandarización de su práctica profesional? ¿Cómo impacta la precarización laboral en su motivación y sentido de pertenencia institucional? ¿Cómo experimentan los usuarios su búsqueda de atención en el marco de los nuevos esquemas de aseguramiento subsidiado? ¿Qué tan preparados están para la participación social y la cogestión de los servicios? Estas son algunas de las interrogantes que es preciso responder para comprender la manera en que las directrices de los nuevos modelos de gestión impulsados por los organismos supranacionales se expresan en las dinámicas cotidianas de las instituciones de salud y configuran las experiencias de sus diversos actores.

Conclusiones

El sistema de salud mexicano está experimentando una importante transformación desde inicios de la década de 1980. Estas reformas requieren nuevos modelos de gestión de los asuntos del sector salud en sus diferentes niveles, desde sus políticas y funciones, pasando por las dinámicas organizacionales de los servicios, hasta las prácticas de atención.

Se ha propuesto que el enfoque de la NGP es el adecuado para acompañar este tránsito y avanzar en la modernización administrativa. Sin embargo, es preciso reconocer que este enfoque —al igual que otros modelos de gestión— no representa

solo una evolución técnica sino que responde a la transformación del rol del Estado respecto del sistema de salud.

Esto no descarta la posibilidad de que algunas propuestas de la NGP, sobre todo en sus versiones “contextualizadas” puedan contribuir a la efectividad, eficiencia y adecuación de los servicios a las demandas de la población, así como al necesario ejercicio de transparencia en el manejo de los recursos públicos. Además, dado que la transformación del Estado mexicano ha seguido una lógica neoliberal, cabría esperar que de continuar la tendencia asistiremos a una hegemonía creciente de los modelos gerencialistas.

No obstante, es importante advertir que la cultura política y organizacional de nuestro entorno podría imponer desafíos importantes a la implementación de estas directrices, gestadas inicialmente en contextos políticos y culturales diferentes. Es muy probable que, lo que se está produciendo en el sistema de salud mexicano, sea un enfoque resignificado y refuncionalizado de la NGP. Dicho enfoque amerita ser estudiado en extenso y a profundidad, no solo por su importancia teórica sino también pragmática, para favorecer una implementación adecuada de aquellas directrices que se consideren valiosas.

Precisamente para lograr este discernimiento será importante escuchar las voces críticas del enfoque, a fin de advertir los potenciales riesgos que los principios de la NGP —aún contextualizados— pudieran entrañar para los valores que integran la misión del sistema de salud mexicano. En este sentido, será preciso analizar si la confianza en la capacidad regulatoria del mercado, las soluciones centralmente técnicas, o las propuestas de participación y cogestión contribuyen a ofrecer servicios oportunos, de calidad y en condiciones de equidad, garantizando el derecho a la protección en salud de los mexicanos.

Para esto será preciso continuar y profundizar la investigación multidisciplinaria sobre las nuevas configuraciones y dinámicas de los sistemas y servicios de salud —tanto institucionalizados como alternativos— que resultan de las reformas recientes. Esta investigación deberá realizarse no sólo sobre el nivel macro estructural —que ha sido el más sido analizado— sino también en el nivel institucional y de la gestión clínica, recuperando el punto de vista de los diferentes actores.

Esto permitirá posicionarse de manera fundamentada en el debate sobre las tendencias y resultados de las reformas y contribuirá a la discusión sobre la posibilidad y deseabilidad de que estas directrices se implementen en el contexto mexicano. Así mismo, permitirá comprender si los resultados negativos que han señalado los críticos de estas iniciativas se deben a limitaciones estructurales y de capacidades de gestión para aplicar un modelo adecuado o, como señalan los detractores, los resultados no podrían ser diferentes dado que dicho modelo produce una mercantilización de la salud en la que sobran las consideraciones sobre equidad, legalidad y justicia, aunque los discursos afirmen lo contrario.

Referencias

- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad. Saúde Pública*. 18(4), 905-925.
- Arellano, D. (2002). Nueva Gestión Pública: ¿El meteorito que mató al dinosaurio? Lecciones para la reforma administrativa en países como México. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. 23, 9-40. Recuperado de <http://old.clad.org/portal/publicaciones-del-clad/revista-clad-reforma-democracia/articulos/023-junio-2002>.
- Arellano, D., & Cabrero, E. (2005). La Nueva Gestión Pública y su teoría de la organización: ¿son argumentos antiliberales? Justicia y equidad en el debate organizacional público. *Gestión y Política Pública*. 14(3), 599-618.
- Bode, I., & Culebro, J. (2014). La tensión entre la fragmentación y la integración en la reforma a los sistemas de salud: Un estudio comparativo entre Alemania y México. *Región y sociedad*, 26(61), 235-266.
- Brito, P. (2000). Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Pública*. 8(1/2), 43-54.
- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) (1999). Una nueva gestión pública para América Latina. *Economía y Sociedad*. 4(9), 5-20.
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez, O., Lezana, M. y Kanul, F. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública Mex*. Vol. 49(1), S23-S36.
- Gómez-Arias, R. (2014). *Lo público y lo privado, Elementos para el análisis*. Curso Políticas Públicas y Salud. Medellín: Universidad de Antioquia, 1-21.
- Gómez, C. (2013). Nueva Gestión Pública y gobernanza: Desafíos en su implementación. *International Journal of Good Conscience*. 8(1), 177-194.
- Gómez, O., Sesma, S., Becerril, M., Knaul, F., Arreola, H., & Frenk, J. (2011). Sistema de Salud de México. *Salud Pública Méx*. 53(2), 220-232.
- González, G. (2001). Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Rev Panam Salud Pública*. 9(6), 406-412.
- González-Pier, E., Gutiérrez-Delgado, C., Stevens, G., Barraza-Lloréms, M., Porras-Condey, R., Carvalho, N., Loncich, K., Dias, R., Kulkarni, S., Casey, A., Murakami, Y., Ezzati, M., & Salomon, J. (2007). Definición de prioridades para intervenciones en salud. *Salud Pública Méx*. 49, S37-S52.
- Laurell, A. (2010). Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Medicina social*. 5(1), 79-88.
- Laurell, A. (2013). *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. Buenos Aires: CLACSO.
- López, A. (2003). *La Nueva Gestión Pública*. Algunas precisiones para su abordaje conceptual. Instituto Nacional de la Administración Pública. Serie I: Desarrollo Institucional y Reforma del Estado Documento 68.
- López, O., & Blanco, J. (2001). La polarización de la política de salud en México. *Cad. Saúde Pública*. 17(1): 43-54.

López, V. (2000). Sistemas de Salud. En A. Frías Osuna, *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson.

Martínez, G. (2016). Política de asignación de recursos del Seguro Popular: análisis y recomendaciones. *Salud Pública Mex.* 58: 577-583.

Molina, G. (2001). Tendencias en la gestión de los servicios de salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 19(1), 71-89.

Secretaría de Salud (2018). Sistema de Protección Social. Recuperado de <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/spss.html>

Uribe, M., Abrantes, R. (2013). Las reformas a la protección social en salud en México: ¿Rupturas o continuidades? *Perfiles Latinoamericanos.* 42, 135-162.

Recibido: 13 de diciembre de 2017

Corregido: 22 de febrero de 2018

Aceptado: 28 de febrero de 2018

Conflicto de interés: No existe conflicto de interés