

**LOS GASTOS CATASTRÓFICOS POR MOTIVOS DE SALUD EN MÉXICO, LOS
FACTORES SOCIOECONÓMICOS RELACIONADOS Y LA POLÍTICA EN
SALUD**

Presentada por:

Mtra. Gabriela Andrea Luna Ruiz

Director de Tesis:

Dr. José María Mella Márquez

Universidad Autónoma de Madrid

Madrid, 2013

ÍNDICE

1. Introducción.....	4
1.2 Problemas de investigación.....	7
1.3 Objetivo(s) de investigación	10
1.4 Hipótesis de investigación	11
1.5 Marco teórico.....	12
1.6 Revisión de la literatura sobre gasto en salud.....	16
2. El Financiamiento Privado de los Servicios de Salud en México.	42
2.1 La Composición del Financiamiento Privado.....	42
2.1.1 Antecedentes a Nivel Internacional:	42
2.1.2 Composición Pública-Privada del Financiamiento:	45
2.1.3 Composición Pública-Privada en el Financiamiento por Entidad Federativa:	48
2.1.4 Gasto Privado en Salud: el gasto de bolsillo y su relevancia en el Sistema de Salud	52
2.2 La desigualdad profundizada por el Financiamiento Privado.	57
2.2.1 Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares y el Gasto de Bolsillo en Salud (1992 a 2008).....	58
2.2.2 Principales Rubros de la Estructura General del Gasto en los Hogares Mexicanos (1992 a 2008).....	63
2.2.3 Gasto en Cuidados Médicos y Conservación de la Salud en México (1992 a 2008)....	68
3. El Gasto Catastrófico en Salud	74
3.1 Caracterización y magnitudes de los gastos catastróficos en salud.....	78
4. Gastos catastróficos, aseguramiento en salud y algunas otras variables relevantes.....	92

5. Modelación de los gastos en salud	120
5.1 Modelo de probabilidad de incurrir en gasto catastrófico	120
5.2 Datos y Variables	121
5.3 Modelación del gasto de bolsillo:.....	125
5.3.1 Probit de la probabilidad de realizar un gasto de bolsillo en salud mayor al 30 por ciento del gasto disponible por nivel de ingreso.	125
5.3.1 Modelo Tobit de determinantes del gasto catastrófico:	137
6. Política Social en Salud.....	148
6.1 Programas Sociales: Seguro Popular en Salud y Seguro Médico para una Nueva Generación.	150
6.2 Ventajas de los sistemas de co pago y pre pago	159
6.3 Conclusiones.....	166
7. Bibliografía	170
8. I Apéndice Estadístico.....	179
9. II Apéndice Econométrico.....	196

1. Introducción

Se ha identificado en la literatura de la economía de la salud desde hace casi 20 años, la existencia de gastos extraordinarios que realizan los hogares para atender alteraciones en el estado de salud. Estas perturbaciones son enfermedades y accidentes de los individuos, que generan este tipo de gasto impredecible y súbito dando lugar a los llamados gastos catastróficos por motivos de salud. Este gasto es muy grave para la mayor parte de la población con menores ingresos. La gravedad de este efecto se ha demostrado que es particularmente evidente en América Latina, de acuerdo a los hallazgos de K. Xu (2005), pese a que sus gobiernos tienen una trayectoria de cinco lustros pretendiendo ampliar los servicios de salud a la mayor parte de la población para reducir el tamaño de la población vulnerable ante eventos de enfermedad no considerados por la política social.

Estos gastos por motivos de salud se identifican como un factor de empobrecimiento para los hogares excluidos del sistema de salud y sin ingreso suficiente para comprar seguros, ya que la presencia de un evento de enfermedad implica para estos hogares pagar, de su bolsillo, los servicios de salud necesarios para restablecer su estado saludable, de manera que si no tienen solvencia económica la enfermedad los empobrecerá más.

En el trabajo que aquí se presenta se pretende explorar y describir en detalle el componente del gasto privado en el Sector Salud. El desarrollo de la investigación parte de una primera aproximación que nos permite caracterizar los sistemas de salud de los diferentes países seleccionados -emblemáticos por representar diferentes etapas de desarrollo-, además de poner en contexto la composición de gasto público/privado. Asimismo busca evidenciar que la desigualdad en el gasto de salud no sólo ocurre con los individuos, sino también entre entidades federativas, y por ello se describen algunas proporciones de los gastos a nivel estatal en México.

Posteriormente se realiza un análisis empírico a lo largo del tiempo con base en la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares en México (ENIGH) a partir del año 1992 y hasta el año 2008, con datos reportados de manera bianual.

La primera parte de este análisis identifica la estructura que rige los patrones generales de gasto-consumo en los hogares mexicanos a través de los principales rubros del gasto en el que se incurre, tales como: transporte (público y privado), limpieza, comunicación, cuidado personal, educación, cultura y recreación, vivienda, vestido, calzado, accesorios, cristalería, salud, enseres, artes y esparcimiento, transporte, alimentación y otros. Esto permite tener una monografía descriptiva de la distribución de los recursos económicos en las actividades y bienes de las familias mexicanas, para cada uno de los deciles de ingreso, lo que ofrecerá evidencia respecto al tipo de restricción presupuestal que poseen las

familias mexicanas y con ello las condiciones de holgura o precariedad que tienen para poder ejercer algún tipo de gasto en el cuidado de su salud.

Se revisa, también empíricamente, la manera en que los hogares en México destinan su gasto; se hace un énfasis, especial, a la parte del ingreso destinada al Gasto en Salud que por las características propias de este gasto las familias no pueden planificar y por ello no hay planeación financiera suficiente para enfrentar la enfermedad de alguno de sus miembros, así es factible que las familias se empobrezcan, pierdan activos al venderlos, o bien los lleve a endeudarse, bien sea por no tener acceso a la seguridad social o por tener que demandar servicios médicos privados, pagados por cada familia.

Así se revela un Sistema de Salud en el que los individuos se ven obligados a pagar de su propio bolsillo los costos de los servicios de salud algunos por no tener seguridad pública y otros por insatisfacción de los servicios públicos. En particular, una parte importante de la oferta que corresponde a los servicios privados se trata de los que brindan acceso exclusivamente a quienes pueden pagarlos y excluyen a los miembros más pobres de la sociedad.

No sólo se trata de poner énfasis en la injusticia financiera, sino de entender los mecanismos a través de los cuales se puede proteger a la población más vulnerable económicamente, la que frente a posibles alteraciones en su estado de salud necesitan más solvencia económica. Se ha demostrado en diversos estudios

que son precisamente, los deciles más bajos de ingreso quienes menos beneficios reales obtienen de los sistemas de pago anticipado, asociados al empleo (seguridad social), además de tener un menor acceso a los servicios subsidiados que se localizan en zonas con alta concentración de servicios públicos.

Con los datos se realizará un análisis más detallado de los gastos en salud reportados, en las ENIGHs y agrupados en 10 categorías de gasto.

Con base en la información precedente se construyen algunos índices que permiten analizar descriptivamente las variaciones en gastos catastróficos según diferentes situaciones de riesgo para la salud, así como obtener evidencia empírica en relación a la incidencia de programas sociales materializados en políticas públicas de salud como *Arranque Parejo en la Vida (2000)* y el *Seguro Popular (2006)*. Finalmente, se expondrán dos análisis econométricos que permitirán encontrar la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos y explicar las variables relacionadas con el fenómeno.

1.2 Problemas de investigación

Los indicadores concernientes a la salud aportan información sustantiva respecto al desarrollo económico de un país. Se ha demostrado que la salud poblacional lleva a una mejor calidad de vida, lo que permite progresos en el desempeño y rendimiento de los individuos. Hay una relación en dos vías: individuos saludables

consiguen mejor y mayor desempeño económico de la misma manera en que sistemas de salud pública consolidados protegen y promueven la salud de los individuos. Es decir, el bien “salud” genera externalidades positivas para la calidad de vida de los individuos y para el desarrollo económico.

De ahí que más allá del interés que en sí misma genera la salud, por sus implicaciones sobre el desarrollo de los países, vale la pena explorar cómo es la mejor manera de proveerla a la población en general¹.

En México la cobertura de aseguramiento social es insuficiente respecto a las necesidades de la población por estos servicios, ya que los individuos sin trabajo estable no tienen acceso a seguridad social ampliada (es decir, salud y fondo de ahorro para el retiro) y los que cuentan con aseguramiento, en ocasiones insatisfechos con los servicios que les ofrecen estos proveedores de salud se ven obligados a ejercer un desembolso no previsto. Por ello, independientemente de la condición de aseguramiento, el gasto en salud es ineludible e imprevisible. Así que las familias lo tienen que enfrentar y, dependiendo de la severidad o tiempo de duración del evento, puede convertirse en un gasto catastrófico.

Financiar la salud a partir de gasto de bolsillo de las familias, que tienen algún o algunos de sus integrantes enfermos evidencia la fragilidad financiera con la que se sustenta el sistema de salud, en buena medida. Y permite observar la injusticia

1 Lusting, Nora. Salud Y Desarrollo Económico: El Caso de México. El Trimestre Económico. Vol. 74 Núm. 296, Octubre 2007

en el financiamiento, pues precisamente son las familias con menor estabilidad económica –por no ser trabajadores formales que tienen un ingreso disponible fluctuante y no poseen aseguramiento-, que en el momento de la enfermedad, cuando generan bajas laborales, al no ser cubiertas por seguridad social alguna, por ser autoempleados o subempleados sin prestaciones, tienen que generar desembolsos. Esta población también puede incurrir en gastos de transportación a lugares donde puedan ser atendidos, incluso sufrir eventualmente la pérdida de productividad de quien lo acompañe, reforzando el proceso de desembolsos económicos que alterarán sus patrones de consumo.

El grave problema que enfrentan las sociedades en desarrollo o incluso algunas desarrolladas, como EEUU, es que ni el presupuesto de los gobiernos destinado a salud, ni las políticas públicas destinadas a incluir en el sistema de salud a la población en general, son suficientes para eliminar los gastos catastróficos por motivos de salud.

Aun más grave es que aunque los presupuestos en salud crezcan, no se puede garantizar que los gastos empobrecedores se reduzcan dado que se tendría que incluir la premisa de asegurar universalmente y con una bolsa de beneficios mínimos explícitos que esté garantizada para cualquier tipo de padecimiento, lo cual es una situación no sostenible financieramente a largo plazo en países que no tienen un nivel aceptable de ingresos como es el caso de los países latinoamericanos.

No menos importante es generar un documento de investigación que permita conectar el discurso de la salud pública con las herramientas y enfoques propios de la economía, tal que permita la comprensión del fenómeno del financiamiento desde los dos campos de análisis, enriqueciendo el debate desde ambas perspectivas.

1.3 Objetivo(s) de investigación

Analizar la evolución del gasto de bolsillo en salud en los hogares mexicanos para determinar y describir las variables que pueden incidir en la magnitud de los gastos catastróficos, así como los gastos por insatisfacción, al igual que la medición de los efectos económicos observables en la reducción del gasto de bolsillo y si son atribuibles a los nuevos programas de salud.

Estudiar las posibilidades de operatividad de los esquemas de prepago y estrategias de copago en servicios provistos por prestadores públicos de salud a fin de subsanar las carencias de oferta.

La pregunta central de la investigación se refiere a cuál es la magnitud del gasto catastrófico en salud medido a lo largo del tiempo, a través de las ENIGHs de 1992 a 2008, y cuáles son los principales rubros del gasto en salud que provocan el mismo. De las clases de gasto en salud, consideradas en las ENIGHs, se

construyen únicamente 8 parámetros de gasto, lo que facilitará el análisis por tipo de demanda que se hace al sector de los cuidados para la salud.

1.4 Hipótesis de investigación

Dado que la manera más injusta de financiar la atención a la salud es a través del gasto de bolsillo, se espera que con las políticas públicas encaminadas a impulsar el aseguramiento universal, el gasto de bolsillo se vea disminuido y con ello se minimice el riesgo de incurrir en gasto catastrófico y que las familias se vean en una situación de riesgo de empobrecimiento. De esta manera la cobertura universal podrá funcionar como protección contra los posibles eventos de enfermedad de toda la población.

El gasto de bolsillo por su característica de choque es esencialmente curativo ya que aparece frente a cualquier perturbación de la salud y contribuye al empobrecimiento de las familias. Desafortunadamente, en México esta situación no sólo se presenta en los hogares excluidos de la seguridad social en salud, pues incluso los asegurados llevan a cabo gastos de bolsillo por situaciones de insatisfacción con los servicios de salud demandados o bien por la mala percepción que se tiene de los servicios de salud públicos.

La hipótesis central de la investigación es que el cambio en el esquema de financiamiento de los servicios de salud para la población no asegurada a

partir de la implementación del Seguro Popular de Salud no ha mostrado efectos significativos en la reducción de los Gastos Catastróficos en Salud, ni un cambio estructural en la tendencia de estos.

1.5 Marco teórico

El gasto privado en salud se ha identificado por diversos autores como Cruz (2006) y Knaul (2005), entre otros, como un factor de empobrecimiento para los hogares que están excluidos del sistema de salud, sea por no tener acceso a la seguridad social o por no tener los medios económicos para pagar, de su bolsillo, los servicios de salud frente a un evento de enfermedad^{2,3}. Algunas de las características que hacen que el financiamiento de los servicios de salud sea altamente inequitativo y coloque a las familias en una situación de riesgo extremo de empobrecimiento, son:

- a) Se trata de un gasto imprevisto que, en ocasiones, no se está en condiciones de solvencia económica para enfrentarlo;
- b) El gasto en salud muchas veces es ineludible, en particular cuando se trata de una emergencia;

2 Torres A C, Knaul FM, (2003). Determinantes del sistema de salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. En Caleidoscopio de la Salud. eds. Knaul F. y Nigenda G. FUNSALUD, pp. 209-225.

3 Cruz C., Luna G., Coello C., Mexicano C., Stabridis O., Morales R. Políticas Públicas Sectoriales e Intersectoriales para Mejorar los Niveles de Salud: Gasto Privado y Gasto de Bolsillo por Motivos de Salud en México. Documento de trabajo Departamento de Economía UIA. Octubre 2006.

- c) El gasto en ocasiones es previsible pero ineludible (gasto por embarazo y parto);
- d) Hay gastos en salud que pueden ser potencialmente permanentes al tratarse de padecimientos crónicos; y
- e) Puede ser un gasto resultante de la insatisfacción con los servicios públicos recibidos.

Así se revela un Sistema de Salud en el que los individuos más vulnerables económicamente, porque no tienen condiciones de aseguramiento en salud por carecer de condiciones laborales estables (trabajo formal), son quienes se ven obligados a pagar de su propio bolsillo los costos de atención a la salud.

Lo anterior ilustra que no contar con cobertura universal de aseguramiento, ocasiona que casi la mitad de la población tenga que financiar de su bolsillo los servicios de salud. Y es importante recordar que la salud debe ser considerada un bien público meritorio, es decir, un bien al que sin excepción toda la población debe tener derecho.

Cabe destacar que son precisamente los deciles de ingresos más bajos, quienes menos beneficios reales obtienen de los sistemas de pago anticipado, asociados al empleo (seguridad social). No obstante, vale la pena aclarar que se ha buscado corregir esta situación al iniciarse la aplicación, a partir de 2004, del Sistema de

Protección Social en Salud y el Seguro Popular de Salud. (Diario Oficial de la Federación, 2003).

La demanda por servicios de salud se deriva de la demanda del individuo por salud, por la utilidad que tiene el individuo al estar sano, así que el consumidor no sólo adquiere la salud pasivamente del mercado, sino que la produce (Folland, et al, 1993), lo que significa que la carencia de salud, o bien la presencia de la enfermedad, es lo que determina la demanda por servicios de atención a la salud (Torres, 2002). Esto conduce a la idea de que la demanda individual por atención es irregular e impredecible, porque resulta imposible determinar cuándo se presentará la enfermedad; la incertidumbre es un sello característico de la demanda por servicios de salud (Cárcamo, 1990).

En trabajos como el de Gwatkin (1999)⁴ y en reportes de la Organización Panamericana de la Salud⁵ se tiene evidencia respecto a que los pobres sufren una mayor incidencia, prevalencia y letalidad de enfermedades, derivada de sus condiciones materiales de vida ya que, en general, soportan una carga elevada de enfermedad. Cabría entonces suponer que al no poseer aseguramiento destinarían una mayor proporción del gasto al rubro de salud pero, paradójicamente, se observa lo contrario en los hallazgos encontrados.

4 Gwatkin DR, Guillot M, Heuveline P. The burden of disease among the global poor. *Lancet* 1999;354 (9178):586-589).

5 La carga de enfermedad en poblaciones pobres. *Rev Panam Salud Publica*, Nov. 1999, vol.6, no.5, p.347-348. ISSN 1020-4989.

Investigaciones previas detectan que mientras más pobre es el hogar menor es su proporción de gasto en salud, por lo que parece ratificarse la hipótesis de que la población pobre no asegurada no gasta hasta que es indispensable o impostergable y, al hacerlo, se vuelve catastrófico.

En particular, en México se detecta que a nivel nacional hay un sub gasto en salud, tanto por parte de los hogares como por parte del gobierno. Por ello, en el nuevo contexto de aseguramiento universal mediante el Seguro Popular se tiene un objetivo particular que atiende a la urgencia del financiamiento público adicional para completar la demanda de salud no resuelta por parte de los pobres.

A partir de la evidencia se puede afirmar que la pobreza puede ser concebida como una privación multidimensional, en donde la imposibilidad de obtener cierta especificación de activos, ingresos, bienes de consumo y/u otros elementos del bienestar, identifica a quién es pobre. No sólo existe un tipo de pobreza y no es conveniente confundir el concepto de pobreza con otros conceptos distributivos, como la desigualdad, la marginalidad y la exclusión.⁶

La pobreza desde el ámbito de la salud es muy importante pues en muchas ocasiones el único activo que tienen los pobres es su cuerpo y si éste se deteriora por la enfermedad, hunde al pobre y a su familia en una trampa de pobreza^{7,8}. En

⁶ Cfr., Medición de la Pobreza: Variantes Metodológicas y Estimación Preliminar, Secretaría de Desarrollo Social, Comité Técnico para la Medición de la Pobreza, Serie: Documentos de Investigación ISBN: 968-838-476-3, julio de 2002, dirección: www.sedesol.gob.mx, fecha de consulta: 17 de julio de 2003, 116 Págs.

⁷ Sachs J. Improving Health Outcomes of the Poor. Commission on Macroeconomics and Health, Organización Mundial de la Salud. Ginebra Suiza, 2002.

un proyecto de reducción de pobreza y fomento del crecimiento económico, se considera a la salud como un bien final en el que se debe invertir a lo largo del tiempo, lo que llevará a un círculo virtuoso que romperá con las inercias negativas dentro de los sectores más pobres de la población de una nación⁹. Por lo que el mejoramiento de la calidad de vida de los pobres debe implicar una mejoría en sus condiciones materiales de vida, de sus estilos de vida y en el autocuidado de la salud.

La injusticia financiera en salud es un hecho, pero la tarea pendiente es entender los mecanismos a través de los cuales se puede proteger a los más vulnerables económicamente, quienes frente a posibles alteraciones en su estado de salud necesitan más solvencia económica; por esta razón los instrumentos de acceso a servicios de salud dirigidos a los más pobres, como el Seguro Popular de Salud, deben ser analizados meticulosamente para verificar su eficiencia.

1.6 Revisión de la literatura sobre gasto en salud

De ninguna manera se pretende exponer que el tema trabajado en el presente documento es innovador pues desde mediados de los noventa el gasto y cómo se efectúa ha sido una preocupación para los estudiosos de los sistemas de salud y la sostenibilidad en su financiamiento.

8 Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud. México: Op. Cit., 2006. Capítulo 1

9 Rubalcava L., Teruel G. La importancia en México del Capital Humano de la Madre en la Salud de los Hijos: Un Análisis Multidimensional, documento preparado para la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud. 2004 México.

Entre los primeros antecedentes se encuentra en el trabajo de Cruz y Frenk (1992)¹⁰, realizado para la Fundación Mexicana para la Salud, en el que con la realización de las primeras cuentas nacionales del sistema de salud mexicano, se realizó un hallazgo sin precedente, que ya se había documentado en la literatura pero no se había demostrado empíricamente y no se conocía el monto: de cada peso destinado a salud en México, más de 50 centavos correspondían a los bolsillos de los hogares privados, que realizaban gasto individual y casi 43 centavos de cada peso correspondían a gasto del gobierno. También se inicia la línea de investigación sobre qué tan importantes eran estos gastos en salud para las familias, situación que abría espacio para la inclusión del concepto: gasto catastrófico.

Inspirada en las reformas al sistema de salud en Colombia en 1993, Chicaiza (2002)¹¹ en su texto “El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo” revisa el modelo anglosajón y la manera en que se privatizó la prestación de servicios de salud y se regularon los servicios públicos. Elabora un modelo de simulación sobre mercados perfectamente competitivos y encuentra que un sistema funcional está estrechamente relacionado con el adecuado desempeño de ciertas variables económicas: el empleo y su calidad. Propone un sistema de reaseguro para contener los costos en la atención a la salud que se

10 Cruz, Carlos; Alvarez, Fernando; Frenk, Julio et al, NATIONAL HEALTH ACCOUNTS: THE FINANCING OF HEALTH SERVICES IN MEXICO, 1992. Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), 1992.

11 Chicaiza, L. El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo. Problemas del Desarrollo. Vol. 33. No. 131, X-XII / 2002. UNAM. México

disparan al diseñar un aseguramiento privado individual y busca la transferencia de riesgos al generar un *pool* de riesgos adecuado que reduzca el riesgo moral y la selección adversa; en este modelo se contempla el autoseguro para los incidentes en salud que estén por debajo del valor esperado. Con ello demuestra que el fundamento de un sistema de salud es conocer a los individuos que lo integran y que cada individuo pueda demandar libremente los servicios, es decir, que sea portador de su prima de seguro.

En el texto de Rossi (2004), se plantea, en medio de los debates sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud, de manera muy interesante un cuestionamiento El gasto en salud ¿es un lujo?. Los autores, a través de las Encuestas de Gasto en Hogares de Uruguay de 1982-1983 y 1994-1995, estiman las curvas de Engel para ciertos tipos de gasto en salud y su gran hallazgo es detectar que, para los habitantes de la capital, Montevideo, el gasto total en salud tiene comportamiento de bien de lujo. Pero al analizar categorías de gasto en salud en específico encuentra que los gastos en medicamentos, emergencias y algunas emergencias ambulatorias tienen comportamiento de bienes necesarios. Es decir, únicamente ciertas demandas por salud son de lujo. Con ello, se revela que muchas familias se autoexcluyen o postergan la demanda de algunos servicios de salud.

Directamente Knaul (2005) aborda el tema del financiamiento en el trabajo “Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004”¹² en el que hace un análisis longitudinal sobre el comportamiento del gasto en salud, en particular del gasto empobrecedor de los hogares a lo largo del periodo indicado. Utiliza las series bianuales de las ENIGHs con las que se presentan cuatro indicadores de gasto empobrecedor, a nivel de estadística descriptiva: 1) índice de justicia en la contribución financiera, 2) proporciones de hogares con gasto catastrófico, 3) proporciones de hogares con gasto empobrecedor, y 4) suma de 2 y 3, agregado al que denominan gastos excesivos. Estimaron, con la metodología de la OMS, que los gastos empobrecedores por motivos de salud alcanzaron su punto más elevado en 1996 con 9.9% y encuentran una tendencia decreciente en los periodos posteriores, lo atribuyen fundamentalmente a la aparición del Seguro Popular que permite que las familias no aseguradas redujeran su gasto en salud.

El cambio en el gasto está concentrado fundamentalmente en los dos primeros deciles de ingreso pues fueron los primeros beneficiarios del Seguro Popular. Su conclusión más relevante es que “la protección financiera ayuda a garantizar que cuando coinciden los tiempos de crisis económica -del país o de una familia - con eventos de enfermedad, el gasto en la atención a la salud no ocasiona un periodo largo o permanente de empobrecimiento para los hogares”¹³.

12 KNAUL, Felicia Marie; ARREOLA-ORNELAS, Héctor and MENDEZ, Oscar. Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. Salud Pública Méx [online]. 2005, vol.47, n.6, pp. 430-439. ISSN 0036-3634.

13 Knaul (...) Op. cit.

Pérez-Rico (2005)¹⁴ analiza la magnitud, distribución y determinantes de los gastos catastróficos en México por motivos de salud. A través de la Encuesta Nacional de Evaluación del desempeño 2002, con la metodología de la OMS para evaluar protección financiera en el sistema de salud, determinan que el 3.8% de los hogares incurre en gasto catastrófico pero que las diferencias entre los Estados que conforman la Federación es muy grande. Presentan un modelo de regresión logística y encuentran que en los hogares rurales, los pobres y los no asegurados tienen mayor riesgo de empobrecer por motivos de salud. Los eventos de parto y presencia de adultos mayores en las familias también exponen a mayor riesgo de gastos catastróficos; asimismo destacan las familias con integrantes discapacitados.

En otros esfuerzos como el de Knaul (2005), se hace hincapié en analizar el impacto probable de la implementación del Seguro Popular en Salud, buscan hacer un pronóstico para medir la influencia sobre el gasto catastrófico y la justicia financiera que tendría la aplicación de dicha política, con datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2000 y la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud (ENAGS) 2001. Por medio de una simulación matemática alteran los parámetros de gasto que serían afectados con la afiliación del Seguro Popular.

14 Pérez-Rico Raymundo, Sesma-Vázquez Sergio, Puentes-Rosas Esteban. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. Salud Pública de México, ISSN 0036-3634, Vol. 47, N°. Extra 1, 2005 , pags. 37-46

Entre los resultados más importantes se encuentra que “aun antes de lograr la meta de cobertura universal en 2010 habrá un impacto significativo en el desempeño del sistema de salud mexicano en lo que se refiere a justicia financiera. Con una reducción de 40% en el gasto de bolsillo y una cobertura de 100% del Seguro Popular de Salud se estima una reducción en el porcentaje de hogares con gastos catastróficos de 3.4 a 1.6%”¹⁵. Tras la aplicación real del Seguro Popular pareciera que este trabajo sobrestimó los beneficios que traería su aplicación, pues supuestamente mejoraría sustancialmente el índice de justicia financiera, acompañado de una reducción significativa en el gasto catastrófico, evidencia aún no demostrada tras 6 años de su aplicación.

En cuanto a temas de equidad, Maceira (2006) hace un análisis de descomposición de factores sobre el Sistema de Salud en Argentina¹⁶ y describe la manera en que se financia la salud con la observación de separación de funciones como prestador de servicios de salud y financiador de los mismos y revisa los términos de cobertura en que se encuentra la población. Los hallazgos más significativos que obtiene es la detección del crecimiento del gasto público y lo perjudicial que resulta para el gasto-ingreso familiar el gasto en salud que es atomizado e insuficiente para mantener altos estados de salud para los individuos.

15 Knaul F, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Martínez A. Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México. *Salud Publica Mex* 2005; 47 supl 1:S54-S65.

16 Maceira, Daniel. *Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino*. Centro de Estudio de Estado y Sociedad y CONICET. 2006.

En otro trabajo de Knaul (2007), se analizan algunas posibilidades de reforma para disminuir el gasto catastrófico y empobrecedor en salud¹⁷ a partir del reconocimiento de la falta de protección financiera en salud; se estudia cómo en México la detección de estos tipos de gasto por motivos de salud ha funcionado como un motor para reformas institucionales profundas como la implementación de estrategias como el Seguro Popular de Salud. Se presenta (mezclas mucho singular y plural) la evidencia de las tendencias estadísticas de los últimos 15 años sobre los gastos catastróficos y empobrecedores; se discute el posible impacto de la cobertura creciente del Seguro Popular y se sugiere la reducción sustantiva de los gastos en salud, el empobrecimiento y la creciente protección de los hogares más desposeídos en momentos de crisis financiera.

Mención particular merece el trabajo de Gerdtham (2000) que no sólo hace comparación de gasto en salud global entre diferentes países, sino también realiza una revisión sistemática en la que observa diferentes instituciones de salud entre los países y los modelos de regresión con que se han intentado detectar las principales variables detonantes de gasto catastrófico en salud. El resultado más concluyente es que el ingreso agregado es el factor más importante para explicar la variación de los gastos de salud entre los países y que el tamaño de la elasticidad-ingreso estimada es alta e incluso superior a la unidad lo que, en este

17 Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, Miranda M, Sesma S. Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud Publica Mex* 2007;49 supl 1:S70-S87.

caso, indica que la salud tiene comportamiento de bien de lujo¹⁸. Otros hallazgos importantes destacan que la atención primaria en salud reduce el gasto en salud y que la manera más eficiente de remunerar al sector médico en atención ambulatoria es la capitación que ayuda a reducir los gastos de honorarios por evento. Sugieren que hace falta el desarrollo de la macro econometría y el análisis macroeconómico para los temas de gasto en salud.

En otro estudio para varios países se halla el trabajo de Xu K (2003)¹⁹ en el que se hace un análisis de la magnitud del gasto catastrófico en diferentes países en los que se han implementado estrategias para reducir los gastos de bolsillo en salud y en los que, sin embargo, hay alta incidencia de gastos, en particular de gastos catastróficos. Los autores realizan un análisis comparativo de Sistemas de Salud entre 59 países, con encuestas aplicadas en hogares, a través de regresiones por *clusters* (análisis por conglomerados) con variables relacionadas con gastos en salud, tienen una definición particular de gasto catastrófico, como el gasto en salud superior al 40% del ingreso disponible después de cubrir las necesidades vinculadas a vivienda y alimento.

Entre los resultados más relevantes detectan que las tasas de los gastos catastróficos fueron más altas en algunos países en transición, en particular en algunos países de América Latina. Tipifican tres condiciones específicas para que

18 Gerdtham, Ulf-G. & Jonsson, Bengt, 2000. "International comparisons of health expenditure: Theory, data and econometric analysis," Handbook of Health Economics, in: A. J. Culyer & J. P. Newhouse (ed.), Handbook of Health Economics, edition 1, volume 1, chapter 1, pages 11-53 Elsevier.

19 K.Xu, D.Evans, K.Kawabata, R.Zeramadini, J.Klavus, C.Murray (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. The Lancet, Volume 362, Issue 9378, Pages 111-117

en los Sistemas de Salud se presenten gastos catastróficos: disponibilidad de los servicios de salud que requieran el pago, baja capacidad de pago, y la falta de pago por adelantado o seguro de salud. Por ello concluyen con una recomendación de política pública: el incremento en la disponibilidad de servicios de salud en países de bajos ingresos a fin de mejorar los niveles de salud y el diseño de esquemas de prepago y de cobertura universal para las clases con menores ingresos.

De acuerdo con la metodología de gastos catastróficos por motivos de salud, se encuentra un texto importante de Abul Naga (2008), en el que los autores relacionan el bienestar en el hogar con los gastos catastróficos en salud²⁰ y determinan que hay cierto umbral crítico de gastos que se dedican a cuidados de salud el cual, al ser traspasado, coloca a la familia en riesgo de empobrecimiento y de pérdida de activos físicos y financieros. En el trabajo desarrollan un marco conceptual para explorar tres variables que ayuden a desarrollar una metodología que sirva para ver el grado de pérdida de bienestar que vive una familia por motivos de enfermedad: a) Los cambios significativos en el ingreso-gasto familiar ¿pueden reflejar cambios de bienestar para la familia? b) ¿Existe una asociación positiva entre el incremento de la pobreza y el gasto de bolsillo, del presupuesto familiar, por motivos de salud? c) ¿Incrementar la cobertura de la población con seguro de salud se traduce directamente en una reducción de los gastos catastróficos?. Pues determinan que estos tres cuestionamientos son

20 Abul Naga, R; Lamiraud, K. 2008. "Catastrophic health expenditure and household well-being," Working Papers 0803, University of Lausanne, Institute of Health Economics and Management (IEMS).

fundamentales para entender cómo afecta a los niveles de bienestar de las familias la falta de protección financiera en salud.

Un enfoque específico de gasto en salud y Seguro Popular de Salud lo presenta Hernández-Torres (2008)²¹, en el que estima su resultado en la fase inicial de aplicación en la población, así como la importancia de algunos otros factores relacionados con dicho gasto. Se trata de un análisis transversal que utiliza la Encuesta de Evaluación del Seguro Popular, que comprende exclusivamente a los estados de Colima y Campeche, los datos corresponden a 2002 pero el estudio fue realizado en 2005. Estimaron la relación del Seguro popular y algunas variables relacionadas con el gasto catastrófico con un modelo probit; en una segunda aproximación buscaron la correlación de esas variables con el gasto catastrófico, bajo la hipótesis de endogeneidad del gasto catastrófico con Seguro Popular se valen de un modelo probit bivariado. Entre sus principales hallazgos se encuentra que la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico los hogares afiliados al Seguro Popular fue casi 8 % más baja, respecto a los no afiliados, independientemente del nivel socioeconómico al que pertenecen y del servicio de salud por el que tuvieron el gasto. Los resultados que obtienen no parecen contundentes aunque sugieren que el Seguro Popular protege de empobrecer a las familias afiliadas, pero en un porcentaje muy bajo.

21 Hernández-Torres, Jinneth; Avila-Burgos, Leticia; Valencia-Mendoza, Atanacio y Poblano-Verastegui, Ofelia. Evaluación Inicial del Seguro Popular sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México. Rev. salud pública . Bogotá, Colombia 2008, vol.10, n.1, pp. 18-32.

Las aproximaciones a la perspectiva de financiamiento en salud son muy variadas; Erdogan (2008), por ejemplo, explora los incentivos financieros perversos que hay en el sistema de salud en España y cómo inciden para la jubilación²². Consideran los montos individuales cotizados para las pensiones a través de las historias de vida en el mercado laboral e intentan relacionarlo con las crisis de salud, medidos como los cambios en una medida propuesta de salud compuesta por valores a lo largo del tiempo. Entre los resultados más relevantes de este trabajo vinculados con la salud está el que sólo eventos contundentes o shocks de enfermedad orillan a los individuos a jubilarse. Los dos hallazgos más relevantes giran en torno a dos premisas básicas: los incentivos financieros inciden de manera más importante en el plazo de jubilación que el acervo de salud (seguridad económica independiente de los incentivos que implican ser trabajador activo, adelantan la jubilación, más que estados de enfermedad); y los acervos de salud juegan un papel más importante que crisis transitorias salud (enfermedades no crónico-degenerativas) en la determinación de las decisiones de jubilación. Es ilustrativa la simulación donde se proyectan los posibles efectos de la reforma aprobada en 2006, que contiene incentivos en el mercado de pensiones y muestra cómo son los efectos esperados en comparación con los registrados en los stocks de salud.

Otro trabajo que revisa el gasto en los países desarrollados desde la perspectiva del envejecimiento poblacional es el de Mizushima (2008), dada la creciente preocupación por su impacto económico. Especialmente el gasto en salud crece

22 Esen Erdogan-Ciftci & Eddy Van Doorslaer & Angel Lopez-Nicolas, 2008. "Health, Financial Incentives and Retirement in Spain," Tinbergen Institute Discussion Papers 08-093/3, Tinbergen Institute.

en las economías desarrolladas donde el promedio de edad poblacional es más alto y en donde entre el 70% y el 80% del gasto en salud es financiado por el sector público. Los autores presentan un modelo simple de crecimiento y examinan la tendencia de envejecimiento y la protección financiera en salud en el ahorro y la tasa de crecimiento. Logran demostrar que un aumento en la esperanza de vida se correlaciona positivamente con la tasa de crecimiento de la economía sin protección financiera para la salud, pero demuestran una U invertida respecto de las economías que sí consideran una política de protección en salud. Con el enfoque de bienestar económico muestran que aumenta el conflicto intergeneracional entre la generación actual y la futura, pero que la protección financiera suaviza el conflicto entre las generaciones traslapadas.

Una perspectiva como la de Fitoussi (2008) sostiene que algunos de los desequilibrios macroeconómicos en China pueden atribuirse a un exceso de ahorro de los hogares, que explica su origen en la incertidumbre que existe sobre la prestación de servicios públicos como: salud pública, pensiones y educación. Respecto a los servicios de salud, sostiene que el gasto social del gobierno puede tener un contenido intergeneracional importante, es decir, no hay gasto público en salud hacia los más viejos, con lo que en esta población se genera más gasto privado de tal manera que los jóvenes ahorran en exceso para subsanar las carencias de fondos de pensión suficientes y de atención a la salud adecuada; así reducen su consumo presente postergándolo al futuro, situación que afecta el

crecimiento del mercado interno²³. La conclusión es que un papel más importante del gobierno en el sector de los servicios públicos, y en particular de la atención de la salud, puede disminuir o atenuar estos fallos en el consumo que generan mercados incompletos, y así sostener niveles de consumo adecuados para mantener la economía china en una senda de crecimiento sostenible. Bajo esta perspectiva el que la cobertura universal en salud se financie con fondos públicos fortalece dicho objetivo de crecimiento y consumo.

Como el tema objetivo de este documento es el gasto en salud, no se puede obviar el trabajo de Gleckman (2008) que pone el énfasis en el gasto del Sistema de Salud de Estados Unidos y pretende dar respuestas a una pregunta fundamental para el país que más gasta como proporción de su Producto Nacional Bruto y es: ¿cómo se puede mejorar a largo plazo el financiamiento en la atención de la salud? Los autores reportan 18% de gasto de bolsillo, 70% entre Medicare y Medicaid, y un bajo porcentaje con aseguramiento privado. Se demuestra la insostenibilidad de un sistema que excluye al 30% de la población de los servicios de salud y permite una gran cantidad de endeudamiento por motivos de salud. También presentan un análisis comparativo entre el aseguramiento privado y el público y proponen como modelo ideal una mezcla de ambos modelos para que en el largo plazo pueda ser sostenible financieramente y socialmente más justo.

23 Fitoussi JP, Saraceno F, 2008. "The Intergenerational Content of Social Spending: Health Care and Sustainable Growth in China," Documents de Travail de l'OFCE 2008-27, Observatoire Français des Conjonctures Économiques (OFCE).

Una de las variables que tradicionalmente se relaciona con los gastos catastróficos y empobrecimiento en los hogares por motivos de salud es la discapacidad de un miembro del hogar; en este sentido trabajos como el de Urquieta (2008) aportan evidencia pues analiza entre la población pobre urbana de México el gasto en salud y su relación con la condición de discapacidad²⁴ con la utilización de la Encuesta de Evaluación Urbana 2002 del Programa Oportunidades, se detectan hogares con algún miembro con discapacidad y determinaron el gasto en salud tanto hospitalario como ambulatorio . Entre los 15.314 hogares estudiados, el 10.1% de ellos reportaron algún familiar con discapacidad estructural y el 13.4% con limitación para realizar actividades de forma moderada o grave; curiosamente la discapacidad estructural no implicó mayor gasto para la familia pero en el caso con limitaciones un 97% de los detectados llegó a solicitar atención ambulatoria; los hogares más pobres gastaron más en estas condiciones. Se determina que la limitación para realizar actividades físicas diarias tiene un efecto muy negativo en el gasto de las familias, especialmente en los más pobres.

En el trabajo de Nguyen (2011) se aborda cómo hacer frente a los gastos para el cuidado de la salud entre los hogares pobres de Dai Dong, (Vietnam)²⁵. El autor hace una revisión del cambio hacia la privatización en la demanda en el sistema

24 Urquieta, José; Figueroa, José; Hernández, Bernardo (2008). El gasto en salud relacionado con la condición de discapacidad. Un análisis en población pobre de México. Rev Salud Pública de México. 50(2):136-146.

25 Nguyen, Kim Thuy, Khat, Oanh Thi Hai, Ma, Steven, Pham, Duc Cuong, Khat, Giang Thi Hong and Ruger, Jennifer Prah, Coping with Health Care Expenses Among Poor Households: Evidence from a Rural Commune in Vietnam (December 2011). Social Science & Medicine, Vol. 74, No. 5, pp. 724-733, 2012. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1435832> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1435832>

de salud vietnamita desde 1980, lo que llevó a una saturación de los establecimientos privados y un incremento en los gastos de bolsillo por atención médica. En el trabajo se busca encontrar una estrategia para afrontar los gastos de bolsillo que desestabilizan la economía de la población. Se basan en una encuesta de 2008 de 706 hogares (166 muy pobres; 184 pobres; 356 otros), que contiene 2.697 miembros de hogar en Dai Dong. Entre los hallazgos más relevantes se encuentran que una proporción similar de los hogares muy pobres y pobres suelen recurrir a los préstamos para pagar los tratamientos cuando tienen pacientes hospitalizados. De esta manera, una proporción mayor de hogares muy pobres (44%) respecto a los otros hogares, sin ésta característica (24%) solicitan nuevamente prestado para pagar los préstamos previos debidos a falta de salud de algún miembro del hogar; asimismo detectan las dificultades de los más pobres para devolver los préstamos. Los préstamos solicitados para hospitalización y tratamientos graves tienen menor tasa de recuperación que los solicitados para medicina ambulatoria, pero para cualquier tipo de requerimiento se acercan las familias a solicitar préstamos.

En este trabajo de Nguyen (2011) los autores detectan la posibilidad de que las familias reduzcan el consumo de alimentos para pagar los tratamientos de alto costo, en comparación con tratamientos de bajo costo y encuentran cambios significativos en aumento de pobreza, tanto en pacientes hospitalizados como en tratamiento ambulatorio. Entre las principales conclusiones destaca que la disminución de los fondos estatales para el cuidado de la salud repercutió en un

aumento de los costos absolutos de salud y pago de bolsillo de los usuarios y que una mayor proporción de hogares pobres acude a solicitar préstamos por motivos de salud que muchas veces provoca la reducción de gastos en alimentos. En particular concluyen que se da el fenómeno de pedir préstamos para pagar los préstamos, sobre todo cuando se enfrentan a elevados costos de tratamiento.

En esta revisión de la literatura expuesta hasta ahora, no se ha detallado la metodología ni las muestras con las que se contaba. A continuación se presenta una búsqueda detallada de método y muestras en trabajos que abordan estrictamente los gastos de bolsillo y los gastos catastróficos por motivos de salud.

Tabla 1. Revisión sistemática de literatura en gasto de bolsillo en salud

Titulo, Año, Autores y Lugar	Población que Estudiaron	Definición de Gasto Catastrófico o de Bolsillo	Cálculos Fundamentales	Resultados Relevantes	Conclusiones y Recomendaciones de Política en Salud
1999 El gasto de bolsillo en Salud en América Latina y el Caribe: Razones de Eficiencia para a Extensión de la Protección Social en Salud.	Datos del "Gasto Nacional y financiamiento del sector de la salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa"	Pago privado por servicios ofrecidos en forma privada que financian el 100% del precio de la prestación al momento de requerir atención de salud.	Análisis con revisión sistemática. N/A	<ul style="list-style-type: none"> • Cerca del 20% de la población, no tiene acceso a atención médica. • Falta de oferta y de recursos, • Barreras culturales, geográficas y económicas • Restricciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas para reducir los factores de selección adversa. • Reducir incentivos para exceso de uso cobertura gratuita por la vía de la urgencia. • Mejorar controles para que sólo

Título, Año, Autores y Lugar	Población que Estudiaron	Definición de Gasto Catastrófico o de Bolsillo	Cálculos Fundamentales	Resultados Relevantes	Conclusiones y Recomendaciones de Política en Salud
Organización Internacional del Trabajo, México	de la OPS y OMS, Marzo 1994.			<p>funcionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población rural excluida 	<p>asegurados utilicen los servicios destinados a ellos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la evasión de cotizaciones y a la administración.
<p>2003</p> <p>Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000.</p> <p>Ana Cristina Torres, Felicia Marie Knaul</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mexicana, representativo a escala nacional. • Datos de la ENIGH realizada por el INEGI en 1992, 1994, 1996, 1998, y 2000. 	<p>Un gasto mayor al 30% del gasto total menos el gasto en alimentos de las familias.</p>	<p>-Modelo econométrico Tobit para identificar las variables que explican el que las familias gasten una mayor proporción de su gasto disponible en salud.</p> <p>-Modelo Probit cuyos estimadores explican la probabilidad de que un hogar tenga un GS mayor a 30% (Gasto Catastrófico, GC).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad social determina con menor gasto de bolsillo (GB). • Presencia niños y/o personas de la tercera edad influye en GB, mayormente en familias no aseguradas. • Edad del jefe del hogar afecta la proporción del gasto disponible destinada a financiar la salud para los asegurados. • El Probit muestra que la falta de aseguramiento, la presencia de adultos mayores en la familia y el vivir en un área 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguridad social es un determinante significativo para evitar GB • En México, sistema ineficiente de financiamiento de la salud • Más de 50% del gasto total en salud es gasto privado y más de 90% es GB • Cerca de 2 a 3 millones de hogares al año tienen GC. • Carencia de un sistema de aseguramiento universal es el principal determinante de

Título, Año, Autores y Lugar	Población que Estudiaron	Definición de Gasto Catastrófico o de Bolsillo	Cálculos Fundamentales	Resultados Relevantes	Conclusiones y Recomendaciones de Política en Salud
				rural son los factores que determinan el GC en salud.	pagos de bolsillo excesivos.
<p>“El Sistema de Protección Social en Salud de México: los efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares”</p> <p>Felicia Marie Knaul, Hector Arreola, Christian Borja, Oscar Méndez, Ana Cristina Torres</p> <p>México 2003</p>	<p>Mexicana. Se utilizó la base de datos del ENIGH 2000.</p>	<p>Gastos directos en salud que oscilan entre el 30 y el 60% del ingreso disponible de las familias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proyecciones simuladas de una extensión del Seguro Popular a toda la población no asegurada. • Pronóstico del impacto del Seguro Popular en Salud (SPSS): reducir el nivel de gastos de bolsillo: a) estimación de la reducción esperada según el padrón de gasto actual de los asegurados; b) reducciones progresivas del GS de 1% hasta 100%. • Regresiones Tobit para cada quintil, a fin de calcular el efecto del aseguramiento en el sector formal actual en el nivel del GB. 	<ul style="list-style-type: none"> • A través del SPSS y con una reducción moderada en el GB de los hogares, se puede esperar una mejoría considerable en el IJCF y en el porcentaje de hogares con gastos catastróficos. • Reduciendo 5% en el GB, se reduce GC y mejora la justicia del financiamiento de la salud. • Se estima que una disminución de 20% a 30% en el GB de la población no asegurada – condición similar a hogares actualmente asegurados– • Reducción de 	<ul style="list-style-type: none"> • El aseguramiento de la población en las áreas rurales y la reducción del GB en medicamentos y en atención ambulatoria tendrán el efecto más notorio en la justicia del financiamiento y en el nivel de empobrecimiento, lo cual es más evidente en la población pobre. • Para una familia pobre el GS podría ser una carga insostenible, incluso si la cuantía absoluta no fuera muy elevada.

Título, Año, Autores y Lugar	Población que Estudiaron	Definición de Gasto Catastrófico o de Bolsillo	Cálculos Fundamentales	Resultados Relevantes	Conclusiones y Recomendaciones de Política en Salud
				casi 25% en el porcentaje de hogares con empobrecimiento.	
<p>“Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis”</p> <p>Ke Xu, David B Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus, Christopher J L Murray</p> <p>2003</p>	59 países	Un gasto es catastrófico si la contribución financiera de un hogar hacia el sistema de salud se excede de 40% del ingreso disponible después de se han cubierto las necesidades básicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Se usó un diseño de análisis “cross-country”. • Se utilizó data de encuestas de gastos e ingresos de los hogares de los 59 países. 	<ul style="list-style-type: none"> • La proporción de hogares con GC varía ampliamente entre los países. • GC fueron más altos en algunos países en transición y ciertos países en Latino América. • Tres variables clave para GC: disponibilidad de los servicios de salud que requieren de pago por parte de las familias, baja capacidad de pago, y falta de seguros médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Población de bajo ingreso, pueden ser protegida de GC si se reduce la dependencia a del sistema de salud del GB y con mayor protección ante los riesgos financieros. • El aumento en la disponibilidad de los servicios de salud • Las políticas de protección de riesgo deben ser incluidas.
<p>“Documento de Trabajo GB en el Sistema ISAPRES. 2001-2004”</p> <p>Gobierno de Chile</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chilena. • Base de datos de prestación de la SIS. • Informe de estado 	Gasto que realiza la población por conceptos de cotización y copagos por los servicios de salud utilizados	<ul style="list-style-type: none"> • Suma del gasto de la cotización de salud y copago por prestaciones ambulatorias de salud y de hospitalización de beneficiarios del 	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 2001 y 2004, se calcula una disminución de un 10,6%. • Disminución de 11,9% en los beneficiarios hombres y de 	<ul style="list-style-type: none"> • GB es útil para determinar la equidad en el financiamiento del sistema de salud así como para determinar la eficiencia del GS.

Titulo, Año, Autores y Lugar	Población que Estudiaron	Definición de Gasto Catastrófico o de Bolsillo	Cálculos Fundamentales	Resultados Relevantes	Conclusiones y Recomendaciones de Política en Salud
Chile, 2005	de resultados del sistema Isapres de los años 2001-2004.		<p>sistema Isapres es usada como proxy del GB.</p> <ul style="list-style-type: none"> Copago fue calculado como la diferencia entre el valor facturado y el valor bonificado de las prestaciones. Evaluaron el copago de prestaciones ambulatorias y de hospitalización para cohortes diferenciadas por género- femenino y masculino- y por grupos étnicos - para cada año de edad entre menores de 1 año y mayores de 99 años de edad. 	<p>9,3% en mujeres.</p> <ul style="list-style-type: none"> En 2001, la tasa de prestaciones ambulatorias en mujeres fue de 21,6, en hombres fue de 18,0 prestaciones/año. El gasto efectivo de las Isapres por el total de prestaciones de salud, representó el 80,5% del total de los costos de operación del sistema, para 2004. GB promedio de un cotizante de Isapres, mayor de 18 años, por conceptos de salud excluyendo medicamentos, alcanza al 12,7% en el año 2004 	<ul style="list-style-type: none"> Diseño de mecanismos de copago puede introducir problemas en la asignación de los recursos y pérdidas de bienestar para las personas. GB depende del grado de utilización de los servicios sanitarios y de los recursos financieros del seguro para adquirir servicios. Cambios en la estructura de ingresos, en el nivel educacional, étnico y de género de la población beneficiaria de un sistema de seguros privados de salud afectarán GB.
"Explaining the incidence of catastrophic	Bangladesh, Hong Kong, India, Sri Lanka,	Gastos de bolsillo en salud que exceden el	<ul style="list-style-type: none"> Probit para examinar la probabilidad de gastos médicos 	<ul style="list-style-type: none"> Determinan relación positiva entre el consumo total del hogar y 	<ul style="list-style-type: none"> El consumo total de los hogares no es exógeno Los gastos

Título, Año, Autores y Lugar	Población que Estudiaron	Definición de Gasto Catastrófico o de Bolsillo	Cálculos Fundamentales	Resultados Relevantes	Conclusiones y Recomendaciones de Política en Salud
<p>expenditures on health care: Comparative evidence from Asia”</p> <p>Owen O’Donnell, Eddy van Doorslaer, Ravi P. Rannan-Eliya, Aparnaa Somanathan, Charu C, Garg, Piya Hanvoravongchai, Mohammed N. Huq, Anup Karan, Gabriel M. Leung, Keith Tin, Chitpranee Vasavid</p> <p>2005</p>	<p>Tailandia, y Vietnam</p>	<p>10% del ingreso disponible.</p>	<p>excediendo el 10% varía con las características de cada hogar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se estima una regresión lineal con heteroscedasticidad multiplicativa para distinguir entre los efectos de la media y de la varianza. • Estiman regresiones en los quintiles de la distribución de GB. • Se controla la edad, sexo, educación, situación laboral y ocupación del jefe del hogar. 	<p>GC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hogares con drenaje y acceso a agua potable enfrentan un menor riesgo de enfrentarse a GC. • En todos los países menos India y Sri Lanka, los hogares más grandes tienen una mayor probabilidad de GC. • Hogares con personas de la tercera edad y niños pequeños tienen mayor probabilidad de incurrir en GC. • Educación está correlacionada negativamente con la probabilidad de GC en todos los países. 	<p>médicos mayores aumentan GT de los hogares cuando éstos se terminan sus ahorros y otros activos; se ven obligados a pedir prestado o trabajar jornadas más largas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los hogares que pueden ajustar su presupuesto para incluir problemas médicos posibles están en mejor posición. • En las zonas rurales aumenta el riesgo de GC. Más en países que no distribuyen geográficamente su oferta de servicios. • El desarrollo de mecanismos de prepago protegerían de GC.
<p>“Primer Estudio Nacional</p>	<p>-Muestra el marco de áreas del</p>	<p>- Se define el GB como el pago directo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos hogares presentaban información 	<ul style="list-style-type: none"> • La media de la participación del GS bruto en el 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando son descontados los reembolsos del

Título, Año, Autores y Lugar	Población que Estudiaron	Definición de Gasto Catastrófico o de Bolsillo	Cálculos Fundamentales	Resultados Relevantes	Conclusiones y Recomendaciones de Política en Salud
<p>Sobre Satisfacción y Gasto en Salud: Módulos "F" y "G" Gasto de Bolsillo en Salud"</p> <p>Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Planificación Sanitaria</p> <p>Santiago, Chile. Marzo, 2007.</p>	<p>Programa Integrado de Encuestas de Hogares, usando como base el Censo de Población y Vivienda 1992.</p> <p>-Hogares que habitan las viviendas particulares ocupadas.</p> <p>- Consideraron 5,500 hogares, pero información completa sólo de 4,558.</p> <p>-52% de la población son mujeres, 48% hombres, 29% menores de edad.</p>	<p>de salud por parte de las familias.</p>	<p>incompleta. Los valores perdidos fueron entonces reemplazados por valores estimados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ponderaron los resultados de los hogares con información completa por el factor de expansión para la población nacional urbana a nivel de Estratos. • Categorizaron los hogares en función del GT que efectúan para obtener una cuantificación que relacione el GB en salud con el nivel socioeconómico de los hogares. 	<p>gasto total de los hogares alcanza un 9.2% (sin reembolso), y el reembolso representa 0.6 puntos porcentuales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La carga que representa el GS en el GT de los hogares es creciente cuando se transita del quintil más pobre al más rico. • El quintil más pobre gasta más del 50% de su ingreso en alimentos, y casi el 29% el vivienda, lo que no deja ingreso disponible para gastar en salud. • 56.5% de los hogares en el quintil más pobre no realizan GS • El GS per cápita en el quintil más pobre es de 4.0% y el más rico de 	<p>GB en salud el indicador en proporción al GT es de 8.7%.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desagregando los componentes del GB, medicamentos es el primer lugar en todos los quintiles. • Atención ambulatoria (consultas medicas y servicio dental) tiene un peso creciente entre los hogares de mayores recursos. Atención hospitalaria es bastante menor. • En hogares de mayores recursos se observa un mayor componente de parejas casadas, cuyo jefe de hogar es generalmente hombre y más joven.

Título, Año, Autores y Lugar	Población que Estudiaron	Definición de Gasto Catastrófico o de Bolsillo	Cálculos Fundamentales	Resultados Relevantes	Conclusiones y Recomendaciones de Política en Salud
				12.4%.	
<p>“Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecer en salud en México”</p> <p>Felicia Marie Knaul, Hector Arreola-Ornelas, Oscar Mendez-Carniado, Chloe Bryson-Cahn, Jeremy Barofsky, Rachel Maguire, Martha Miranda, Sergio Sesma</p> <p>México, 2007</p>	ENIGH de 1992 a 2000.	<p>-Cuando el costo de la atención rebasa la capacidad de pago al momento del servicio, ocurren los gastos catastróficos y potencialmente empobrecedores, o la atención necesaria se pospone.</p> <p>-Un gasto mayor al 20% del ingreso de la familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de regresión con tres diferentes medidas del GS y tres medidas del ingreso disponible para un total de nueve medidas. • La capacidad de pago se define como GT menos la línea de pobreza alimentaria (LPA), en donde el GT se calcula con todas las preguntas que no se refieren al GS extrapoladas al gasto anual más el GS. • La LPA se calcula como el gasto promedio en alimentos de los hogares cuya participación de los alimentos cae entre los percentiles 45o y 55o. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación inversa entre el nivel de desarrollo económico de un país y el grado en que el sistema de salud está financiado por el gasto privado de bolsillo • Tendencias en los indicadores y el análisis econométrico sugieren una asociación entre la reducción del GB y del GC por parte de los hogares y la expansión del Seguro Popular de Salud (SPS). 	<ul style="list-style-type: none"> • La protección financiera en salud puede servir como red de seguridad para las familias ante las crisis económicas. • El número de familias con GC aumentó durante la crisis económica. • Los períodos económicamente desfavorables tienden a asociarse con la pérdida de empleos en el sector formal y esto, a su vez, significa la pérdida de la seguridad social y, por ende, de la protección financiera en salud • El seguro de salud puede cumplir la doble función de proteger a las

Título, Año, Autores y Lugar	Población que Estudiaron	Definición de Gasto Catastrófico o de Bolsillo	Cálculos Fundamentales	Resultados Relevantes	Conclusiones y Recomendaciones de Política en Salud
					familias contra las crisis de salud y contra las crisis económicas.
<p>Measuring Catastrophic Health Care Expenditures in Nigeria: Implications for financial risk protection</p> <p>CRESH-Research Brief</p> <p>2010</p>	<p>-1128 hogares nigerianos (4988 individuos).</p> <p>-Los hogares se seleccionaron aleatoriamente de cuatro áreas de gobiernos locales en los estados Enugu y Anambra es el sureste del país.</p>	<p>Un GS es GC cuando se excede a un nivel definido del ingreso del hogar que obliga a que el hogar sacrifique el consumo de otros bienes y servicios necesarios como vivienda, alimento y educación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se usaron diarios, donde las familias registraron los gastos en educación, transporte, comida, educación, entretenimiento, vestimenta, y gas para cocinar durante un mes (supervisados). • Con razones de gasto en alimento por condición socio-económica como ponderadores, se determinaron los niveles de GC por grupo. • Se consideraron niveles de gasto catastrófico de 40%, 20% y 10% para todos los grupos. 	<ul style="list-style-type: none"> • 15% de los hogares tuvieron GC cuando el nivel fue fijado en 40% del ingreso disponible. • A este nivel, 23% del quintil más pobre sufrió GC, y 8% de los hogares en el quintil más rico. A este nivel, los pobres fueron tres veces más probables de experimentar GC que el quintil más rico. • A un nivel de 20%, 28% de la población experimento GC y a un nivel de 10% el 40% de la población lo sufrió. • Usando 40% para los más ricos y 6.8% en los más pobres, el 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se usa el mismo nivel para medir GC sin considerar los gastos y niveles de ingreso de los hogares, no se logra capturar las diferencias absolutas entre los hogares de diferentes niveles socioeconómicos. • Por el alto nivel de GC entre los más pobres de Nigeria, es necesario revisar el sistema de salud público y de financiamiento de éste.

Titulo, Año, Autores y Lugar	Población que Estudiaron	Definición de Gasto Catastrófico o de Bolsillo	Cálculos Fundamentales	Resultados Relevantes	Conclusiones y Recomendaciones de Política en Salud
				porcentaje de hogares con GC fue de 8% y 43%	

Elaboración Propia

Nomenclatura: GT= gasto total, GC= gasto catastrófico, GB= gasto de bolsillo, GS= Gasto en salud.

En los trabajos previamente realizados que se presentan en esta Tabla 1, se detectan las tres conclusiones que aparecen con mayor frecuencia:

- a) La disponibilidad de los servicios de salud es la primera barrera que encuentran las familias para solicitar atención a la salud; aun de aquéllos que requieren de pago por parte de los privados, pero se sugiere privilegiar los de atención pública.
- b) La baja capacidad de pago por parte de las familias hace que se demanden servicios de salud de baja calidad o únicamente se compren medicamentos paliativos, excluyéndose de la recuperación de la salud y mucho más de la prevención de la enfermedad.
- c) La más importante de las conclusiones es que se demuestra la necesidad de tener un Aseguramiento en Salud que sea independiente de la

condición económica y de la condición de trabajo. Sin certidumbre en las condiciones financieras con las que se enfrenta un evento de salud es imposible que se atiendan oportunamente las necesidades de salud.

2. El Financiamiento Privado de los Servicios de Salud en México.

2.1 La Composición del Financiamiento Privado.

2.1.1 Antecedentes a Nivel Internacional:

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud²⁶, el principal problema del Sistema de Salud Mexicano es el de la “Justicia y Equidad en la Contribución Financiera”; por lo que todo el esquema de financiamiento deberá replantearse.

*“La medición del logro en la equidad de la contribución financiera comienza con el concepto de la contribución de un hogar al financiamiento del sistema de salud, la cual se define como la razón entre el gasto sanitario total del hogar y sus ingresos permanentes por encima del nivel de subsistencia.... la distribución de la contribución al financiamiento sanitario para todos los hogares se ha resumido a través de este índice, concebido para ponderar en gran medida los hogares que han gastado en atención sanitaria una proporción muy grande de sus ingresos, más allá del nivel de subsistencia.... el índice refleja la desigualdad en la contribución financiera de los hogares, pero en particular de los hogares en riesgo de empobrecimiento a causa de un nivel elevado de gasto sanitario”.*²⁷

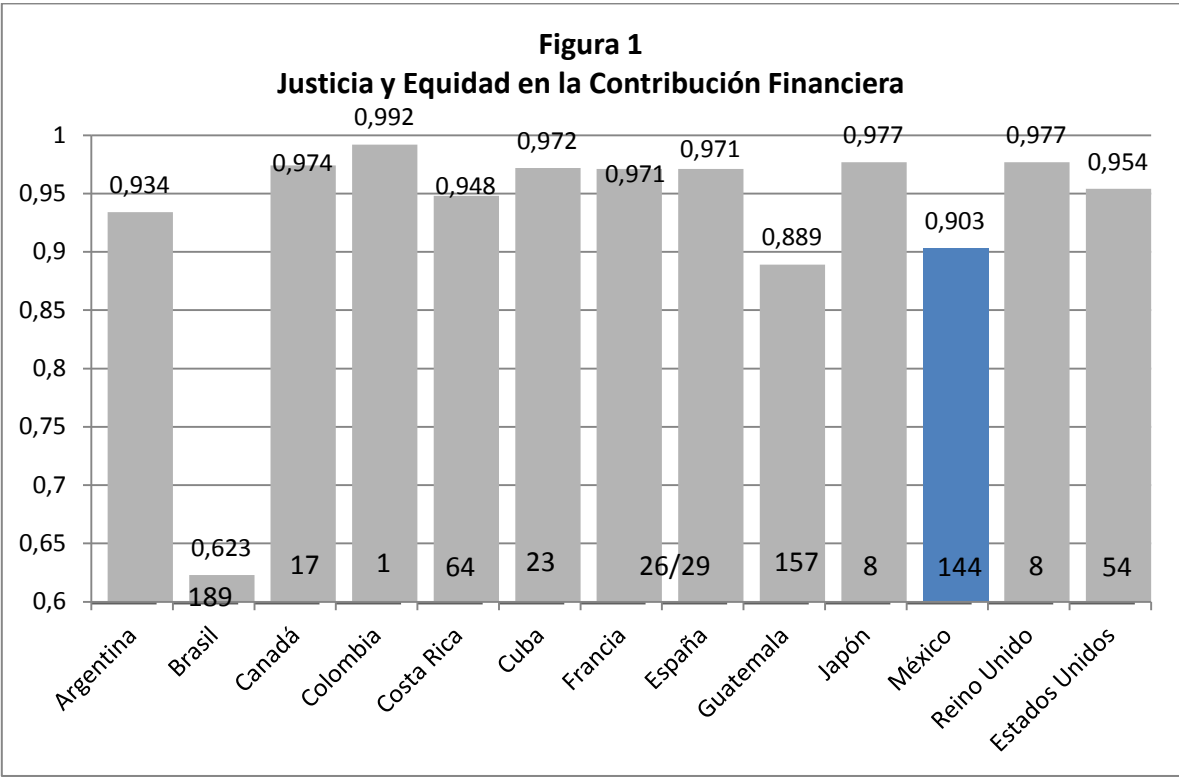
Cabe destacar que España obtuvo en esta evaluación global de sistemas de salud el sitio 7; en particular en el rubro de equidad y justicia en la contribución financiera²⁸ llega al sitio 29 (con un valor de 0.971) del ranking, en él México

26 Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud. Organización Mundial de la Salud 2000 Ginebra, Suiza.

27 Cfr., *Ibid.*, Pág. 172.

28 Se refiere al indicador que mide la equidad entre los que pagan y los que reciben servicios de salud. OMS (2000).

ocupó el lugar número 144 de entre 191 países en lo referente a la contribución financiera como protección contra el riesgo financiero. Esto se refleja a continuación:



Elaboración Propia

Fuente: The World health Report 2000. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. 2000

Al observar la Figura 1 resulta claro que en México se estructuró un sistema de salud altamente inequitativo en términos financieros que ha mantenido en elevado riesgo económico a la población. Desde su origen el IMSS contempla como sujetos de aseguramiento estrictamente a los trabajadores con empleo formal; con ello, la población que no tenía acceso al mercado laboral formal se define como población propensa a caer en una trampa de pobreza lo cual ha generado que los

pobres gasten proporcionalmente más de su precario ingreso en solventar sus demandas de salud en relación con los ricos.

Tras visualizar el comparativo internacional y revisar cómo están estructurados los sistemas de salud con mejor desempeños en cuanto a mayor equidad en la contribución financiera, se observa que en general son aquellos que:

- Fondan sus servicios de salud mayoritariamente con financiamiento público.
- Otorgan una cierta participación, aunque ciertamente menor al aseguramiento privado.
- Cuentan con múltiples proveedores que compiten entre ellos en calidad y costos; o bien, compiten por los fondos gubernamentales integrados.
- Presentan una reducción significativa del peso del pago del bolsillo como forma de financiamiento de los servicios de salud.²⁹

El problema de la Justicia y Equidad en la Contribución Financiera resultó el más grave en el desempeño para el sistema de salud en México. Así es de la mayor relevancia el análisis de nuevos datos sobre el significado social y la composición de los Gastos Catastróficos en Salud de 1992 a 2008.

²⁹ OCDE Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud – México, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. París. 2005

2.1.2 Composición Pública-Privada del Financiamiento:

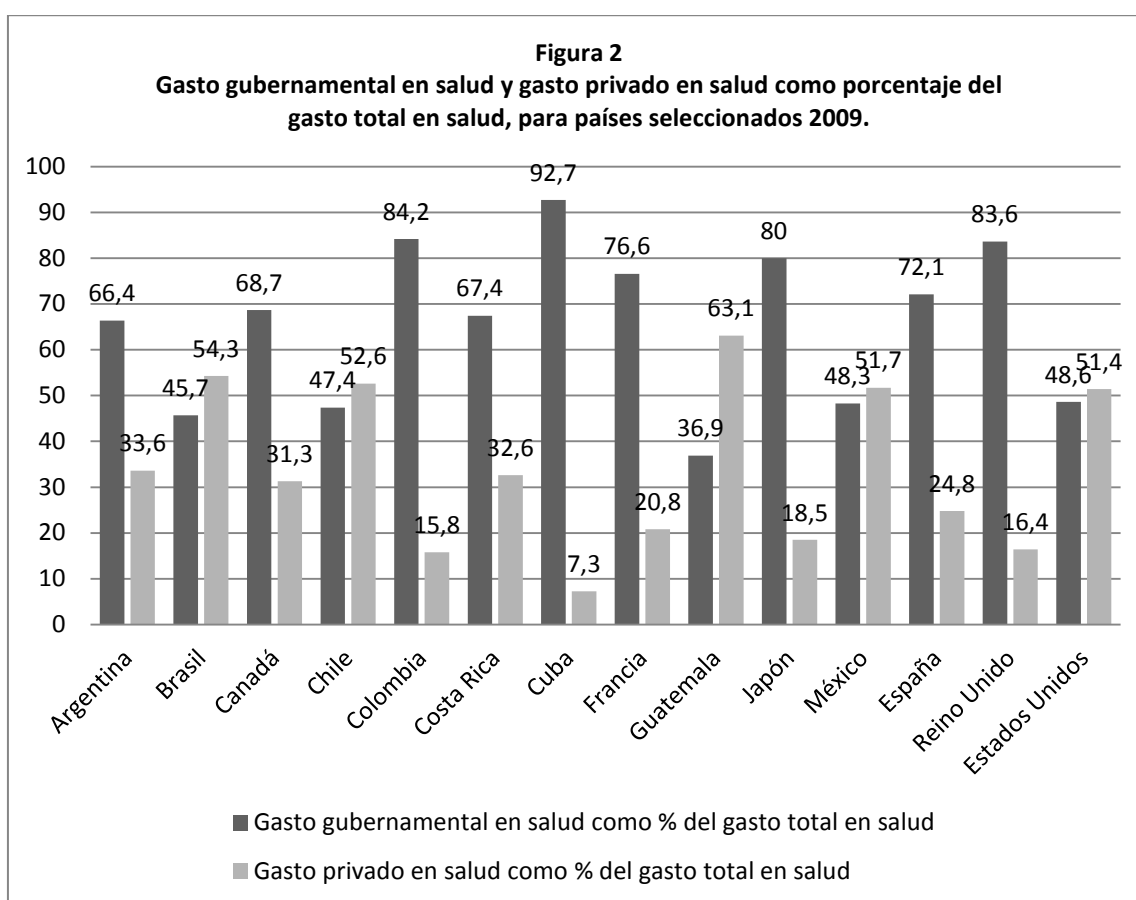
Los comparativos a nivel internacional muestran el gran rezago del Sistema Nacional de Salud en cuanto al indicador “Justicia y Equidad en la Contribución Financiera”. De esta manera, en el análisis de la composición del financiamiento privado el problema de la inequidad, los gastos catastróficos y los gastos resultantes de la insatisfacción y mala calidad, comienzan a partir de contextualizar la composición del Financiamiento de los servicios de salud, esto es:

Cuadro 1
Composición del Gasto Público y Privado en Salud para el 2009

País	Gasto total en salud como % del PIB	Gasto gubernamental en salud como % del gasto total en salud	Gasto privado en salud del gasto total en salud como %	Gasto gubernamental en salud como % del gasto gubernamental total	Gasto de bolsillo como % del gasto privado en salud	Aseguramiento o privado como % del gasto privado en salud
Argentina	9.5	66.4	33.6	14.6	59.2	32.8
Brasil	9	45.7	54.3	6.1	57.1	41.2
Canadá	10.9	68.7	31.3	17	49.6	43
Chile	8.3	47.4	52.6	16	64.6	35.4
Colombia	6.4	84.2	15.8	17.9	50	50
Costa Rica	10.5	67.4	32.6	30.6	87.6	7.4
Cuba	11.3	92.7	7.3	14.7	100	0
Francia	11.7	76.6	20.8	16	34.6	61.9
Guatemala	7.1	36.9	63.1	15.9	89.2	4.7
Japón	8.3	80	18.5	17.9	80.6	13.8
México	6.5	48.3	51.7	11.9	92.3	7.7
España	9.7	72.1	24.8	15.2	77	20.7
Reino Unido	9.4	83.6	16.4	15.1	63.7	6.7
Estados Unidos	16.2	48.6	51.4	18.7	24.2	69.3

Fuente: The World Health Report 2011. Organización Mundial de la Salud. Suiza. 2011

La participación pública y privada en el “Gasto Total en Salud” que presentan los países con un Índice de Justicia y Equidad en la Contribución Financiera adecuado, a saber, Canadá, Costa Rica, España, Francia, Japón y el Reino Unido, muestran la preponderancia del gasto gubernamental en salud con respecto al gasto privado, estableciendo una “combinación deseable” en la participación pública y privada de 70% de gasto público y 30% de gasto privado.

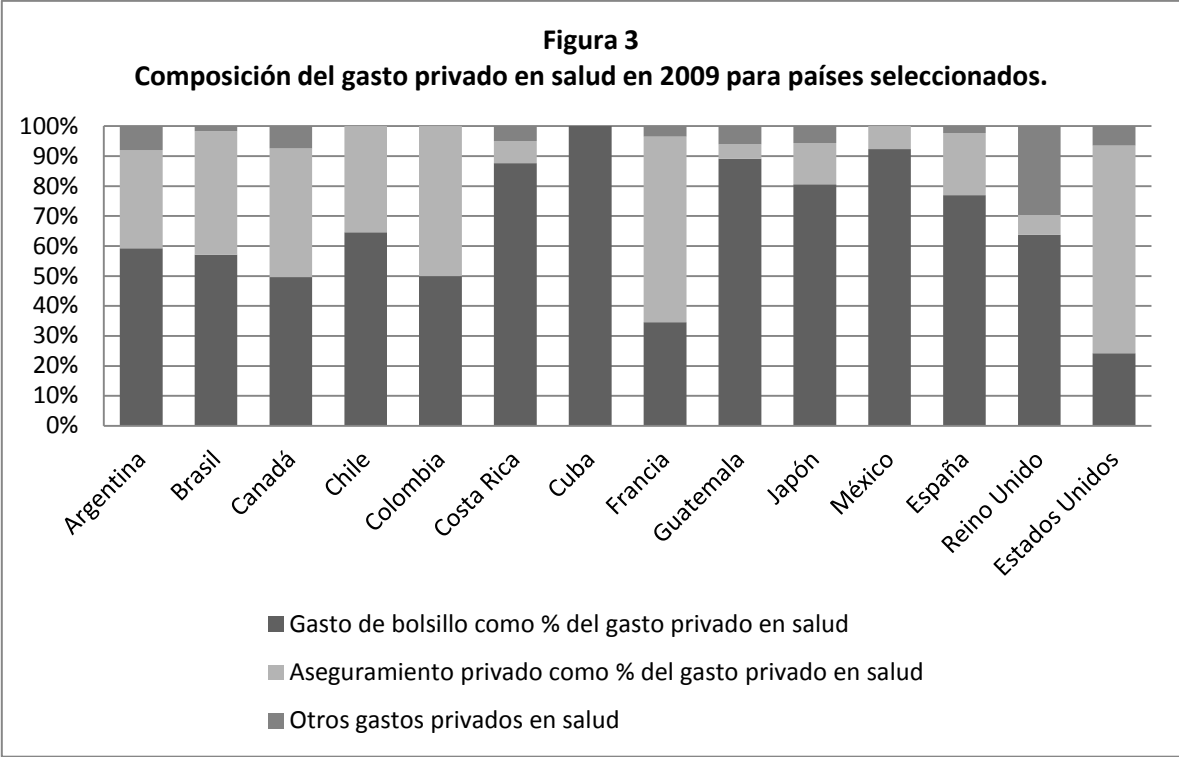


Elaboración propia
 Fuente: WHR 2011/OMS

La situación para México en este indicador no es la deseable ya que se encuentran invertidos los porcentajes de participación pública y privada. Por un lado, el “Gasto Gubernamental en Salud como porcentaje del Gasto Total en Salud” fue de 48.3% en el año 2009, cuando lo recomendable sería que estuviera en niveles cercanos al 70%; y por el otro, el “Gasto Privado en Salud como porcentaje del Gasto Total en Salud” para el mismo año fue de 51.7%, cuando lo deseable sería que esta cifra se aproximara al 30%. Eso se conseguiría estrictamente si el Estado duplicara, en términos porcentuales, el nivel de participación pública.

La Figura 2 permite contrastar a los países que poseen un gasto gubernamental menor en salud que el aporte económico que hacen las familias o agentes privados. Queda la incógnita de qué porcentaje de éste se refiere a pago de bolsillo que indicaría un mercado en aseguramiento privado en salud con muy bajo desarrollo; se puede presumir que la parte que más afecta el ingreso disponible de las familias es la que corresponde a desembolsos en el mismo momento que tiene un shock de salud. De ahí que el objetivo primordial en términos financieros para cualquier política pública en salud sea evitar que la gente que ahora gasta en salud en forma excesiva y se empobrece, no gaste en tal magnitud; y que al mismo tiempo, su nuevo nivel de gasto tienda a ser eficiente al transformarse de un gasto privado de bolsillo a un gasto privado pre-pagado. Esta premisa contrasta totalmente con lo evidenciado en la Figura 3 para países como Costa Rica, Cuba (que por otro lado no tiene cabida en sus Sistema de

Salud al prepago de servicios vía aseguramiento privado), Guatemala o México; puesto que en Japón o España el componente gasto privado es muy pequeño, menor a 30%.

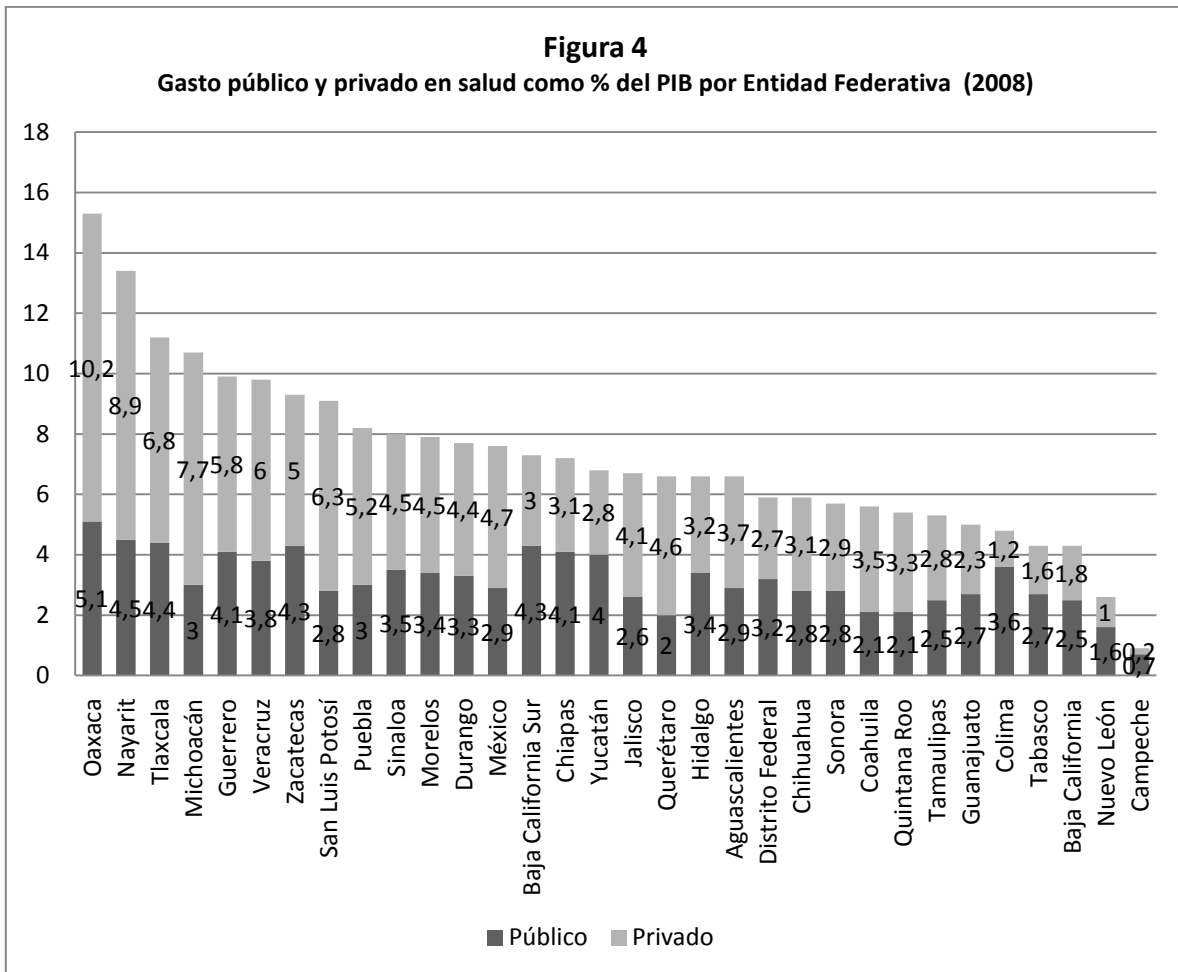


Elaboración propia con base en Cuadro No. 1, con datos de WHR 2011/OMS

2.1.3 Composición Pública-Privada en el Financiamiento por Entidad Federativa:

Con base en los países con un Índice de Justicia y Equidad en la Contribución Financiera adecuado, se estableció una “Combinación de Fondos Públicos y Privados Adecuada”, que le asignaba un peso de 70% a los Fondos

Gubernamentales y un 30% a los Fondos Privados como porcentaje del Gasto Total de Salud.



Elaboración propia

Fuente: Sistema de Cuentas Nacionales de México, DGIS, SS, 2009.

La situación para México en este indicador no es la deseable ya que se encuentran invertidos los porcentajes de participación pública y privada. Por un lado, el “Gasto Gubernamental en Salud como porcentaje del Gasto Total en Salud” fue de 48.3% en el año 2009, cuando lo recomendable sería que estuviera en niveles cercanos al 70%; y por el otro, el “Gasto Privado en Salud como

porcentaje del Gasto Total en Salud” para el mismo año fue de 51.7%, cuando lo deseable sería que esta cifra se aproximara al 30%. Eso se conseguiría estrictamente si el Estado duplicara, en términos porcentuales, el nivel de participación pública.

El Gasto Público y Privado en Salud como porcentaje del PIB que en el año 2008 presentaron las Entidades Federativas en México fue muy desigual; con una participación relativa de los Fondos Públicos mucho más baja que la recomendada, entendiéndose como ideal el 70% y suplida por una alta participación de fondos privados en 13 estados con más de 30%. Paradójicamente, dentro de estos estados con mala combinación de fondos públicos y privados se encuentran algunos de los estados con mayores rezagos en términos de desarrollo y con mayores problemas de pobreza, tales como: Oaxaca, Guerrero, Tlaxcala, e incluso Chiapas. Y cerca de 12 entidades con un sub-gasto, que es menor a 6% de gasto en salud como porcentaje del PIB estatal.

La combinación inadecuada de fondos públicos y privados en salud como porcentaje del PIB a nivel Estatal en el año de 2008, permite analizar, al menos, tres aspectos:

- El Sistema Nacional de Salud está sostenido preponderantemente con fondos privados; como se observó existe un sub-gasto, inadecuado, ineficiente y que genera inequidades colocando en alto riesgo económico a amplios sectores de

la población y especialmente a los más pobres y a los grupos vulnerables; por lo que los fondos públicos deben aumentar significativamente en casi todas las Entidades Federativas para sostener una estrategia de aseguramiento universal.

- El aumento de Fondos Públicos requiere que los tres niveles de Gobierno -la Federación, los Gobiernos de los Estados y los Gobiernos Municipales- incrementen significativamente su participación como financiadores; situación que puede ser muy compleja si se considera que la descentralización de los servicios le confiere una amplia discrecionalidad a las entidades federativas para la canalización de sus recursos y el manejo de la atención a la salud en sus territorios y le ha restado simultáneamente poder a la Federación por lo que esta última se ve obligada a “concertar convenios” a nivel local.
- Independientemente de que el nivel de gasto en salud sea suficiente o insuficiente, en la mayoría de los casos se da una combinación inadecuada de fondos públicos y privados. Por ejemplo, se observan estados con una combinación actuarialmente ineficiente como Tabasco, Baja California, Nuevo León y Campeche donde es muy baja la participación de fondos públicos.
- Únicamente se encuentran Campeche (0.27 privada / 0.73 pública) y Colima (3.6 privada / 1.2 pública) fueron los estados que se aproximaron a tener una

combinación adecuada pues los fondos públicos se acercan al 70% y los privados el 30%. Además,

2.1.4 Gasto Privado en Salud: el gasto de bolsillo y su relevancia en el Sistema de Salud

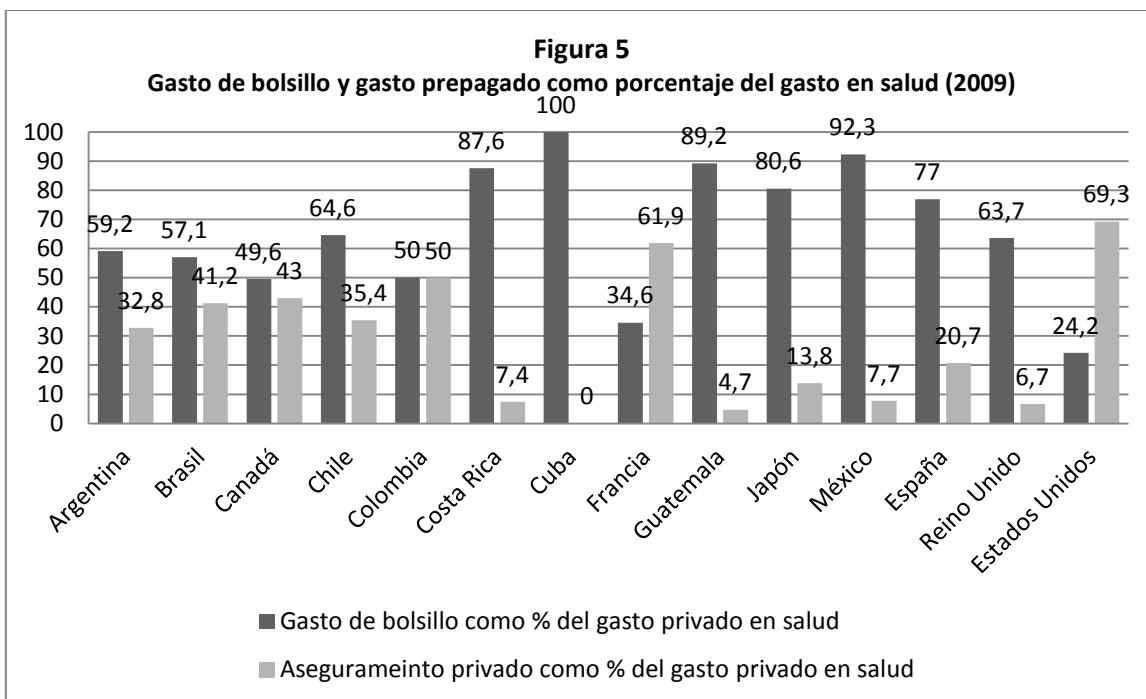
El análisis del nivel de gasto de bolsillo, como se ha hecho hasta este momento, tiene dos perspectivas:

- I. Suficiencia: que analiza si el nivel que alcanza el gasto en salud como porcentaje del PIB cumple los lineamientos dictados por la OMS (2000) que recomienda que sea alrededor de 7.5%. Bajo el supuesto que una inversión menor se estaría desprotegiendo a la sociedad, al menos en cuanto a cobertura se refiere pues se trata de insuficiencia agregada de recursos.

- II. Composición: análisis de la distribución entre gasto público y gasto privado; donde tampoco es deseable estrangular los mercados privados pues hay ciertos servicios inherentes a la atención de la salud que no es deseable fondear con fondos públicos; en particular, se trata de servicios de hotelería, privacidad en hospitalización o atenciones estéticas.

Un Sistema de Salud que falle en alguna o en ambas premisas, tenderá a una situación inequitativa e injusta y su financiamiento sufrirá de ineficiencias técnicas y en la asignación de recursos, como se verifica en el Cuadro 1. De esta manera el Sistema de Salud con estas características corre el riesgo permanente de empobrecerse porque el acceso a fondos públicos para solventar necesidades de atención médica básicas o vitales es muy limitado y en algunos casos excluyente y discriminatorio.

Los países analizados a partir del Índice de Justicia y Equidad en la Contribución Financiera, que están en situación de extrema inequidad e ineficiencia financiera por no cumplir con las dos condiciones anteriormente enlistadas, son: México y Guatemala; estos Estados tienen una participación baja en términos cuantitativos que es suplida por el gasto de las familias y este último gasto se efectúa bajo la forma más ineficiente e injusta: el Gasto del Bolsillo.



Elaboración propia

Fuente: WHR 2011/OMS

En México, el gasto de bolsillo de los hogares es, de hecho, uno de los soportes del financiamiento de los servicios de salud, situación que potencia su gravedad en el contexto de pobreza y desigualdad económica que hay en el país. Esta situación hace extremadamente inequitativo e ineficiente el Sistema de Salud ya que, por un lado, puede representar gasto excesivo para las familias y ocasionar su empobrecimiento absoluto y relativo además de ser muchas veces inoportuno por tener un enfoque curativo que no alcanza para atacar las causas que generan el daño y curar. Peor aún al ser atomizado y no permitir economías a escala, es decir, no permite obtener eficiencias agregadas resultantes de la generación de fondos financieros que sostengan económicamente un “pool de riesgos” lo suficientemente grande para generar subsidios cruzados eficientes que incluyan a

todo tipo de población que equilibre actuarialmente: ricos a pobres, sanos a enfermos y jóvenes a viejos.

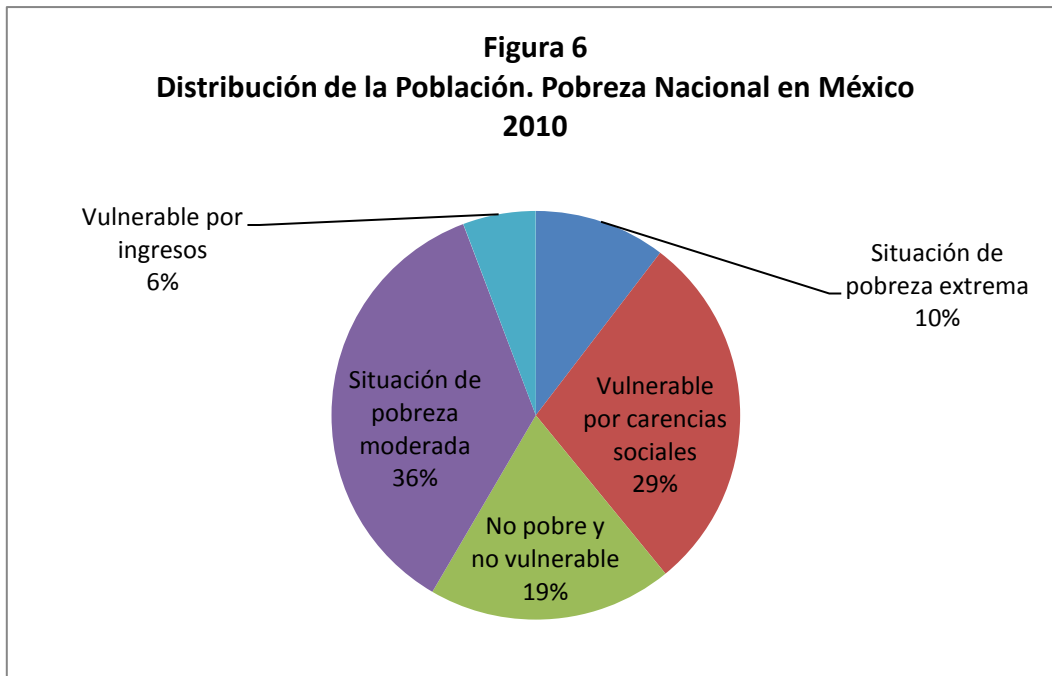
En el caso del Sistema Nacional de Salud, se observa que la mayor parte del gasto privado lo constituyen los gastos del bolsillo de las familias, que representaron en 2008 el 92.3% del total del gasto privado. Esta situación es la causa de los siguientes problemas:

1. Que los hogares estén en un riesgo permanente de sufrir gastos catastróficos, en particular la población pobre sin seguridad social. Esta situación será objeto de análisis en un apartado especial sobre Gastos Catastróficos por Atención Médica.
2. El reducido crecimiento del complejo médico industrial en salud, o conglomerado médico-industrial; es decir, los hospitales, consultorios, la industria químico farmacéutica, la industria productora de insumos para la salud, etc., se ve limitado a mercados cooptados por la microempresa, pues en él sólo se pueden movilizar cantidades muy pequeñas de recursos: el bolsillo de las familias, y sería revelador observar la distribución del ingreso entre la población, de la que se desprende que 81% de la población se encuentra en condiciones de carencias o sufriendo algún tipo de vulnerabilidad como se observa en la Figura 6. La población que no acumula

condiciones de vulnerabilidad ni carencias es 21.8 millones de personas, de un país de 112.6 millones de habitantes.

3. Las nulas posibilidades de crecimiento de la medicina privada de calidad pues hay bajos niveles de aseguramientos privado en salud, tal que cuando se acude a médicos privados se excluye al grueso de la población y la población con carencias acudirá a médicos de farmacias o a hospitales que ofrecen una dudosa calidad en la atención por bajos recursos técnicos.

Asimismo, es importante destacar que en México es muy bajo el nivel de participación de los esquemas de aseguramiento en salud privados y los sistemas pre-pagados, los cuales representan tan sólo 7.7% del total del gasto privado en salud. Cifra que también denota una muy baja aversión al riesgo por daños a la salud. Los mexicanos prefieren tener asegurado su automóvil antes que su persona y el sector asegurador, a pesar de los avances recientes en el crecimiento de sus afiliados, ha sido incapaz de inducir la demanda de seguros médicos privados dirigida hacia el quintil número 5, a nivel poblacional.



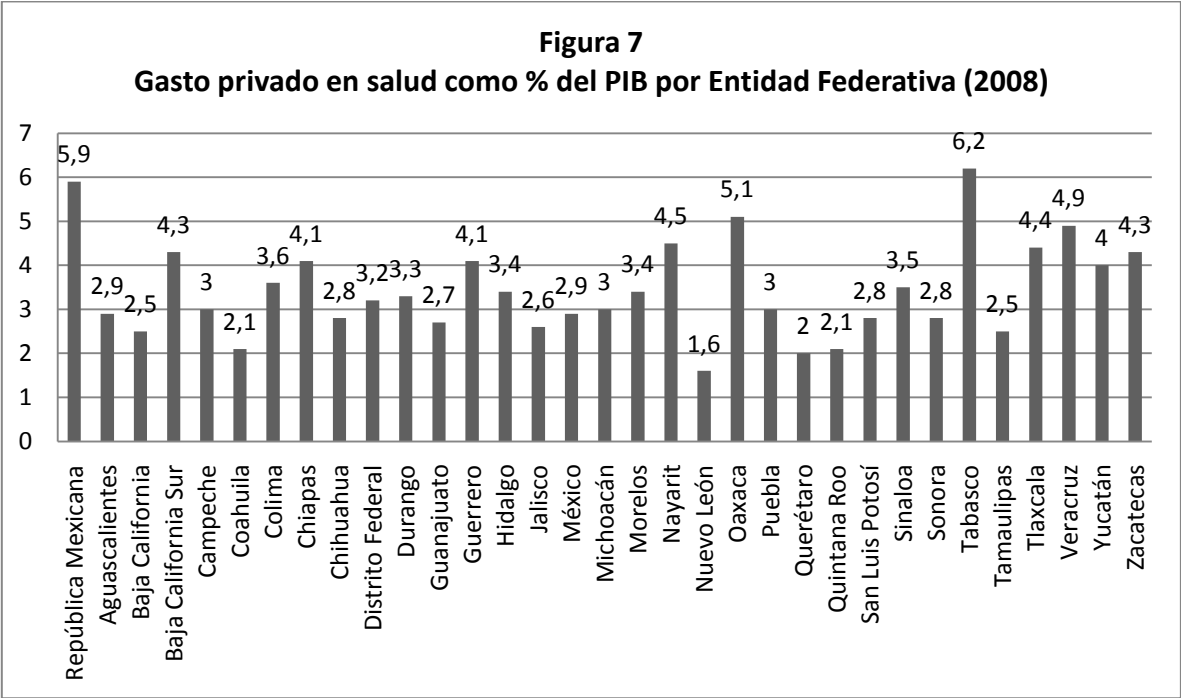
Elaboración propia

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010

2.2 La desigualdad profundizada por el Financiamiento Privado.

El financiamiento privado del Sistema Nacional de Salud tiene el principal problema que el gasto privado, en más de 90% está estructurado a partir de gastos del bolsillo de los hogares que no alcanza para cubrir las necesidades y ofrecer una medicina de calidad pero que sí ponen en alto riesgo económico a la población que se ha denotado como población con carencias y/o vulnerabilidades. En el gasto en salud como porcentaje del PIB por Entidad Federativa en 2008, como se muestra en la Figura 7, se observa que únicamente Tabasco rebasa el 6% de inversión y es el único que rebasa lo que invierte el Gobierno Federal; es

decir, 30 Estados no cumplen con un mínimo esfuerzo de inversión en este rubro. Y se refuerza la desigualdad de inversión en salud entre habitantes de los distintos estados.



Elaboración propia

Fuente: Sistema de Cuentas Nacionales de México, DGIS, SS, 2009.

2.2.1 Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares y el Gasto de Bolsillo en Salud (1992 a 2008)

Con base en la ENIGH se realiza un análisis del Gasto de Bolsillo en Salud a lo largo de 16 años sobre las diferentes encuestas de ingreso gasto que se realizaron en el país. El objetivo de este análisis es identificar la estructura que

rige los patrones de gasto-consumo en los hogares mexicanos a través del gasto en el que incurren las familias para los principales rubros de gasto tales como: transporte (público y privado), limpieza, comunicación, cuidado personal, educación, cultura y recreación, vivienda, vestido, calzado, accesorios, cristalería, salud, enseres, artes y esparcimiento, transporte, alimentación y otros.³⁰

Esto permite tener una monografía descriptiva sobre los patrones de gasto de las familias mexicanas. Para cada uno de los deciles de ingreso se enfatizó la parte del ingreso destinada al gasto en salud, considerando las características propias de este tipo de gasto, que son:

- Gasto imprevisto que no se puede planificar, por lo que las familias no se preparan financieramente para enfrentar la enfermedad de alguno de sus miembros;
- Gasto en salud que ocurre generalmente cuando es ineludible y es factible que haga que las familias empobrezcan, pierdan activos o se endeuden;
- El Gasto en salud que tiene diferentes factores que lo detonan por decil socioeconómico y que requieren analizarse.

³⁰ Cabe destacar que el universo de hogares que se contempla dentro del presente análisis sólo atañe a los hogares que tuvieron algún tipo de gasto en salud, reportado en las ENIGH de los años 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002 y 2008; éstos representan entre el 34 y 40% del total de hogares en México.

El gasto en salud se ha identificado como un factor de empobrecimiento para los hogares que están excluidos del sistema de salud³¹ bien sea por no tener acceso a la seguridad social o porque esos hogares no están satisfechos con los servicios ofrecidos por las instituciones que los cubren con seguros públicos y tienen que pagar de su bolsillo en el sector privado por la atención médica frente a un accidente o enfermedad.

Así se revela un Sistema de Salud, que restringe el acceso a quienes pueden pagarlo y excluye a los miembros más pobres de la sociedad o hará que éstos se endeuden porque los individuos se ven obligados a pagar de su propio bolsillo los costos de los servicios de salud.

Tras la identificación y aceptación de que las familias erogan aproximadamente el 50% del gasto total en salud en México a través del pago directo de bolsillo, el Programa Nacional de Desarrollo (PND) 2007–2012, lo ha tipificado como uno de los mecanismos más injustos e inequitativos para el financiamiento de la salud³². Como séptimo objetivo del PND se plantea que “Para una familia que no cuenta con algún tipo de seguro médico, la atención que acarrea la enfermedad grave de uno de sus miembros puede significar la pérdida de su patrimonio para pagar el tratamiento y los medicamentos. Se buscará avanzar sustancialmente en la cobertura de salud para todos los mexicanos, de modo que el usuario pueda

31 OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”. Ginebra 2000.

32 Dávila, Enrique; Guijarro, Maite. Evolución y reforma del sistema de salud en México. (Serie Financiamiento del Desarrollo, n. 91). Proyecto Reformas a los Sistemas de Financiamiento de la Salud en América Latina y el Caribe. LC/L.1314-P Chile CEPAL, (2000).

acceder a los servicios necesarios para recuperar su salud, sin afectar irremediablemente su presupuesto. En este rubro se plantea el acceso de la población con mayores carencias a los servicios públicos de salud promoviendo su incorporación al Seguro Popular, a los programas para no asegurados de que disponen la Secretaría de Salud y el IMSS. Asimismo, se establece la necesidad de avanzar en la construcción de un sistema integrado de salud para facilitar la portabilidad de los derechos a la atención médica”³³

En particular, en el Programa Nacional de Salud (PNS) 2007–2012 se destaca que a partir de 2000 el Gobierno Federal tuvo una tendencia creciente de 0.9% del PIB hasta 2005, asimismo incrementó el gasto per cápita en salud, que se incrementó de 3,664 a 4,938 (a precios constantes de 2004) en el mismo periodo de tiempo. Aun así, 46% del gasto en salud es público y 54% es privado. “De concretarse la movilización de recursos públicos que está planeada para extender la cobertura del Seguro Popular de Salud (SPS) a toda la población que no cuenta con seguridad social, y de mantenerse el ritmo de crecimiento observado en los últimos años en el gasto en seguridad social y el gasto privado en salud, el gasto en salud como porcentaje se incrementará a 7.0% en 2010”³⁴.

33 Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. Gobierno de México, Presidencia. Consultado en: <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/igualdad-de-oportunidades/salud.html>

34 Programa Nacional de Salud 2007-2012 “Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud 2007. Gobierno de México. Pág. 47-48. Consultado en: http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

Desafortunadamente frente a los shocks externos y la crisis económica que ha enfrentado el mundo entero desde 2008, se ha aplanado esta tendencia creciente de gasto en salud y en el dato más reciente, en 2011, se ha incluso revertido destinando solamente 5.9% del PIB³⁵.

Este campo consolidó su importancia tras el reporte de la OMS³⁶ -2000: “Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”, donde se destaca como una de las metas generales de cualquier sistema de salud conseguir la equidad en la contribución financiera. Los objetivos fundamentales que deben plantearse los sistemas de salud son:

- Identificar y fortalecer la recaudación de fondos que sean suficientes para la salud.
- Superar obstáculos financieros que impidan el acceso de poblaciones pobres, excluidas y/o vulnerables a los servicios de salud.
- Buscar una combinación equitativa y eficiente de servicios de salud.

En México son precisamente los deciles más bajos de ingreso los que menos beneficios reales obtienen de los sistemas de pago anticipado asociados al empleo (seguridad social) y tienen un menor acceso a los servicios subsidiados que se localizan en zonas con alta concentración de servicios públicos; entre este grupo vulnerable se ubica un grupo históricamente excluido: los indígenas.

35 Consultado en: www.salud.gob.mx

36 Consultado en: http://www.who.int/topics/health_economics/es/

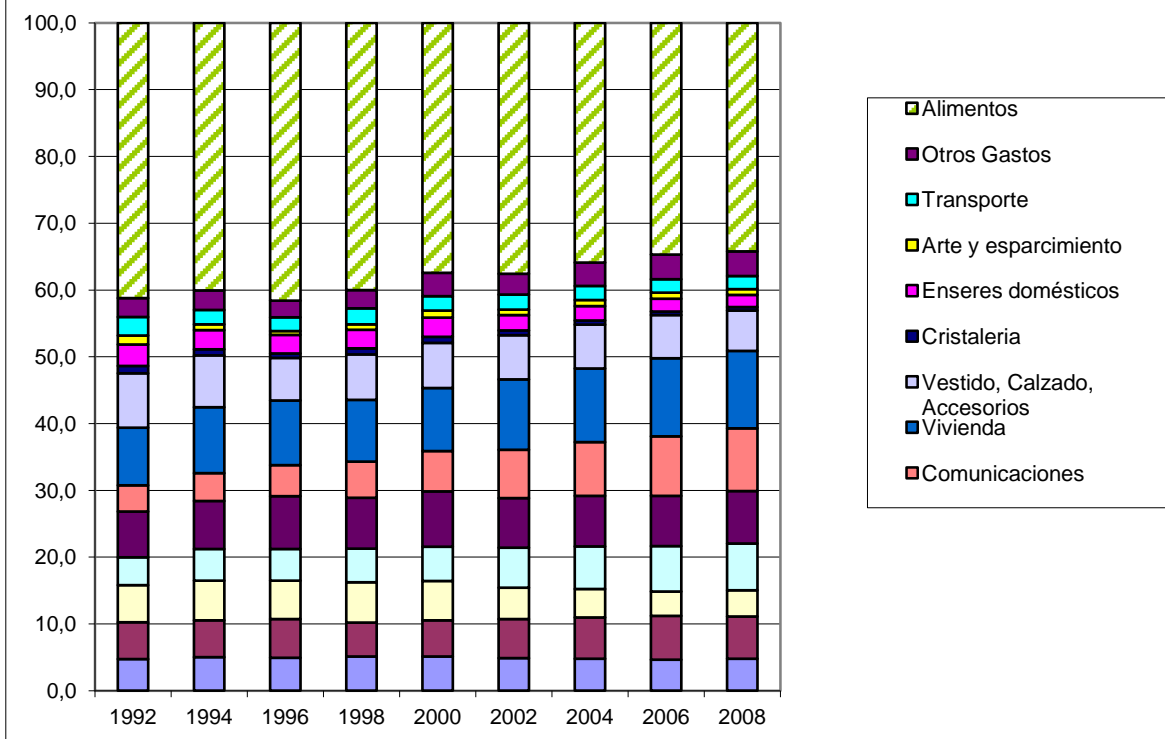
Además de que hay baja recaudación que impide incrementar los fondos insuficientes en salud.

2.2.2 Principales Rubros de la Estructura General del Gasto en los Hogares Mexicanos (1992 a 2008)

El análisis de la distribución porcentual del gasto mensual promedio permite identificar qué tanta holgura y restricción hay en las familias, pero aun es más importante observar si de acuerdo al estatus económico hay una programación similar entre hogares pobres y ricos. Es relevante asimismo examinar la estructura de gasto a lo largo del tiempo a fin de revisar si hay variaciones estructurales que permitan ver el impacto de las políticas sociales implementadas en los años 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008.

En la Figura 8 se observa que a lo largo del tiempo el gasto en alimentos se mantiene como la principal erogación de las familias dado que ocupa entre 34.2 y 41% del gasto total. En segundo y tercer sitio, aunque muy alejados en términos porcentuales, están: Vivienda que alcanza niveles de entre 8.6 y 11.7% del gasto total, con una tendencia creciente suave en el periodo estudiado; por otro lado Vestido, Calzado y Accesorios que va del 8.2 a 6.0% que muestra, por el contrario un leve caída de 1992 a 2008.

Figura 8
Distribución porcentual del gasto* mensual promedio de los hogares que tienen gasto en salud (1992-2008)



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1992, 1994, 1996, 1998, 2002, 2004, 2006 y 2008 (INEGI). Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado.

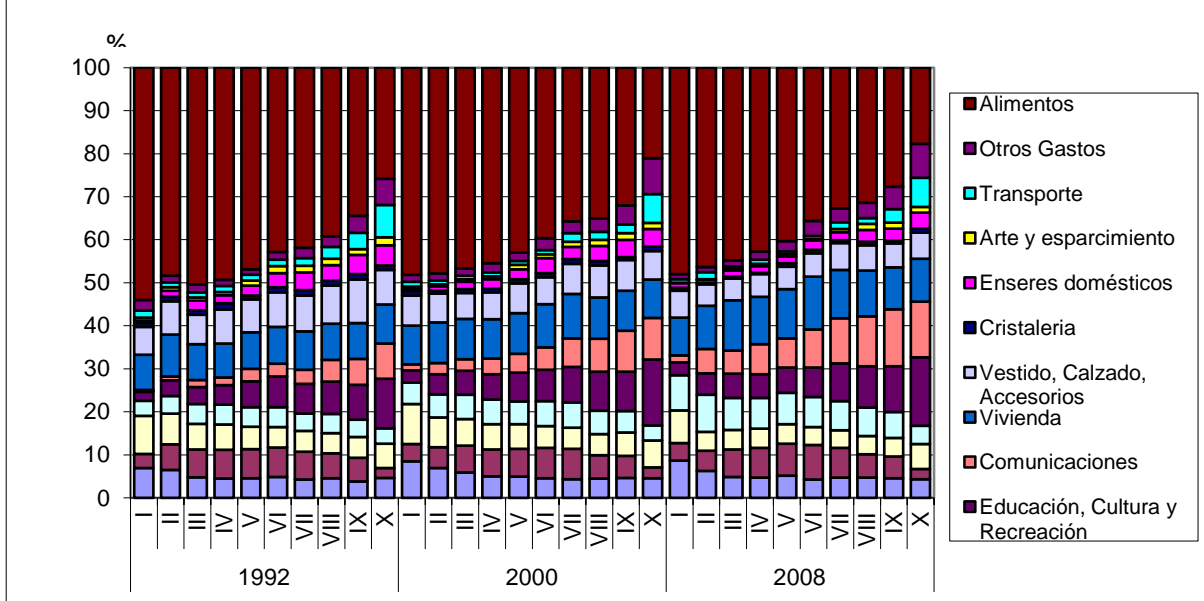
En un segundo bloque de rubros de gasto relevantes sobre la programación del gasto se hallan Educación, Cultura y Recreación que va de 6.8 a 8.3% del gasto, Cuidados Personales de 4.2 a 7%, Transporte Público de 5.1 a 6.6%, y finalmente, en este grupo se encuentra el gasto en salud, que va de 4.7% a 5.1%.

Para conseguir tener mayor detalle en la descripción de los gastos se hizo una caracterización, en este mismo periodo, de la estructura de gasto de acuerdo al nivel socioeconómico de los hogares, denotado por los deciles³⁷ de ingreso, a fin de identificar los rubros de gasto que poseen mayor rigidez para las familias y que no les permiten diversificar su gasto mensual. Es decir, aquellos que pueden ver dañado su estatus económico en caso de enfrentar un evento de enfermedad, principalmente para los primeros deciles de ingreso.

En la Figura 9, para la ENIGH de 2008, se observa que por decil de ingreso el gasto mensual de los hogares que tiene el mayor impacto en los primeros siete deciles de ingreso es el de alimentos que ocupa más del 40%, de hecho en el primer decil más del 50% de su gasto mensual total, mientras que para el décimo decil se ubica entre 21 y 25%, con lo que es notorio que los grupos más vulnerables económicamente prácticamente trabajan sólo para comer dado que su gasto potencial remanente es muy bajo. Por lo mismo sus restricciones presupuestales tienen nula holgura para cualquier shock no previsto que pueda perturbar su ingreso disponible, como puede ser el gasto catastrófico por motivos de salud.

37 Se refiere a una décima parte de la población total, ordenada por niveles de ingresos, donde primer decil será el más pobre y el décimo incluye a los más ricos.

Figura 9
Composición porcentual del Gasto* mensual promedio de los Hogares por decil de ingreso (1992 - 2008)



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1992, 2000 y 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

El gasto en vivienda es el segundo en la composición porcentual, este rubro es bastante estable independientemente del decil de ingreso, en general se gasta entre el 8 y 10%.

Llama la atención que en los primeros deciles es muy costoso mantener la higiene, dado que el gasto efectuado para limpieza ocupa entre 8 y 10% del gasto total: para el primer decil, disminuye su importancia cuando el nivel de ingreso es mayor. La proporción del ingreso mensual que se emplea para vestido, calzado y

accesorios es similar para todos los hogares independientemente del decil de ingreso al que se pertenezca, oscila entre 6 y 10%. Este gasto tiene su menor peso proporcional en los deciles más bajos pues no tienen acceso a ropa cara que se vende en tiendas exclusivas, ni siquiera acceden a estos mercados pues no es prioritario para ellos cambiar su vestimenta.

Para transporte público se forma una especie “U” invertida que denota que los dos primeros deciles y el último son los que menos lo utilizan; el decil más alto con un porcentaje por debajo de 4%, dado que prefieren la utilización de transporte privado, mientras que los deciles más bajos reflejan que su precariedad económica los limita, incluso para poderse transportar distancias en búsqueda o desarrollo de mejores trabajos, efectuando un gasto por debajo de 5%, de un presupuesto de por sí muy bajo.

El rubro de gasto transporte privado tiene un comportamiento muy diferente, en este caso son los tres deciles más altos de ingreso los que destinan mayor proporción de su gasto a este rubro, sin embargo el último decil reporta un promedio de alrededor de 7%, contemplando el gasto en mantenimiento de autos, gasolina e impuestos; mientras que en el octavo y noveno decil no llega a 4%; los primeros siete deciles destinan menos de 1.5% a esta forma de transportación. Es decir, no sólo los deciles utilizan el transporte privado de manera preponderante sino también intensivamente.

En Arte y Esparcimiento se tiene una tendencia creciente conforme se incrementa el ingreso familiar; y, finalmente, Educación, Cultura y Recreación en donde se halla una de las diferencias más grandes pues mientras en el primer decil representa un 2% para todos los años calculados, para el último decil es 14.7%, cifras alarmantes para un país como México que debería establecer políticas favorecedoras de acumulación de capital humano con particular énfasis en los más pobres con la finalidad de favorecer la movilidad socioeconómica.

2.2.3 Gasto en Cuidados Médicos y Conservación de la Salud en México (1992 a 2008)

Esta sección de la investigación está dirigida a encontrar las particularidades, problemas y dificultades que representa el gasto en salud dentro de las familias en México. Se busca identificar la proporción de la población que ejerce gasto en salud dejando en ver que hay diversas explicaciones del no gasto en salud, de las cuales se hace hincapié en tres de ellas:

- La imposibilidad de las familias de más escasos recursos de destinar parte del ingreso al cuidado en salud dadas las rigideces que representa para ellas el gasto en vivienda y alimentación que absorben la mayor parte del gasto de las familias; es decir, los pobres no tienen para gastar

en salud, excepto que sea un evento excepcional de enfermedad. Y en el peor de los casos, esto los puede conducir a la muerte por la falta de acceso al sistema de salud.

- La autopercepción de la salud, que al ser subjetiva puede no revelar necesidad de acceder a los servicios de salud o de tener atención médica, pese a que objetivamente se podría identificar el requerimiento de atención médica.
- La baja cultura de prevención que se tiene en el país, que lleva a que solamente cuando la enfermedad tiene manifestaciones que reflejan lo impostergable de la atención médica es atendida o bien, frente a urgencias médicas.

Tras lo expuesto es pertinente presentar la Figura 10, para poder observar el claroscuro del gasto en salud y que abre una nueva línea en la agenda de investigación, en otra vertiente respecto a cómo calcular el costo social del no gasto en salud.

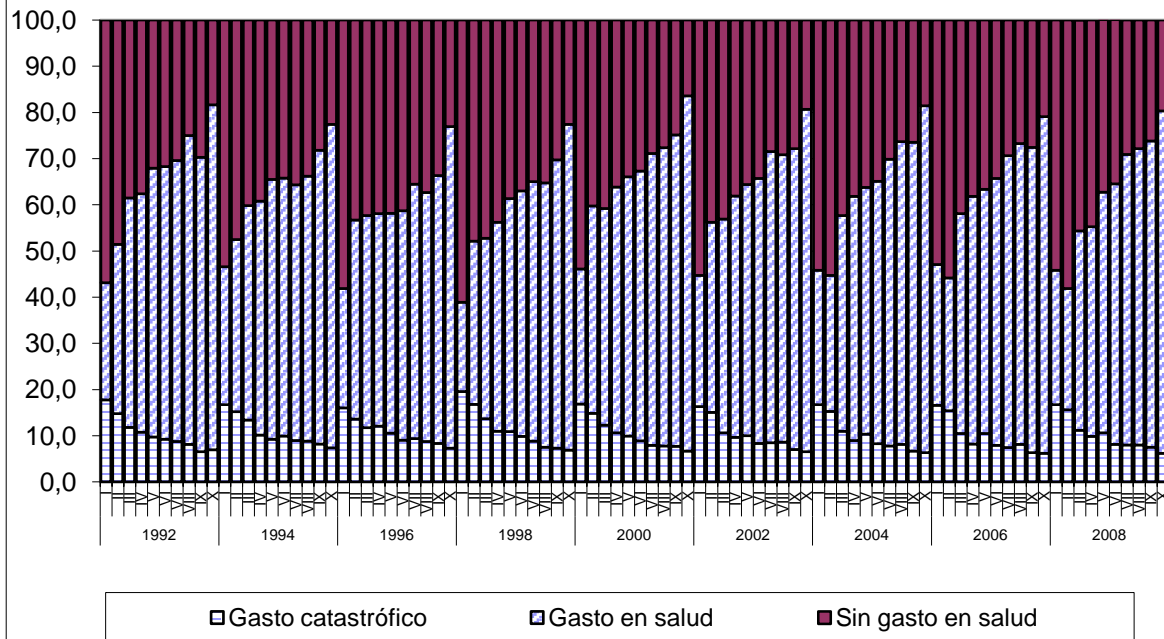
Podría discutirse incluso alguna especulación absurda como “los pobres son más sanos en general”, premisa insostenible dado que es en los cuatro deciles más bajos donde se carga el mayor peso de las enfermedades, sin embargo hay una

constante de “no gasto en salud”, además debiendo considerar que se calculan porcentajes de gasto, no gastos totales, es decir: el gasto puede ser en aspirinas y el gasto catastrófico puede ser también por algún medicamento de tipo paliativo o para algún padecimiento congénito o degenerativo. Así en la Figura 10 es claro que los deciles más bajos se abstienen más de gastar en salud, cerca de la mitad de éstos hogares no reportan gasto alguno en salud.

En los hogares que efectuaron gasto en salud se observa lo siguiente durante el periodo estudiado de 1992 a 2008:

- Para el primer decil de ingreso, se observa que visto como un porcentaje total del gasto es cercano a un 7% en 1992, sin embargo para los años 1998 y 2000 el valor porcentual de este gasto asciende alrededor de 8.5% muy cercano al de 2008.
- Para el segundo decil se reportan porcentajes entre 6 y 7%,
- Para el tercer decil la cifra se ubica entre 5 y 6%.
- Para los deciles cuatro a diez, la cifra promedio reportada se localiza entre 4 y 5%.

Figura 10
Gasto, Gasto Catastrófico y No gasto en Salud de los hogares mexicanos por decil de ingreso (1992-2008)



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

Una observación relevante es que tras los programas de salud Arranque Parejo en la Vida y Seguro Popular en Salud no se percibe cambio alguno en el patrón de gasto en salud para ningún decil de ingreso, pero más grave es que para los primeros deciles que incurrieron en algún tipo de gasto por este motivo no cambió la proporción de familias para las que se volvió catastrófico.

De tal manera que en esta primera exploración de las cifras no se vislumbra tendencia alguna hacia el incremento o disminución del gasto familiar en salud por

decil de ingreso, tal que pudiera revelar algún efecto sea negativo o positivo dado por el entorno macroeconómico del país o bien por alguna política particular que desinhibiera el gasto de bolsillo por servicios de salud, si se piensa que la principal barrera de acceso al sistema de salud son las restricciones económicas que sufren las familias.

Es complicado poder tener alguna medida de indicadores de salud objetivos que brinden información sobre el estado de salud para los primeros tres deciles de ingreso con el fin de calcular la demanda potencial³⁸ y la demanda reprimida³⁹, sobre las cuales en este nivel de análisis aún no se puede decir nada⁴⁰.

En contraparte se observa que en los deciles más altos, menos del 20% de la población es la que no incurre en gasto en salud, situación que probablemente refleje mayor demanda por servicios médicos de tipo preventivo y atención regular frente a perturbaciones en salud.

Se presenta un patrón consistente en todos los años explorados, y es que son los pobres quienes tienen una menor posibilidad de gastar en padecimientos, situación que pone nuevamente en la mesa de discusión la urgencia

38 Demanda potencial, es un tipo de demanda subyacente, donde el individuo detecta una necesidad, pero no logra tener acceso al sistema de salud, sea porque no puede cubrir una tarifa o porque no hay disponibilidad de infraestructura.

39 Demanda reprimida: depende de la percepción de los individuos respecto a su estado de salud, puede ser elevada dado que obedece a la subvaluación del reporte de enfermedad por parte de los individuos.

40 Véase a Madueño, Miguel. Perú: Estudio de demanda de servicios de salud (Documento 1). Socios para la reforma del sector salud / Abt Associates, Inc. Mayo 2002. Perú

impostergable de ampliar el Seguro Popular para la atención de la salud de los mexicanos que no tienen algún otro tipo de aseguramiento, lo que hasta hace poco se solía denominar como “población abierta”. En los primeros deciles de ingreso, a pesar de necesitar gastar en salud para enfrentar sus padecimientos, los hogares no lo hacen pues primero deben comer o pagar la renta y sólo gastan en salud cuando es estrictamente ineludible e indispensable.

3. El Gasto Catastrófico en Salud

La estimación del porcentaje de gasto de bolsillo en salud por decil de ingreso no es objetiva en su totalidad pues su cálculo depende de la perspectiva con la que se analiza y éste a su vez depende del denominador utilizado para medirlo, debido a que una gran proporción de hogares pobres reportan no tener gasto alguno en salud en relación con los hogares de clase media o alta. Y las cifras, incluso oficiales que se reportan de este rubro, calculan el “gasto de bolsillo” tomando el total del decil, y no sólo a quienes sí accedieron a servicios de salud o tuvieron algún gasto en salud. Cuando se pretende fundamentar una política integral de salud, el óptimo es que todos los hogares planeen gasto en promoción y prevención de la salud; por lo que se debe enfrentar y combatir el sub-gasto de los hogares que están económicamente imposibilitados para destinar recursos familiares a salud. De tal manera:

- a) Si se toma como denominador a todos los hogares de la ENIGH, incluyendo los que reportaron gasto y no gasto en salud, el porcentaje máximo del gasto en salud de los Hogares llegará aproximadamente a 5.4% para el 1° y 2° decil de ingreso.

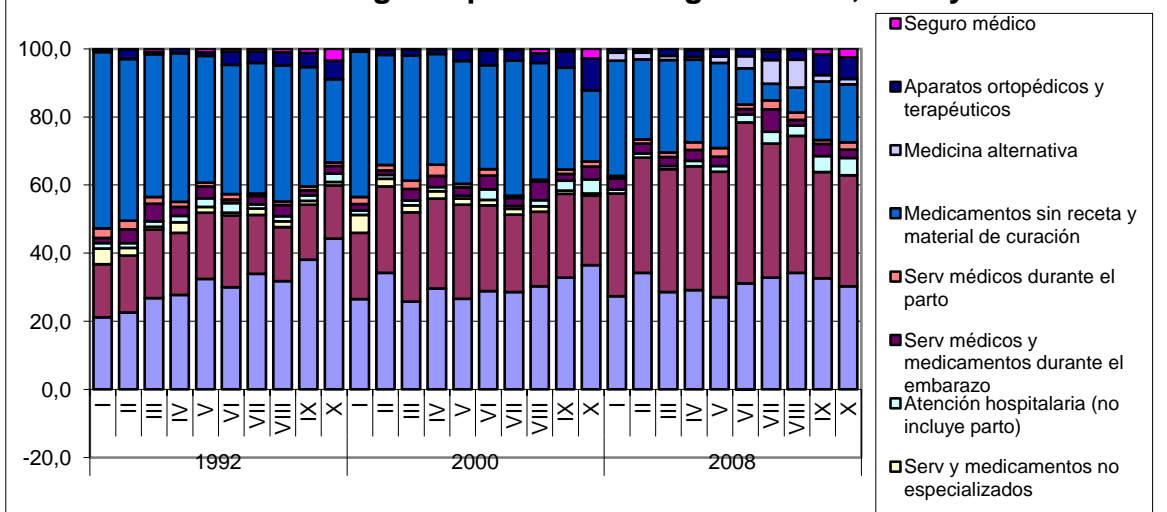
- b) Si se toma como denominador estrictamente a los hogares de la ENIGH que reportaron algún tipo de gasto en salud y se excluyen a los que no

gastaron, el porcentaje máximo del gasto en salud de los Hogares llegará a más del 8.5% para el 1° y 2° decil de ingreso. Ésta es una situación que cambia radicalmente el análisis pues es diferente la razón de riesgo relativo que existe frente a uno y otro dato.

En paralelo preocupa que cuando el hogar gasta, el hogar pobre lo haga en demasía y vea obstaculizado el canalizar recursos para comer, pagar la vivienda o solventar erogaciones fundamentales lo que aumenta su riesgo de empobrecerse aún más de acuerdo a lo expuesto en el apartado de estructura de gasto. Como siguiente paso vale la pena observar, una vez identificado el peso que tiene el gasto en salud en la estructura general del gasto de los hogares, contemplar los rubros de gasto en salud que más inciden sobre el gasto corriente de las familias y los que más las afectan.

Tras el análisis de esta Figura 11 conviene escrutar qué ocurre dentro del gasto en salud y cómo afecta a los diferentes grupos de ingreso cada rubro en particular. Se identifican tres rubros de gasto en salud en los que su peso porcentual agregado representa casi la totalidad del gasto en salud, por ello se describe su comportamiento y a continuación se pueden observar los resultados en la Figura 11. Estos tres rubros que cubren el grueso del gasto de las familias, en el que se distingue un crecimiento en el rubro de Medicamentos recetados y una reducción, como contraparte, en Medicamentos No Recetados y Material de Curación. Se sostiene de una manera estable el Gasto en Servicios Médicos.

Figura 11
Composición porcentual del Gasto* mensual promedio en
Salud de los hogares por decil de ingreso 1992, 2000 y 2008



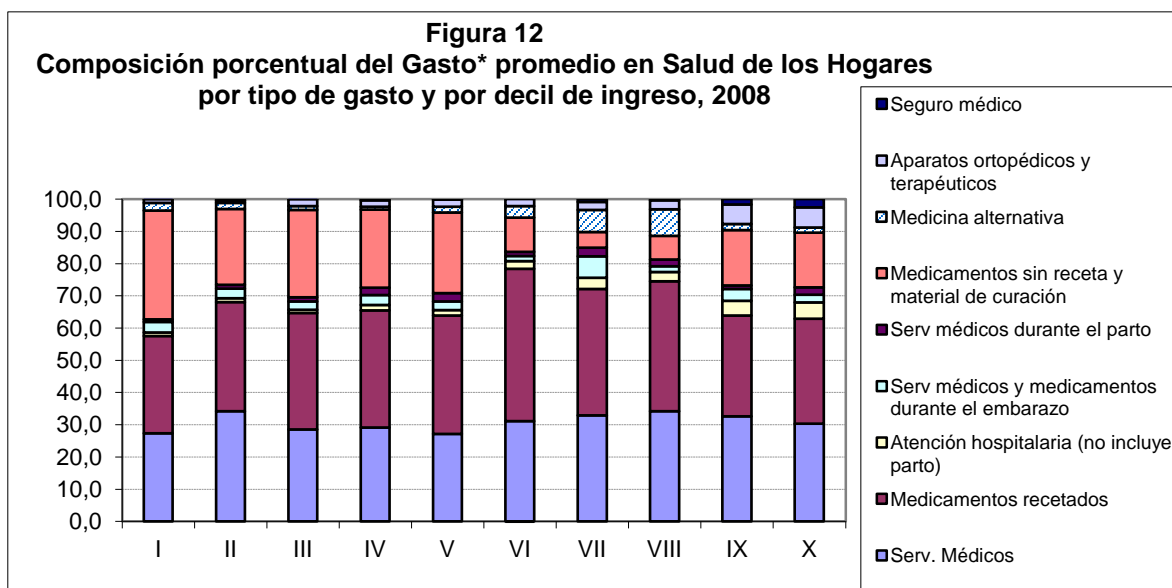
Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1992, 2000 y 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

En la Figura 12 se observa la categorización del gasto en salud únicamente para el año 2008. Destaca que los tres rubros dominantes se mantienen (Medicamentos recetados, no recetados y servicios médicos), situación fortalecida por la nueva norma sobre medicamentos antihistamínicos y antibióticos en México, que impide vender este tipo de medicamento sin receta médica⁴¹; se incrementa la compra de medicamentos recetados a la par que servicios médicos, pues ahora adoptan dentro del sistema de salud el papel de bienes complementarios. Al ser

41 De acuerdo a Fracción IV según la Ley General de Salud de México, a partir del 1º de abril de 2010 se hace cumplir esta norma, pero se promueve desde 2006.

justamente de la familia de antigripales y contra infecciones gastrointestinales, los medicamentos auto-recetados presentan una reducción.



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

Cabe destacar que hacia 2008 se afianza como un rubro importante el de Medicina Alternativa en los deciles intermedios (del 5º al 8º), en las primeras encuestas analizadas éste rubro no se consideraba, empieza a preguntarse por el gasto en éste tipo de servicios a partir de 2002. El foco rojo que permanece en esta estructura de gasto en salud desde la primera fecha analizada (1992), es el nulo gasto que tienen los seis primeros deciles en aparatos ortopédicos y de rehabilitación, pese a que justo ahí se concentra gran parte de carga de la enfermedad por discapacidad.

3.1 Caracterización y magnitudes de los gastos catastróficos en salud.

En este apartado se busca explicar que el fundamento e identificación de los gastos catastróficos parte de observar la contribución financiera que se realiza en el sistema de salud y cómo se estratifican los gastos de bolsillo. Hacia 1999 de acuerdo a los datos de la OMS, México tenía su peor indicador justamente relacionado con la equidad en la contribución financiera al ocupar el lugar 144, mientras que en desempeño y otros indicadores se movía entre el lugar 50 y el lugar 63, documento publicado en 2000 y ya explicado en el primer apartado.

Algunas de las características del gasto de bolsillo por las que vale la pena estudiarlo en profundidad, tiene que ver con el hecho de que profundiza problemas inherentes al desarrollo y a la desigualdad social:

- Es un gasto imprevisto, que no se puede planear y que las familias no están preparadas para afrontarlo.
- Puede ser un gasto ineludible y no planificable.
- A pesar de ser previsible es ineludible, como el gasto por atención al embarazo o parto.
- Que resulte de una condición crónica de enfermedad que demanda un gasto permanente.

- Cuando refleja una situación de insatisfacción por los servicios públicos ofrecidos en la que el usuario no cuenta con otros mecanismos para satisfacer sus demandas.
- Puede ser resultado de abusos de una práctica médica privada insuficientemente regulada.

La contribución financiera de los hogares (CFH) es un indicador que mide el porcentaje de la capacidad de pago destinado al gasto en salud. Con la contribución financiera se mide también la progresividad del gasto, pero ésta no es su finalidad. El principal objetivo de este cociente es conseguir la medición del nivel y la distribución del financiamiento del sistema nacional de salud. La contribución financiera permite describir y analizar tanto el gasto como la distribución del financiamiento mediante el cálculo de los dos grandes marcadores del desempeño de los sistemas de salud en materia de protección financiera: el porcentaje de los hogares con gastos catastróficos por motivos de salud (nivel) y el índice de justicia en la contribución financiera (distribución).

El porcentaje de hogares con gastos catastróficos se refiere a la proporción de hogares en riesgo de empobrecimiento a consecuencia de los gastos de salud no planificados. Cuando la CFH rebasa el 30% ($CFH=0.30$), entonces los hogares

incurren en lo que se ha denominado como gastos catastróficos por motivos de salud.⁴² La forma para realizar el cálculo pertinente es:

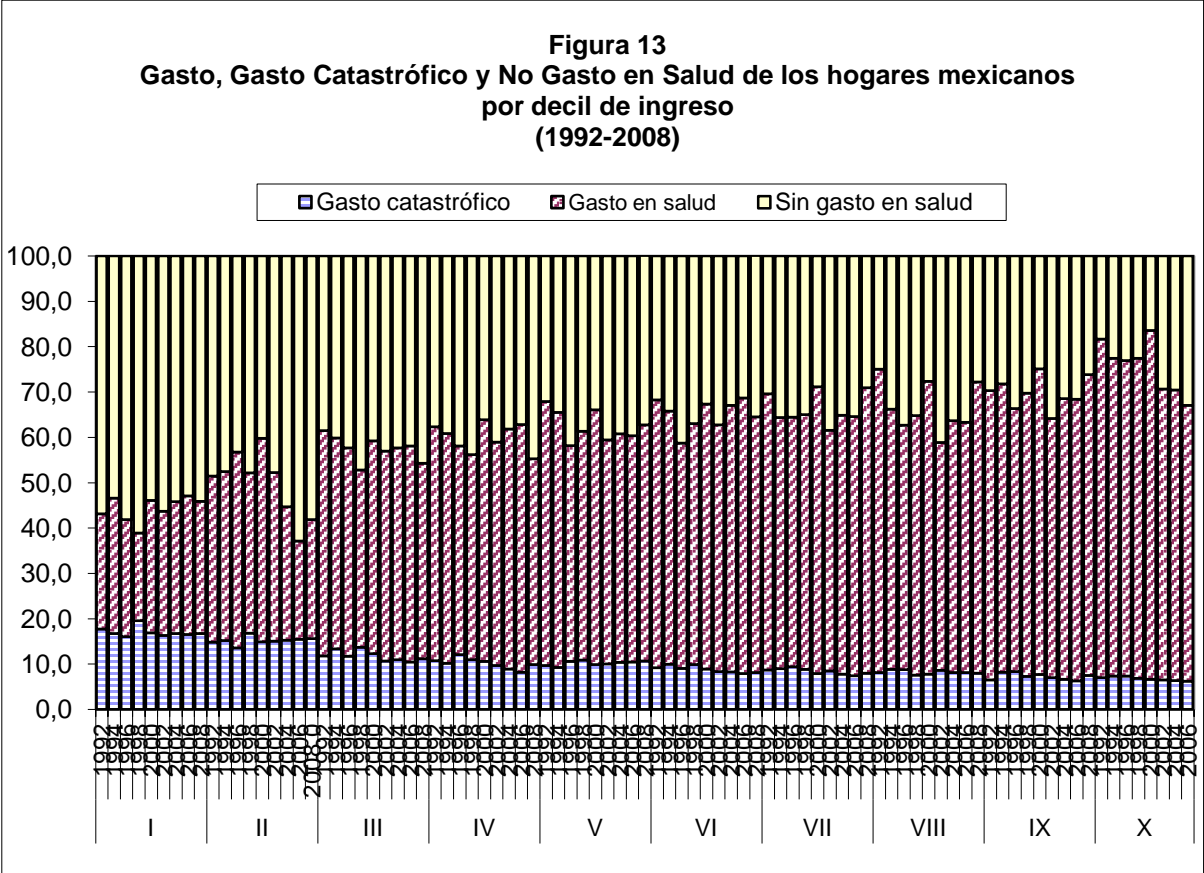
$$CFH_i = \frac{(Gastoensalud)_i}{(Capacidaddepago)_i}$$

Como ya se explicó previamente, el gasto que se ejerce en salud tiene características particulares tales como lo imprevisible que resultan las alteraciones del estado de salud y lo cuantioso que puede ser un gasto que permita acceder al sistema de salud, sin obviar el tema de la incertidumbre asociada puesto que no se puede hacer “un presupuesto anticipado” por tratamiento ni se tiene certeza en cuanto al resultado mismo sobre el estado de salud. Es innegable la baja cultura de prevención que hay en México, los hogares más vulnerables económicamente se acercan a los servicios de salud cuando la enfermedad se halla en fases avanzadas lo que encarece el tratamiento y hace más probable su fracaso.

En la Figura 13 se observa según las ENIGH de 1992 a 2008 por decil de ingreso el porcentaje de hogares que presentaron gastos catastróficos en salud. Se presenta por decil a lo largo de los años y se observa que el nivel de gasto catastrófico disminuye conforme mejora la condición socioeconómica de los hogares, mientras que el no gasto en salud -y todo lo que ellos implica: atraso en la atención, no atención de la salud, falta de acceso al sistema de salud, etc-, se incrementa conforme el decil de ingreso es más bajo.

42 Murray y Frenk (2000) “Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño. Protección financiera”, Dirección General de Evaluación del Desempeño.

Este panorama planteado lleva a reflexiones más allá del ámbito de la salud y del mismo sistema de salud. Tal como se observa en el análisis de la estructura de gasto de los hogares, existe poca holgura pues al ser el ingreso fijo, se tiene muy poco margen de ajuste en su flujo corriente, es decir, si hay una enfermedad en la familia este gasto distraerá recursos de otros más prescindibles como: educación, arte y recreación, cultura, esparcimiento, artículos de limpieza, transporte, comunicaciones, etc.



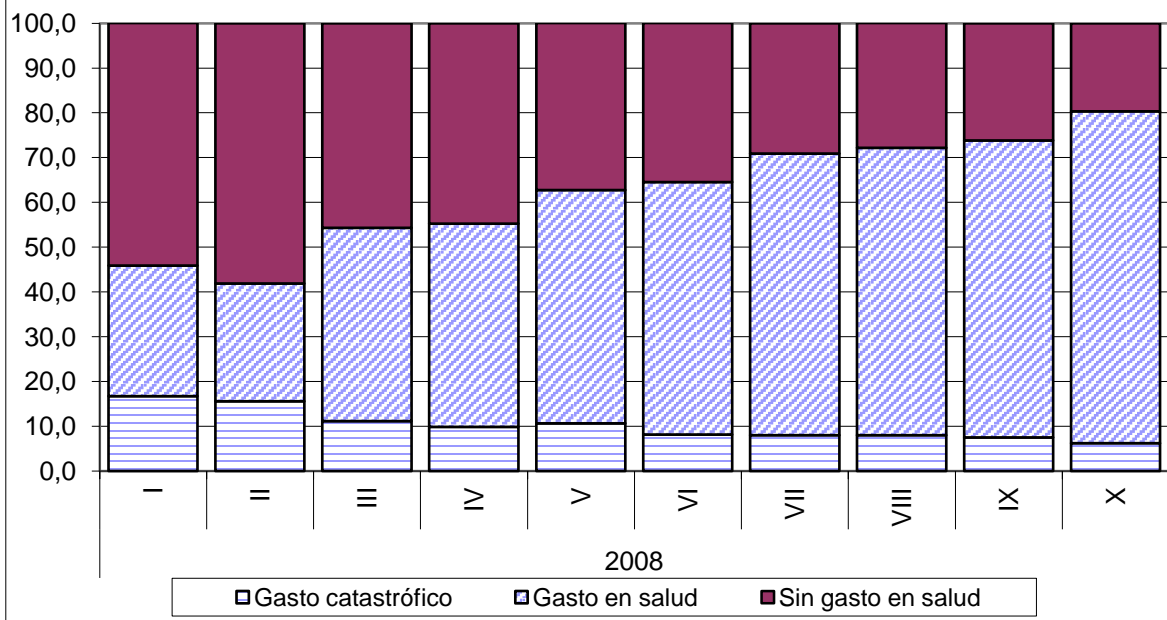
Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2004, 2006 y 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

En contraposición, hay otros gastos que no se pueden disminuir (son rígidos) tales como la vivienda, o el caso de la alimentación si se reduce será en detrimento de la ingesta mínima necesaria para las familias de más bajos recursos. Este es justamente el motivo más importante por el que los hogares aplazan o rehúsan gastar en salud.

En la Figura 14, se describe por decil de ingreso para el año de 2008, cuál fue el porcentaje de hogares que presentaron gastos catastróficos tomando como denominador al total de los hogares mexicanos, hayan realizado o no gasto en salud durante el levantamiento de la ENIGH. Incluye a todos los hogares de México, hayan reportado o no gasto en salud, e independientemente de su condición de aseguramiento, tamaño de localidad o cualquier otro tipo de variable.

Figura 14
Gasto, Gasto Catastrófico y No gasto en Salud de los hogares mexicanos por decil de ingreso 2008



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

En particular para el 2008, se observa en la Figura 14 que el patrón de gasto y no gasto en salud se mantiene igual que en los años previamente analizados; el gasto catastrófico representa una parte muy importante para los primeros deciles, lo que hace que la probabilidad de que se haga catastrófico crece. En general, más de la mitad de los dos primeros deciles no gasta en salud y los hogares que lo hacen tienen cerca de un 50% de gasto catastrófico; entre el tercer y cuarto semestre repite aunque disminuido este patrón, 40% no ejerce gasto alguno y aproximadamente una quinta parte de este gasto es empobrecedor.

Se observa que para el primer decil de ingreso en 2008, el riesgo a nivel nacional de que el hogar incurriera en gastos catastróficos era de 15.8%. A nivel nacional el riesgo era de 7.3% y se observaba que generalmente el riesgo de gasto catastrófico por motivos de salud se incrementaba conforme el hogar era más pobre.

La ruta de financiamiento de servicios de salud, para los deciles más bajos de ingreso, puede ser el endeudamiento pero también la pérdida de bienes materiales de la familia, o bien reducción del consumo de otros satisfactores, pero estas pérdidas son difíciles de cuantificar dados los préstamos informales, la usura y los mercados de segunda mano, que no están suficientemente documentados ni cuantificados en encuestas representativas. Para poner en contexto lo grave que puede llegar a ser el gasto catastrófico en las familias mexicanas, se presentan una serie de figuras en donde se analiza para el año 2008 el gasto catastrófico en salud desde diferentes perspectivas, a partir del análisis de diferentes denominadores.

En la Figura 14 se describe por decil de ingreso para el año de 2008 cuál fue el porcentaje de hogares que presentaron gastos catastróficos tomando como denominador al total de los hogares mexicanos que incurrieron o no incurrieron en gasto en salud durante el levantamiento de la ENIGH. Incluye a todos los hogares de México, tanto los que reportaron gasto en salud como los que no lo hicieron,

independientemente de su condición de aseguramiento, tamaño de localidad o cualquier otro tipo de variable.

Cuando se analiza el Gasto Catastrófico en Salud tomando como denominador al total de los hogares mexicanos, se obtiene un indicador que da cuenta del llamado “Riesgo Nacional de Empobrecimiento por Atención Médica” y expresa la situación de riesgo económico a nivel nacional que en un determinado momento enfrentan los hogares. Lo que también indica es el porcentaje de hogares que para enfrentar demandas de salud con su bolsillo tuvieron que endeudarse, vender patrimonio o en casos extremos robar y que los puede hacer caer en una Trampa de Pobreza, sea cual sea la perspectiva con que se defina este concepto.

Existen dos enfoques de trampa de pobreza:

- a. Nivel micro^{43,44} que se observa cuando una familia está dentro de un círculo vicioso, donde las condiciones de insatisfacción material y de capacidades se retroalimentan e interactúan entre sí generando situaciones adversas a la acumulación de capital humano o a la simple acumulación de capital. Como ejemplo clásico de trampa de pobreza es el embarazo adolescente, porque en general la primera manifestación es el abandono escolar que conlleva la interrupción de la formación de la joven madre, es decir se corta

43Núñez, J y Cuesta, L (2006). “Las trampas de pobreza en Colombia: ¿Qué hacer? Diseño de un programa contra la extrema pobreza” en Documentos CEDE No. 19, Facultad de Economía, Universidad de los Andes, Bogotá..

44 Smith, S. (2005). Ending global poverty: A guide to what works. Palgrave Macmillan.

el proceso de acumulación de capital humano que se reflejará en una reducción de su salario futuro esperado. Así, tener condiciones de bajo ingreso, obliga a la madre joven a tener bajas inversiones en la educación y salud de sus hijos, es decir baja o nula inversión en capital humano, lo que resulta en que el ciclo de pobreza se repite y profundiza en la nueva generación.

- b. Nivel macro⁴⁵, una de las definiciones más aceptadas es la de Matsuyama (1992) que define trampa de pobreza a nivel país como “la condición que se auto-perpetúa cuando la economía -atrapada en un círculo vicioso-, padece de un subdesarrollo persistente”⁴⁶. Es decir, que con ciertas condiciones de bajo nivel de crecimiento y escaso desarrollo, no es viable que una región o un país abandonen su condición de pobreza, y a su vez, propician condiciones adversas que impiden romper ese círculo vicioso. Algunas de las condiciones adversas pueden ser: baja inversión en infraestructura, baja o nula inversión en capital humano (educación y salud), oferta de trabajos de baja calidad, etc.

Ambos están íntimamente relacionados con los temas de salud, como se puede observar, pues las trampas de pobreza se vinculan a la pérdida de capital humano tanto a nivel hogar como a nivel agregado. La inversión en prevención que es

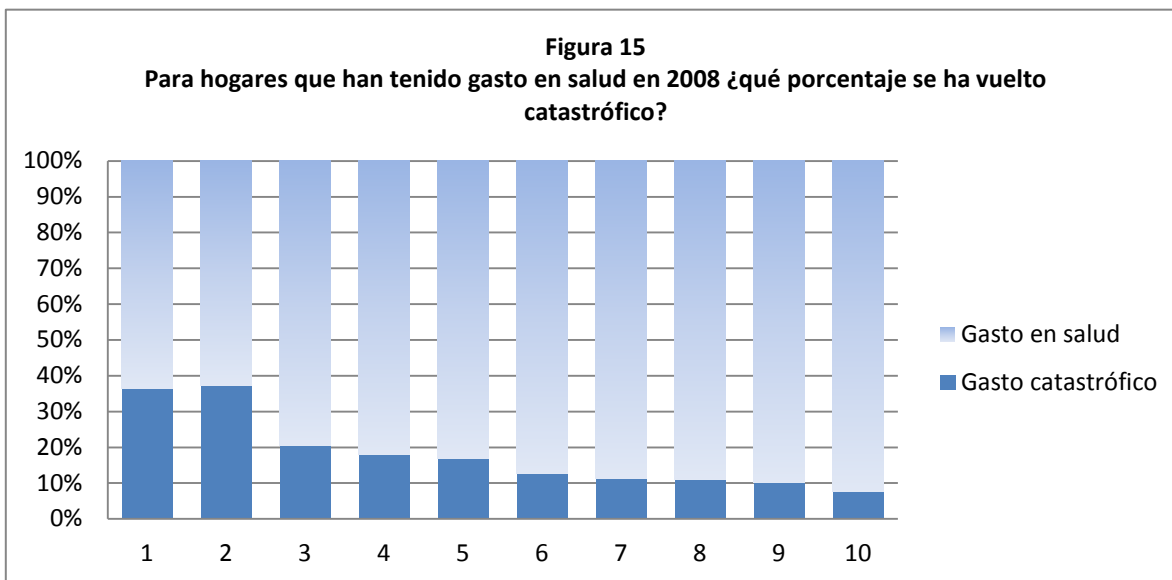
45 Matsuyama, K. “Poverty Traps” forthcoming in the New Palgrave (1992). Dictionary of Economics, 2nd Edition, Macmillan.

46 Matsuyama, op cit.

prácticamente nula en los países menos desarrollados hace sinergia negativa con la que se registra a nivel familiar, y coadyuva a que no se establezcan las mejores prácticas en temas de reproducción humana, alimentación y detección oportuna de padecimientos que *a posteriori* reportan elevada carga de la enfermedad y alto costo financiero para los sistemas de salud.

Otra forma de ver el problema consiste en analizar los Gastos Catastróficos sólo para los hogares que reportaron gasto en salud en el momento de la ENIGH (Figura 15). Es decir, considerar los hogares que sí detectaron una necesidad en salud y que efectivamente se acercaron a demandar servicios para atenderse, lo cual significa que se pusieron en riesgo de gasto en salud, pero no pudieron aplazar la atención a su salud o vivieron una emergencia inaplazable.

Se observa en la Figura 15 que el porcentaje de hogares que registraron gasto en salud con un nivel de Gasto Catastrófico creció a 36% en el 1° decil de ingreso; esto quiere decir que uno de cada tres de los hogares más pobres en 2008, que incurrieron en algún tipo de gasto en salud, tuvieron repercusiones catastróficas en su gasto disponible. La situación para el 2° decil es también adversa, muy similar al del primero. Merece atención que aun entre los grupos de mejor ingreso se registran gastos catastróficos por salud, pues si sólo tomamos en cuenta a las familias que han tenido acceso al sistema de salud, su volumen también es considerable pues del sexto al noveno decil va de 12 a 10%, aun en el decil más alto se presenta prácticamente un 8% de gasto catastrófico.



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

Este escrutinio por nivel socioeconómico sobre el gasto catastrófico en salud revela que no hay únicamente injusticia e inequidad en la distribución de los recursos, lo que ya de por sí expone a riesgo de empobrecimiento a los más vulnerables económicamente; con el gasto en los deciles más altos se exhibe también la insuficiencia de los fondos destinados al sector salud, pues ni los sectores “beneficiados” aparentemente por la distribución del gasto quedan exentos de incurrir en gastos por motivos de salud que se vuelven catastróficos.

Cabe hacer un paréntesis teórico en este punto: si bien la demanda por servicios de salud se podría modelar como una variable continua que se denominara gasto continuo por servicios de salud, esta estimación se complica por factores como la

existencia de servicios de salud por los que no se tiene que efectuar un pago directo, y servicios de salud cuyo precio está por debajo del costo real del servicio. En términos de la construcción en la demanda de salud, vale la pena explicar que cuando los demandantes de servicios cuentan con algún tipo de aseguramiento médico, el análisis marginal deja de existir, ya que en el caso de los seguros no se hace un análisis de costo marginal sobre beneficio marginal de cada servicio. Una vez pagada la prima se espera acceder sin costos asociados a todo el paquete de beneficios en atención a la salud; asimismo hay costos que se asumirían como cero pero que en realidad no lo son, sino que los precios de entrada para ejercer una demanda por servicios de salud son altos y excluyen a gran parte de población que no tiene para cubrir ese acceso económico mínimo.

Una manera de explicar la demanda por servicios es observar la utilización que de ellos se hace, sin embargo, ésta no es un reflejo perfecto de la demanda y habría que hacer la siguiente diferencia entre los tipos de demanda por servicios de salud⁴⁷:

1. Demanda efectiva: la que se realiza en el mercado, es decir, tras una necesidad manifiesta el individuo accede al sistema de salud según su restricción presupuestaria para asumir una tarifa de acceso y la disponibilidad de infraestructura, y utilizarla según su grado de

47 Véase: Madueño, M., Perú: Estudio de demanda de servicios de salud (Documento 1). Socios para la reforma del sector salud/Abt Associates, Inc., Perú, mayo de 2002.

necesidad y grado de aversión al riesgo (esta categoría es análoga a utilización).

2. Demanda potencial: un tipo de demanda subyacente, donde el individuo detecta una necesidad pero no logra tener acceso al sistema de salud, sea porque no puede cubrir una tarifa o porque no hay disponibilidad de infraestructura.
3. Demanda reprimida: depende de la percepción de los individuos respecto a su estado de salud; puede ser elevada dado que obedece a la subvaluación del reporte de enfermedad por parte de los individuos⁴⁸.

Al explicar, nuevamente, el tema de los denominadores, se tomará estrictamente a los hogares que tuvieron un gasto efectivo en salud, en realidad se está expresando la demanda efectiva de los servicios de salud. Los puntos 2 y 3 que se podrían englobar en un concepto como la no demanda, incluye los hogares que no ejercen gasto alguno en salud sin estar reflejados o identificados como hogares que tienen los más elevados acervos de salud.

Para un estudio ampliado de demanda de servicios de salud se deben analizar los aspectos relacionados con el acceso, uso de satisfactores relacionados con la

48 Hay literatura que sustenta que individuos con menor acumulación de capital humano, en particular de educación, tienden a reportar buen estado de salud pese a que pueden tener afecciones de salud importantes.

salud y con sus servicios. No se pueden perder de vista estudios con variables de índole demográfica, cultural, educacional, de bienestar, así como la distribución del ingreso, perfiles epidemiológicos y la presencia de sectores competitivos. En este campo del conocimiento económico se busca identificar los aspectos que puedan facilitar la utilización de los servicios de salud, en particular de los programas prioritarios para el nivel poblacional.

4. Gastos catastróficos, aseguramiento en salud y algunas otras variables relevantes

En la revisión de la literatura uno de los hallazgos más robustos es que la condición de aseguramiento para los hogares es determinante para estar en condiciones de riesgo o de empobrecimiento por motivos de salud. Hay eventos que incrementan las probabilidades de caer en gasto catastrófico como puede ser hospitalización, atención no ambulatoria y atención del parto.⁴⁹

En el caso de México, se puede identificar al aseguramiento como el principal determinante en la elección de la institución para eventos de salud que requieren hospitalización. Uno de cada tres mexicanos que acude a los servicios de salud⁵⁰, lo hace en servicios privados y es una demanda que proviene de diferentes estratos socioeconómicos y con cierta independencia respecto a su condición de derechohabencia.

Ya anteriormente expuesto por Luna (2007), es el hecho de que uno de cada cinco derechohabientes no se atiende en la institución a la que tiene derecho y en la que cotiza. La percepción sobre la calidad de la atención en la seguridad social juega aquí un papel importante. Las dos variables que determinan lo anterior son la condición socioeconómica de los usuarios (el ingreso disponible) y el lugar de

49 Cruz, C (2007). Op cit.

50 Zamudio, Andrés, La demanda por servicios médicos en México, Documento de Trabajo n. 94, Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE), 1997, México.

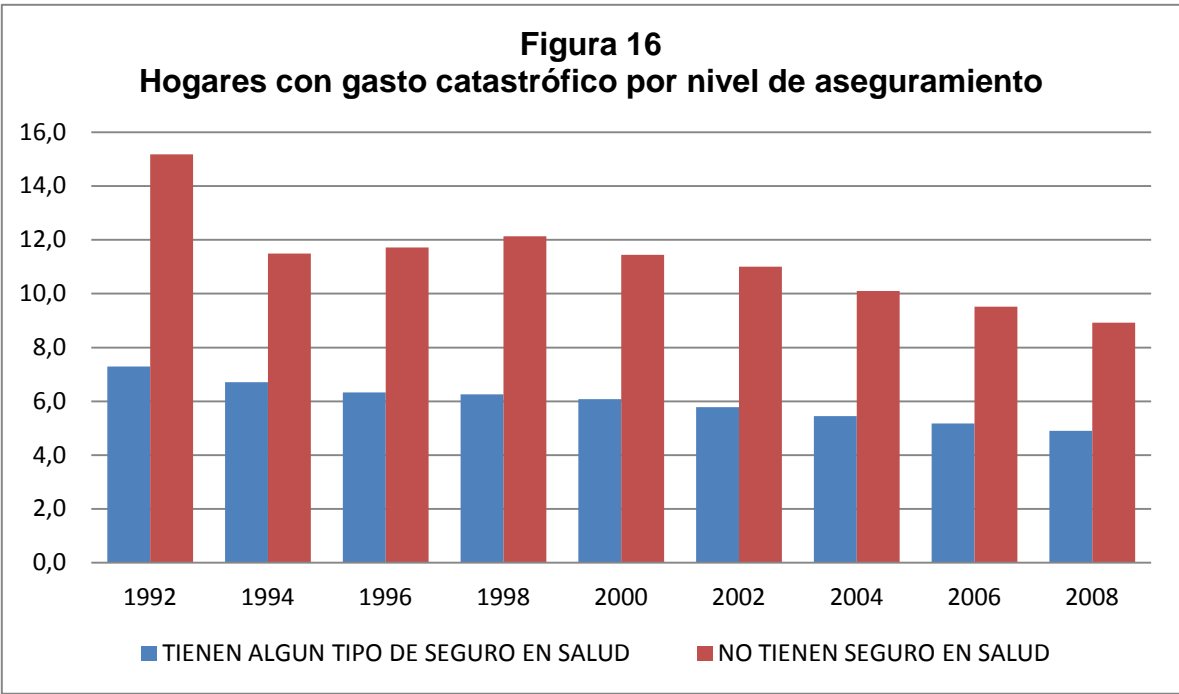
residencia; sin embargo, existen otras variables que afectan el resultado sobre cómo se realiza la demanda⁵¹.

La calidad de los servicios de salud es uno de los principales desafíos del sistema de salud mexicano. En la atención del parto es claro que tanto el gasto de bolsillo como la percepción de la calidad generan problemas de utilización adecuada de los servicios; si la calidad de la atención esperada es baja, se incrementa en las mujeres la probabilidad de buscar otras alternativas, en algunos casos bajo condición de derechohabencia en instituciones para las que ya habían cotizado ellas o el jefe del hogar y resulta ser una situación que incide en el gasto familiar. Esto puede ser una paradoja: desperdicio en los recursos de los servicios públicos y de seguridad social médica, capacidad subutilizada, y a la vez detrimento en las condiciones materiales de vida de las familias.

En la Figura 16 se observa la diferencia que hay, a nivel descriptivo, en cuanto a gasto catastrófico de los hogares asegurados respecto a los que no tienen seguro alguno en salud, y es claro que prácticamente resulta ser el doble para los hogares que no tienen acceso a la seguridad social, reforzándose así la idea de vulnerabilidad. Se trata de hogares que tampoco tienen incertidumbre respecto a la atención en salud, al retiro y a su ingreso disponible mensual.

51 Luna G, Valencia A. determinantes de la utilización de los servicios de salud para mujeres mexicanas en la atención del parto. Documentos de trabajo de Economía. UIA 2007. México.

Aunque parece que hay una tendencia a la reducción de los gastos catastróficos, la disminución es más clara para los no asegurados. Aun así, para el 2008 se encuentra un 9% para no asegurados respecto a un 4.9% de los hogares con aseguramiento; en este cálculo se contemplan estrictamente los hogares que tuvieron algún tipo de gasto en salud y sobre ellos se calculó los que tuvieron gasto catastrófico. Llama la atención que la puesta en marcha del Seguro Popular en Salud no marca un cambio estructural en la tendencia decreciente.



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

En la revisión de la literatura se expuso como uno de los resultados más robustos que la variable de aseguramiento es la que más afecta a los hogares para que incurran en un gasto empobrecedor. Sin embargo hay otras variables con las que

conviene correlacionarlo a fin de explorar la relevancia de estas otras variables, que en contextos como el mexicano pueden tener especial interés.

Cuando se analiza el Gasto Catastrófico en Salud tomando como denominador al total de los hogares que reportaron gastos en salud, se obtiene un indicador llamado por Cruz (2006) “Riesgo Nacional de Empobrecimiento de los Hogares por atención a la salud” y expresa la situación de riesgo económico a nivel nacional que en un determinado momento enfrentan los hogares con necesidades de atención médica explícitas, inaplazables o urgentes. Tradicionalmente, en la literatura de gasto catastrófico, se distribuye este tipo de gasto entre toda la población haya utilizado o no servicios de salud, es decir, para calcular a los vulnerable por motivos de gasto en salud se incluye a la población que no acudió a servicios de salud y ésta es la razón por la que se diluye el impacto de los gastos empobrecedores por motivos de salud.

En el Cuadro 2, se describe por decil de ingreso, para el año de 2008, cuál fue el porcentaje de hogares que presentaron gastos en salud, de entre ellos los que fueron catastróficos tomando como denominador al total de los hogares que tuvieron gastos por embarazo y parto durante el levantamiento de la ENIGH 2008. Se estima el porcentaje de hogares que tuvieron gastos catastróficos del total que enfrentaron eventos de embarazo y parto; de los que tuvieron este tipo de gasto diferenciamos entre hogares asegurados y sin aseguramiento.

Cuadro 2 Hogares con gasto por embarazo y parto			
Decil de Ingreso	Con gasto catastrófico %	Con algún tipo de aseguramiento %	Sin Aseguramiento %
I	31.3	0.0	100.0
II	59.4	0.0	100.0
III	28.8	15.2	84.8
IV	39.5	13.4	86.6
V	18.2	26.4	73.6
VI	17.8	14.2	85.8
VII	13.5	0.0	100.0
VIII	8.0	0.0	100.0
IX	13.7	11.7	88.3
X	3.0	43.4	56.6
Total	19.6	10.5	89.5

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008.

Elaboración propia.

Para el primer decil de ingreso en 2008, el porcentaje de hogares que incurriera en gastos catastróficos por atención del embarazo y parto es de 31.3%. A nivel nacional, sin discriminar por tipo de gasto en salud, el porcentaje de 36.9%. Los porcentajes más altos se hallan en el segundo y cuarto decil de ingreso. Lo más relevante de este cuadro es que se observa que el grueso de quienes sufrieron empobrecimiento por salud lo forman quienes no tienen aseguramiento alguno. Los demás, los que poseen aseguramiento, han optado con sus preferencias claras por atención privada y desembolso en el momento de la atención del parto,

pero es claro que estos gastos deberían ser los más fácilmente evitables pues su aseguramiento cubre este evento de salud y sólo se trata de la percepción de los servicios de los aseguradores públicos (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, etc).

Únicamente cambia el patrón para el décimo decil, con una explicación casi obvia. En altos niveles de ingreso no se acude a la seguridad social para la atención del parto por cuestiones de “hotelería”. Prefieren ser atendidos en lugares en los que cuenten con una habitación individual, sin ajustarse a horarios de visita, menús más apetecibles y reducción de tiempos de espera que supone la burocracia de la atención. Además se tiene una mala percepción de los servicios de seguridad social respecto a la atención médica, no sustentada en datos pues ciertamente el número de altas exitosas en la seguridad social es más alta que en la medicina privada, de acuerdo a Luna (2006)⁵².

Si se considera que en promedio los hogares mexicanos tendrán entre dos o tres hijos, se destaca que si no cuentan con aseguramiento en salud, la quinta parte de las familias mexicanas desprotegidas sufrirán dos o tres veces en su vida eventos empobrecedores por tener un hijo. Estas cifras fortalecen la importancia de generalizar programas como el de “Arranque Parejo en la Vida”, para que las familias no se empobrezcan por la procreación; ésta es una situación totalmente contraria a lo que era popularmente conocido como “cada bebé nace con una torta

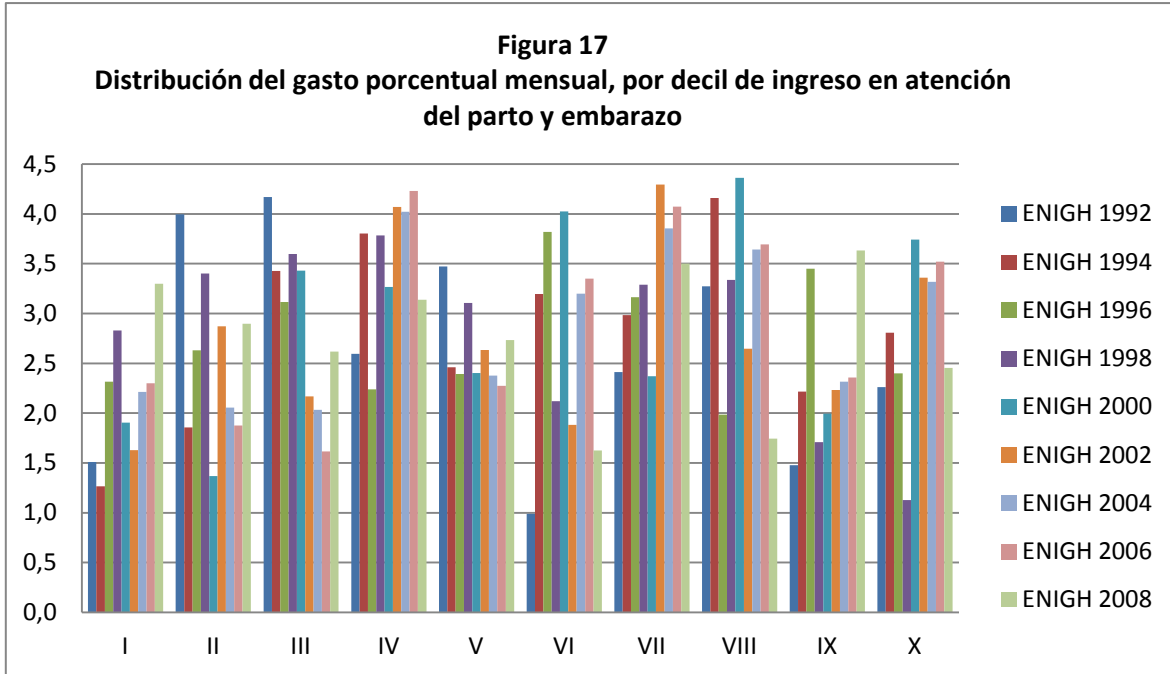
52 Op cit.

bajo el brazo”, que simplemente ilustraba tiempo de bonanza económica para los hogares que tuvieran un nuevo integrante.

El evento de embarazo y parto, se puede decir que distribuye equitativamente el riesgo de tener gastos catastróficos, es decir no posee una tendencia clara ni por decil de ingreso, ni de tendencia a lo largo del tiempo

En el caso de gasto por embarazo y parto no se encuentra una tendencia por decil de ingreso, pero tampoco alguna tendencia que parezca ir reduciendo el gasto conforme avanzan los años. A lo largo de los años no se registran cambios importantes en los porcentajes entre 2.6 y 2.9%. En promedio son el cuarto, el séptimo y el octavo decil los que gastan más, entre 3.5, 3.3 y 3.2 respectivamente. Con este gráfico podría decirse que el evento de parto y embarazo es el que se distribuye equitativamente a lo largo del tiempo y de la condición social.

De acuerdo a lo hallado por Luna (2007), uno de cada cinco derechohabientes no se atiende en la institución a la que tiene derecho y en la que cotiza. La percepción sobre la calidad de la atención en la seguridad social juega aquí un papel importante. Las dos variables que determinan lo anterior son la condición socioeconómica de los usuarios (el ingreso disponible) y el lugar de residencia; sin embargo, existen otras variables que afectan el resultado sobre cómo se realiza la demanda.



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

La calidad de los servicios de salud es uno de los principales desafíos del sistema de salud mexicano. En la atención del parto, tanto el gasto de bolsillo como la percepción de la calidad generan problemas de utilización adecuada de los servicios; si la calidad de la atención esperada es baja, la probabilidad de buscar otras alternativas se incrementa en las mujeres, en algunos casos bajo condición de aseguramiento en instituciones para las que ya habían cotizado ellas o el jefe del hogar lo cual incide en el gasto familiar. Esto puede ser una paradoja: desperdicio en los recursos de los servicios públicos y de seguridad social médica, capacidad subutilizada, y a la vez deterioro en las condiciones materiales de vida de las familias.

La exploración de otra variable importante como es Hospitalización, se presenta en el Cuadro 3 donde se observa que los porcentajes de gasto catastrófico, nuevamente considerando únicamente a los que tuvieron gasto por este rubro, son elevados dado que van del 90% a cerca de 40%; este rubro de gasto en salud tiene una proporción elevada pero una incidencia baja, es decir, son pocos los hogares que resuelven llegar a la instancia de hospitalización. Particularmente en los primeros deciles los hogares pospondrán una demanda por hospitalización y lo dejarán como última instancia.

Cuadro 3 Hogares con atención hospitalaria			
Decil de Ingreso	Con gasto catastrófico %	Con algún tipo de aseguramiento %	Sin Aseguramiento %
I	90.5	0.0	100.0
II	86.6	0.0	100.0
III	53.7	0.0	100.0
IV	51.2	9.4	90.6
V	59.7	43.8	56.2
VI	60.1	9.5	90.5
VII	48.7	14.7	85.3
VIII	46.4	7.8	92.2
IX	41.6	13.1	86.9
X	36.2	6.2	93.8
Total	48.9	12.6	87.4

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008.

Elaboración propia.

En el mercado de salud hay varias fuentes de incertidumbre implícitas: la primera se refiere a si habrá un resultado exitoso en cuanto a “altas médicas”, es decir, intervenciones exitosas; una segunda es el costo que se asociará a la atención médica: una vez traspasado el umbral de la atención ambulatoria -entrando a hospitalización- los costos pueden crecer exponencialmente; y, finalmente, el tiempo del alta no será un dato conocido. Estos son motivos por los que es comprensible que familias que no tienen capacidad económica y/o certidumbre de ingreso disponible estable aplacen o definitivamente se nieguen la posibilidad de hospitalizarse pese a tener alguna perturbación en su salud.

En el Cuadro 3 se observa que para el primer decil de ingreso en 2008, el riesgo a nivel nacional de que el hogar incurriera en gastos catastróficos por atención hospitalaria fue de 90.5% y para el 2° decil de 86.6%. El total de los casos se refiere a hogares no asegurados, es decir los pobres no asegurados empobrecerán si son internados en un hospital. A nivel nacional el riesgo fue de 48.9%. Dicho de manera simple: el 20% de las familias más pobres sin aseguramiento en México en 2008, cuando tenían la necesidad de hospitalizarse y pagar de su bolsillo, enfrentaban casi todos gastos catastróficos y aunado al problema de salud les llegaba asociado un problema de empobrecimiento material.

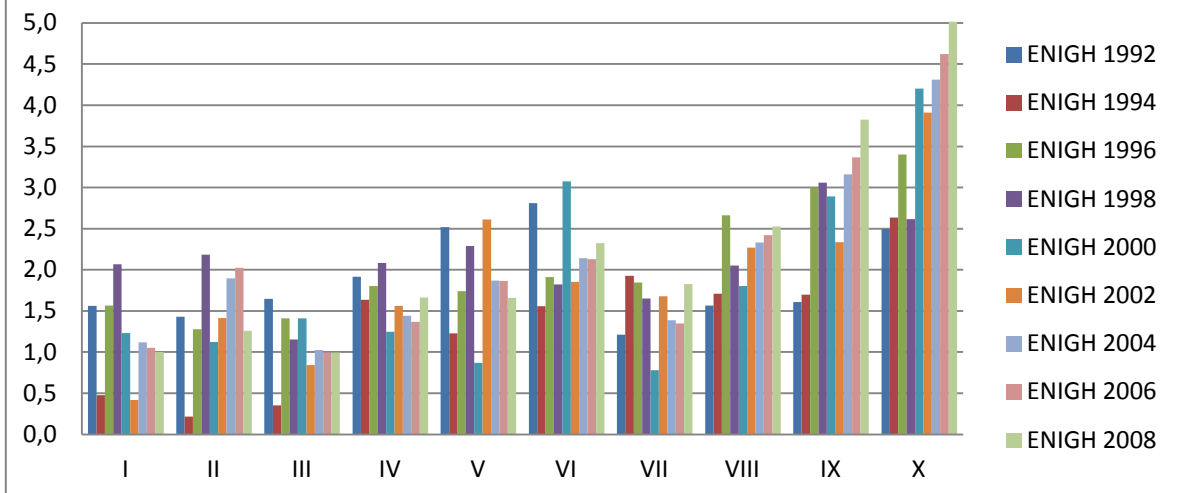
En la Figura 19 se observa otra perspectiva de esta misma variable “hospitalización”. Se presenta el gasto en hospitalización como porcentaje del

gasto y cabe hacerse la reflexión de que en los deciles más bajos de ingreso este rubro no llega al 2% y sin embargo se vuelve catastrófico. En los demás deciles es más alto el porcentaje, pero es menor la proporción en que se vuelve catastrófico o empobrecedor para las familias. Es decir, a mayor ingreso demandarán más hospitalización y será menor el porcentaje de empobrecimiento por hogar; el dato más alto es en 2008 para el decil diez, que presenta casi un 5%, partiendo de una situación de 2.5 en el 2002.

En los cuatro deciles más elevados se presenta una tendencia al crecimiento de los gastos catastróficos a lo largo del tiempo, es decir, no sólo creciente por decil sino creciente en el interior de cada uno de ellos. Se puede explicar por una caída en la percepción respecto a la calidad de los servicios de los aseguradores públicos en México pues mientras más posibilidades económicas tiene una familia podrá buscar atención más oportuna, a fin de reducir tiempos de espera y garantizar atención personalizada (hotelería) para los familiares que enfermaron.

En los primeros deciles se siguen reportando casos de extrema necesidad y con condiciones de presentar eventos inaplazables; asimismo también es probable que estas demandas se realicen en hospitales con baja capacidad resolutive y baja calidad técnica.

Figura 18
Distribución del gasto porcentual mensual, por decil de ingreso en
Atención Hospitalaria



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

Las familias sin seguro gastan muy poco en hospitales, por ello es tan bajo el porcentaje de gasto hospitalario en la estructura de gasto familiar pues cuando se gasta en hospitalización la familia pobre irremediablemente quiebra. El bajo volumen de gasto de bolsillo reportado para hospitalización, si se considera la transición epidemiológica de la población mexicana en donde las enfermedades crónico-degenerativas ocupan los primeros motivos de demanda y causas de muerte, puede ser un foco rojo de postergación de gasto.

Cabe mencionar que hay una oferta bimodal de los servicios privados en salud en México; por una lado menos de un 5% de ellos tienen medicina de alta especialidad e infraestructura similar a la de proveedores públicos por

aseguramiento, el resto son instalaciones con menos de 5 camas censables y bajo nivel de especialidad médica, como se reporta en Luna (2007). Respecto a los servicios privados no se pueden postular premisas concluyentes porque la utilización de ellos puede estar en los extremos de la distribución del ingreso, debido a que pueden ser muy costosos y ser la opción para familias de los quintiles más altos, o darse la situación contraria: ser baratos y una alternativa para los quintiles más bajos de ingreso.

Una hipótesis a estudiar en un futuro es que por motivos económicos los mexicanos sin aseguramiento no se hospitalizan y presentan una atención inadecuada de sus padecimientos. La necesidad de generalizar esquemas de aseguramiento público se torna, por ello, inaplazable, por lo que se debe intensificar el apoyo a la sostenibilidad financiera del Seguro Social, Seguro Popular y Seguros en Salud Públicos Voluntarios.

Una variable que también merece un análisis particular es la discapacidad en alguno de los miembros del hogar. Se trata de una característica que puede cambiar potencialmente la estructura familiar de gasto por las necesidades específicas de una persona que requiere cierta atención especial, mucho más será cuando requiere y utiliza algún tipo de aparato ortopédico o de rehabilitación, “De acuerdo con el Censo de Población 2010, en México hay 5.7 millones de mexicanos, que representan el 5.1% de la población total, con alguna dificultad física o mental para realizar actividades de la vida cotidiana. Poco más de dos

quintas partes (42.7%) tienen entre 15 y 59 años y casi la mitad (48.2%) tiene 60 años y más”⁵³.

Además es destacable que, según Oreggia y Velarde (2011), los hogares en zonas urbanas que tienen al menos un discapacitado tienen una propensión 11.7% mayor a estar en pobreza (respecto de los hogares sin discapacitados), mientras que en las zonas rurales esta propensión se reduce a 8.9%. Lo que es claro es que la discapacidad de un miembro del hogar genera un riesgo elevado de caer en la pobreza.

En el Cuadro 4, se observa que el 80% de los mexicanos menos ricos que tienen en su hogar un miembro con alguna discapacidad, si no poseen ningún tipo de aseguramiento con toda seguridad presentarán gastos catastróficos, y si lo poseen, se ajustarán a los servicios que les presta el asegurador público, estén conformes o no con el tratamiento que reciben; en el noveno decil sí ejercerán algún tipo de gasto complementario a pesar de que posean seguridad social, aunque en baja proporción.

El decil más alto, dada la gran inequidad en la distribución del ingreso en México, tiene una capacidad adquisitiva muy diferente al resto de la población de tal manera que si hay algún tipo de insatisfacción, bien sea por los tratamientos

53 Secretaría de Desarrollo Social. Gobierno de México. Consultado el 09-05-2012
http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Resource/1800/1/images/boletin_11_SPPE.pdf

sugeridos ante la discapacidad o por los tiempos de espera, la poca atención personalizada, etc., deciden pagar de su bolsillo atención privada.

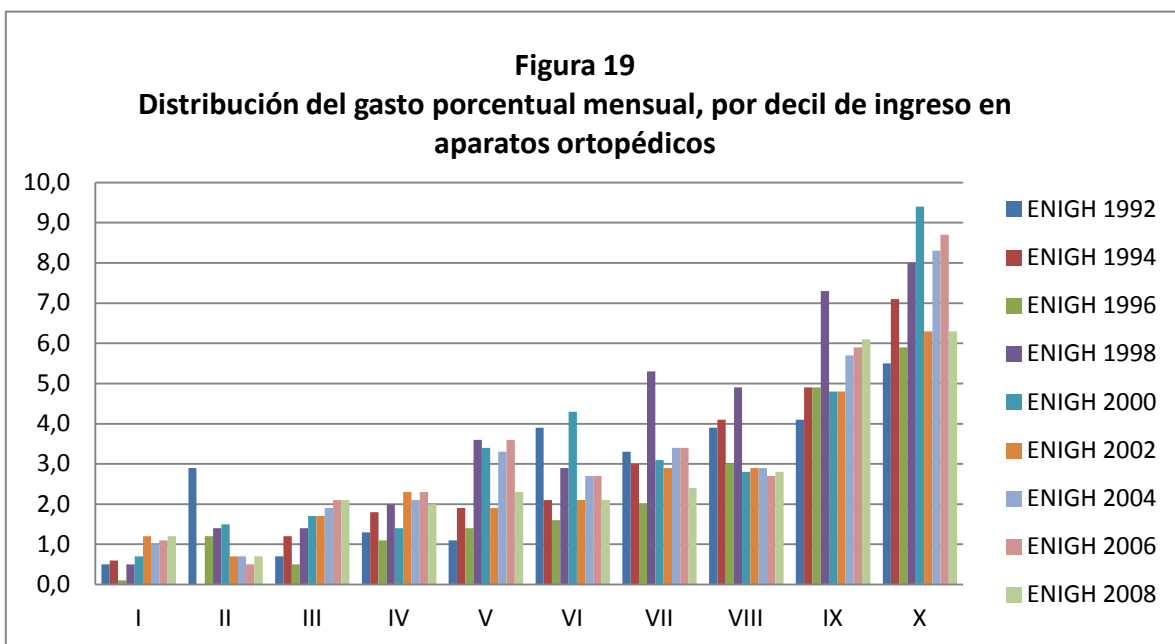
Cuadro 4 Hogares con algún miembro discapacitado			
Decil de Ingreso	Con gasto catastrófico %	Con algún tipo de aseguramiento %	Sin Aseguramiento %
I	35.4	0.0	100.0
II	27.0	0.0	100.0
III	23.9	0.0	100.0
IV	19.1	0.0	100.0
V	5.4	0.0	100.0
VI	7.7	0.0	100.0
VII	26.9	0.0	100.0
VIII	20.2	0.0	100.0
IX	9.0	1.8	98.2
X	6.3	37.2	62.8
Total	18.6	1.0	99.0

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008.

Elaboración propia.

Pese a tener aseguramiento, 37.2% de los integrantes del decil más alto tiene gastos catastróficos y 62.8 % tuvieron gasto catastrófico entre lo que no poseen aseguramiento. Para ampliar esta información se puede observar el Anexo Estadístico I en la página 191.

En el promedio nacional para 2008, los gastos por aparatos ortopédicos y rehabilitación, ocasionará que 1 de cada 5 hogares que tiene un miembro discapacitado caiga en gasto catastrófico, y de ellos 99% serán hogares que no tienen ningún tipo de aseguramiento en salud.



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

Hay una variable que puede ser complementaria en el caso de los discapacitados y es el gasto en aparatos ortopédicos y de rehabilitación, que es en realidad el gasto ejercido pues no es la discapacidad la que en sí misma ejerce el gasto, sino el tratamiento o la ayuda para vivir con ella. En la Figura 19 se observa la trayectoria de este tipo de gasto a lo largo del tiempo y por decil de gasto.

A través de los datos obtenidos de la Figura 19, se observa que el gasto en aparatos ortopédicos crece cuando mejora la posición económica de las familias. Si se observa el interior de cada decil, más bien parece que es un rubro en el que el gasto va decayendo, exceptuando los deciles más altos en los que se mantiene un nivel gasto elevado.

En los promedios nacionales por años se observa más bien un comportamiento de “U” invertida, es decir, en 1992 había casi un 2.72 de gasto, luego toca su límite superior en 1998 con 3.73, y en los periodos postcrisis cae el gasto en este rubro y se estabiliza hacia 2000. Pareciera un comportamiento atípico el que muestran los gastos en 1998, sin embargo, se puede explicar por la crisis severa que afectó al país después de diciembre de 1994, cuando sobrevino un sexenio de restricción presupuestal en el gobierno que puede explicar el mayor gasto de los hogares en aparatos ortopédicos.

Hasta este punto se analizaron los tres rubros de gasto en salud que cuando se presentan en un hogar es muy probable que causen empobrecimiento o endeudamiento, es decir, resultan ser variables que son prácticamente iguales a gasto catastrófico por el no aseguramiento. En estas variables, excepto parto y embarazo, se puede generar una autoselección aplazándolas indefinida o temporalmente, pues los individuos tienen un precio excesivo de entrada al mercado, es decir, resulta muy alto el coste de ejercer una demanda efectiva.

Pero hay un rubro que absorbe el grueso de los gastos en salud y son los medicamentos. Más del 50% del gasto en salud se refiere a compra de medicamentos, tanto recetados como sin receta; en los primeros deciles de ingreso el grueso del gasto en salud corresponde a medicinas que prácticamente son paliativos para sobrellevar la enfermedad con menor malestar o dolor, tal como refieren Cruz et al (2007).

Cuadro 5 Hogares con gasto catastrófico por compra de medicamentos recetados			
Decil de Ingreso	Con gasto catastrófico %	Con algún tipo de aseguramiento %	Sin Aseguramiento %
I	29.5	0.0	100.0
II	21.3	4.4	95.6
III	12.2	5.2	94.8
IV	8.1	19.9	80.1
V	13.5	11.3	88.7
VI	6.7	12.2	87.8
VII	9.1	6.1	93.9
VIII	6.0	4.6	95.4
IX	6.5	15.8	84.2
X	3.9	11.2	88.8
Total	9.8	8.2	91.8

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008.

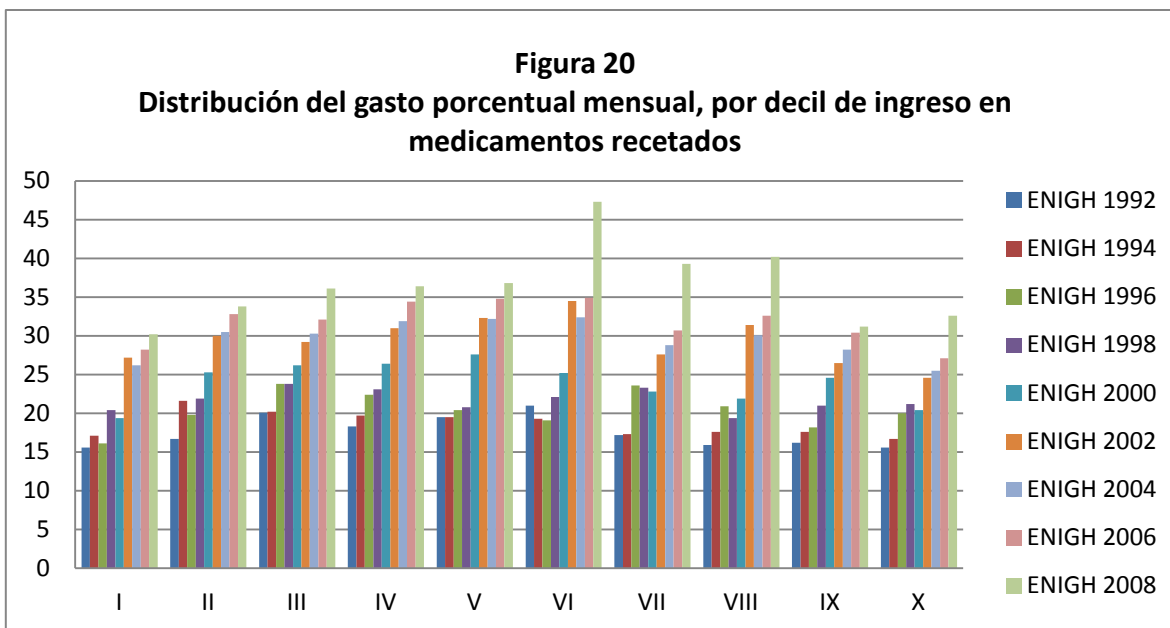
Elaboración propia.

Es destacable que pese a que los medicamentos se reflejan como gastos catastróficos, por su porcentaje de gasto, esto no quiere decir que sean cantidades elevadas pues para el nivel de gasto de los primeros deciles en México, basta comprar “aspirinas” o algún medicamento “para malestar estomacal” para desequilibrar la estructura de gasto de una familia.

En el Cuadro 5 se presenta el gasto catastrófico por medicamentos recetados el cual es cercano a 10% en el promedio nacional. Prácticamente 92% de ese gasto lo tuvieron que realizar las familias que no poseen aseguramiento en salud. Para el primer decil de ingreso en 2008, el riesgo a nivel nacional de que el hogar incurriera en gastos catastróficos por comprar de su bolsillo medicamentos recetados fue de 29.5% y para el segundo decil de 21.3%. Es muy importante, por ello, la necesidad de fondear e instrumentar un programa de compensación que otorgue medicinas gratuitas en el Seguro Popular, sobre todo a los hogares de los primeros deciles de ingreso. El segundo rubro de gasto de bolsillo en importancia para las familias en 2008 fue la compra de medicamentos recetados, por lo que toda acción de gobierno sobre medicamentos repercutirá inmediatamente en la población.

Cuando se aborda el tema de los medicamentos, se tienen que considerar la transición demográfica y epidemiológica, y el fenómeno del envejecimiento no saludable en condiciones de inseguridad y violencia que sufre México, pues todo ello conduce a una mayor carga de enfermedad por padecimientos crónico-

degenerativos y lesiones. En este contexto es factible pronosticar que se dispararán las presiones para consumir más medicamentos especializados y por lo tanto más caros. Ante ello no se podrá lograr una prescripción completa e integral al tenerse que financiar con el bolsillo de las personas y sólo podrá lograrse a partir de esquemas de aseguramiento público, de acuerdo a lo analizado y coincidiendo con Cruz (2007). Es decir, pese a que un hogar ejerza gasto, incluso de manera catastrófica, puede no adquirir los medicamentos que requiere, por lo que basarse en el gasto de bolsillo no sólo puede resultar catastrófico, sino ineficiente, insuficiente e ineficaz.



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

En el año 2008 se observa una tendencia decreciente por deciles en la proporción de gasto destinado a medicamentos recetados conforme se sube de nivel

económico. Bajo cualquier circunstancia siempre tienen mayor probabilidad de empobrecerse las familias sin aseguramiento, exceptuando los deciles cuarto y noveno donde la proporción es menor; en los demás representan aproximadamente el 90%.

En el análisis a lo largo del tiempo desde 1992 a 2008, tal como se han presentado los demás rubros, se detecta que el comportamiento es sistemático, con gasto creciente en todos los deciles de ingreso de manera consistente iniciando con un 17% en promedio anual en el primer año de muestra hasta llegar a promedios de alrededor de 35%, excepto en el decil seis en el que el gasto en medicamento recetado se dispara y llega a más de 45%. No hay argumento que pueda sostener la idea de que es equitativo un gasto proporcional idéntico en medicamentos independientemente del decil de ingreso, pues estos gastos severos en los primeros deciles pueden reflejar reestructuración completa del gasto familiar o distracción de recursos de otros rubros importantes para la subsistencia.

Esta Figura 20 con tendencias crecientes para cualquier condición socioeconómica está reflejando que la compra o demanda efectiva de medicamentos recetados creció con las normativas para medicamentos restringidos a la venta mediante receta médica, como antihistamínicos, antibióticos y medicamentos asociados al sistema nervioso. Este crecimiento deberá estar en

correspondencia con una disminución de los gastos asociados a medicamentos sin receta que tendrían que mostrar exactamente la tendencia contraria.

Cuadro 6 Hogares con gasto catastrófico por compra de medicamentos no recetados			
Decil de Ingreso	Con gasto catastrófico %	Con algún tipo de aseguramiento %	Sin Aseguramiento %
I	11.1	0.0	100.0
II	4.5	0.0	100.0
III	5.2	0.0	100.0
IV	3.0	16.2	83.8
V	2.4	22.9	77.1
VI	4.2	7.5	92.5
VII	1.3	3.5	96.5
VIII	1.9	3.5	96.5
IX	1.9	14.1	85.9
X	4.7	12.6	87.4
Total	3.8	7.9	92.1

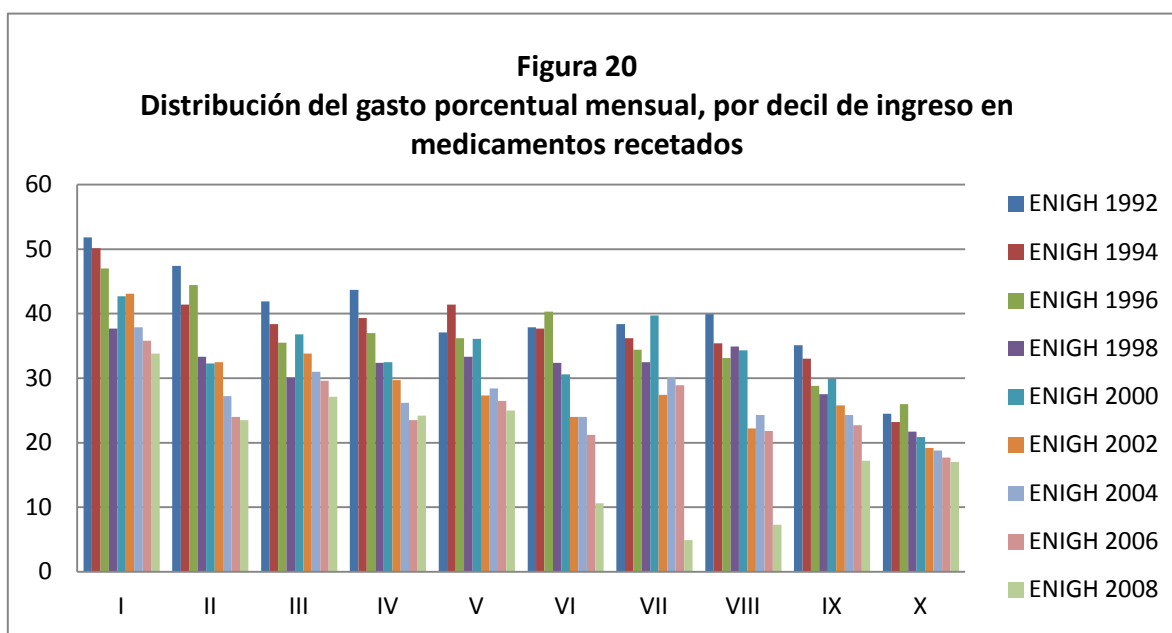
Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008.

Elaboración propia.

En el Cuadro 6 se reflejan los gastos en medicamentos no recetados y material de curación. Para el primer decil de ingreso en 2008, el riesgo de que el hogar incurriera en gastos catastróficos por comprar de su bolsillo medicamentos sin receta fue de 11.5%, mientras que el promedio a nivel nacional fue de 3.8%; cae

este tipo de gasto conforme se eleva el nivel de ingresos. Hay un comportamiento peculiar en los deciles 5 y 6 con elevado gasto catastrófico en este rubro pese a poder tener aseguramiento, para los demás deciles se aplana en los derechohabientes hasta los deciles 9 y 10 en que aun para los asegurados se tiene una proporción mayor al 10%.

Vale la pena observar la trayectoria del comportamiento a través del tiempo de esta variable, la cual se presenta en la Figura 20. Es interesante ver cómo responde la caída de su monto en cada decil de manera “espejo” respecto a la Figura 19.



Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

Como se había previsto, con la necesidad de presentar receta médica para diversos y específicos medicamentos la autoprescripción o automedicación, al menos en estos fármacos, se ha reducido. También se observa un segundo patrón, conforme se avanza de decil pues a mayor nivel de ingreso las personas buscan antes la atención de un médico que la compra de algún medicamento por recomendación del entorno.

Esta medición de gasto de medicamentos sin receta expresa la situación de riesgo económico a nivel nacional que enfrentan los hogares sin seguridad social por comprar de su bolsillo las medicinas que creen que necesitan y que les pueden incluso empeorar el nivel de su salud. Se puede observar que la compra de medicamentos recetados y no recetados llegó a alcanzar hacia 1992 hasta el 70% del gasto en salud en los hogares del primer decil de ingreso, por lo que parecería clara la necesidad de cuidar de manera especial el acceso a medicamentos de calidad, sobre todo en la fase de transición de 2009 a 2012, cuando se logre un aseguramiento universal de salud para todos los mexicanos.

En otro orden de ideas, sin ser una variable propia de la salud, el nivel educativo de la familia puede brindar muchos datos sobre el riesgo que afrontan al atender sus enfermedades. Dado que puede haber una alta variabilidad del nivel educativo entre los integrantes de un hogar, se estimará únicamente la relación que tiene gasto catastrófico, aseguramiento y educación del jefe de familia. En la literatura de capital humano está más que documentado y demostrado de acuerdo a

Grossman (1972), que el nivel educativo está íntimamente ligado al ingreso que tiene cada individuo . Por estimaciones propias y de acuerdo a la literatura parece que está íntimamente relacionado el nivel de ingreso con la probabilidad de caer en gasto catastrófico.

Cuadro 7 Hogares con jefe de familia sin educación			
Decil de Ingreso	Con gasto catastrófico %	Con algún tipo de aseguramiento %	Sin Aseguramiento %
I	27.4	0.0	100.0
II	19.4	0.0	100.0
III	10.5	2.4	97.6
IV	10.0	0.0	100.0
V	31.4	0.2	99.8
VI	5.5	8.2	91.8
VII	7.5	0.0	100.0
VIII	16.2	0.0	100.0
IX	4.8	0.0	100.0
X	8.5	0.0	100.0
Total	15.9	0.5	99.5

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008.

Elaboración propia.

Hay una segunda relación relevante, consistente en que individuos con más escolaridad pueden acceder a mejores trabajos y con ello poseer mayor estabilidad en su ingreso disponible; la inserción laboral en condiciones favorables se refiere a trabajos con seguridad social que involucran protección a la salud. De tal manera que la educación sí puede guardar una relación con el nivel educativo de la familia, como se observa en el Cuadro 7.

La probabilidad de tener gastos catastróficos por motivos de salud en una familia en la que su jefe no tiene educación es en promedio de casi 16%, a nivel nacional, como se desprende del Cuadro 7. Cabe destacar que más del 99% de estos casos se refiere a quienes no cuentan con ningún tipo de aseguramiento. Es decir, prácticamente hay una correlación de uno a uno entre hogares con un jefe de familia sin educación, que no poseen aseguramiento y, por defecto, se empobrecen cuando se ven en la necesidad de demandar algún tipo de servicio de salud.

De hacer el mismo tipo de análisis a partir de la condición urbano-rural de los hogares, se obtendría que el medio rural en sí mismo aumenta el riesgo de caer en gasto catastrófico frente a eventos de enfermedad pagados del bolsillo, de acuerdo con los hallazgos de Knaul (2006) y Cruz (2007).

Es consistente a lo largo del tiempo encontrar esta diferencia entre ambos tipos de grupos que revela, en buena medida, la inequidad en la justicia financiera; de acuerdo al conocimiento previo y a los índices de marginalidad reportados al Consejo Nacional de Población CONAPO.

La población rural posee un menor PIB per cápita, tiene un menor acceso a servicios públicos y cuenta con menos infraestructura en la comunidad, las cuales son características que agravan su perspectiva de certeza económica cuando se prevé que una enfermedad puede empobrecerlos, y que de hecho cada año empobrece a más del 12% de la población rural.

Tras el análisis de estas variables o rubros de gasto, se puede observar justamente el tipo de población que tendría que reflejar los beneficios del Seguro Popular en Salud pues para la población que no tiene ningún tipo de aseguramiento en salud en cada gasto en evento de enfermedad más del 20% se convierte en gasto catastrófico. Contemplando los diversos gastos en salud que se pueden ejercer, se hallará más información que puede explicar qué tipo de padecimientos pueden afectar más a la economía de los hogares.

Un foco rojo para el sistema de salud es que los hogares que tienen aseguramiento puedan incurrir en gastos de bolsillo y peor aún, que éstos sean catastróficos, reflejando la insatisfacción por los servicios a los que tendrían derecho sin tener que sufrir un desembolso catastrófico; en general las familias

insatisfechas con la atención prepagada (aquella que ofrecen los aseguradores públicos institucionales) que sufren empobrecimiento es cercana al 6%.

Una conclusión puede ya ofrecerse desde esta revisión meramente estadística y es que la condición de aseguramiento protege a los hogares de tener que gastar empobreciéndose por motivos de salud y ayuda a que acudan a tener atención más oportuna para afrontar los diversos shocks en la salud de sus integrantes.

5. Modelación de los gastos en salud

5.1 Modelo de probabilidad de incurrir en gasto catastrófico

El gasto catastrófico es un evento que ocurre cuando el gasto en salud como proporción del gasto total del hogar es mayor a 0.3⁵⁴. La ocurrencia de este evento genera problemas al hogar que lo sufre pues implica un *trade-off* entre otros rubros de gasto y el gasto en salud, modificando el patrón de consumo de las familias y en algunos casos genera hasta pérdida de activos del hogar.

El problema se agrava cuando los hogares no poseen algún tipo de seguro, pues el financiamiento del mismo se puede dar a través de pérdida en patrimonio o endeudamiento lo que en algunos casos se convierte en gasto empobrecedor.

De acuerdo a lo anteriormente expuesto y a la revisión de la literatura realizada, se puede considerar que la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico está en función de una serie de características del hogar como el acervo de riqueza, su gasto corriente habitual, la zona de residencia, la condición de aseguramiento y proporción de niños y adultos mayores, pues el estado de salud de estos es más delicado que el de otros grupos de edad.

54 OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. "Mejorar el desempeño de los sistemas de salud". Ginebra 2000.

5.2 Datos y Variables

La base de datos a utilizar es la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2008, las variables de interés se localizan en el Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la ENIGH 2008, que realizan entre dos instituciones: el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL). Se construye este módulo socioeconómico con el fin de dar a conocer un panorama estadístico de las variables necesarias para la medición multidimensional de la pobreza.

Para realizar el diseño de muestra de la ENIGH 2008 se utiliza como fundamento el Marco Nacional de Viviendas 2002 del INEGI, construido a partir de la información cartográfica y demográfica que se obtuvo del XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Este marco es una muestra matriz a partir de la cual se seleccionan las muestras para todas las encuestas en viviendas que realiza el INEGI. El diseño es probabilístico, estratificado, bietápico y por conglomerados, estos últimos también se consideran unidades primarias de muestreo, pues es en ellos donde se seleccionan en una segunda etapa las viviendas que integran las muestras de las diferentes encuestas. Las unidades básicas de la muestra se forman por agrupaciones de viviendas con características diferenciadas

dependiendo del ámbito al que pertenecen: urbano (alto o complementario) y rural⁵⁵.

La encuesta incluye características sociodemográficas, laborales (condición de empleo e ingreso) de cada uno de los miembros del hogar, así como las características de la vivienda y el gasto a nivel hogar. La muestra recupera información de 35,146 viviendas, en cada una de ellas se encuentran 1.02 hogares, de los cuales 28,867 reportaron gasto positivo en salud; con un gasto trimestral en salud promedio es de \$685.

La población representada, una vez aplicados los factores de expansión, asciende 26,199,112 viviendas habitadas con cerca de 107 millones de residentes. El tamaño promedio de los hogares es de 4.0 integrantes; es representativa a nivel nacional y por zona de residencia.

En la encuesta se desglosan un total de 72 tipos de gasto en salud, los que se agrupan dentro de 10 categorías: gasto en seguro médico, servicios médicos, servicios odontológicos, medicamentos recetados y no recetados, atención hospitalaria, atención médica durante el embarazo y parto, aparatos ortopédicos y medicina alternativa.

55 Consultado el 12-07-2008 en:
http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/encuestas/hogares/enigh08_diseno.pdf

Para conocer de mejor manera los datos base del presente ejercicio, se presenta en el Cuadro 8, una descripción de las variables que alimentan el modelo econométrico. El gasto promedio anual, en un hogar promedio, es de \$7146.07 (pesos mexicanos) y el gasto disponible, una vez descontado el gasto en alimentos y vivienda, es prácticamente la mitad. Lo que muestra que en México hay poca holgura después de realizados los gastos esenciales de sobrevivencia se deja poco espacio para el ahorro o para la previsión de contingencias, a través de la compra de seguros de cualquier tipo.

Los gastos medios que sobresalen por su magnitud son los que reflejan servicios médicos (tipo consultas, terapias, atención ambulatoria, etc.) y medicamentos recetados. Entre ambos rubros de gasto se estima una erogación anual promedio de \$380.64 (pesos mexicanos). El tercer gasto más relevante por magnitud promedio es en medicamentos recetados y atención hospitalaria, en cuarto.

Cabe destacar que se utiliza preferencialmente la variable gasto sobre la de ingreso puesto que en los primeros deciles de ingreso, los hogares gastan más que lo que les permitiría su ingreso bruto, es decir, que en niveles de ingreso muy bajo podrían subestimarse la capacidad de gasto en servicios necesarios (en general, en diversas variables ligadas al desarrollo: salud, educación, nutrición, etc.), mientras que en los deciles altos el ingreso es superior al gasto promedio del hogar, en este caso el gasto subestima las posibilidades económicas en los deciles altos, situación menos sustantiva para la implementación de política

pública que la primera expuesta. Esta utilización de variables la sugiere, entre otros, Zamudio (1997) por ajustar hacia los primeros deciles la capacidad y la disponibilidad de pago, el gasto aproxima mejor la disponibilidad de pago, que ayuda a detectar de mejor manera las necesidades latentes, mucho más en los mercados de salud.

Cuadro 8		
Media y desviación estándar de las variables analizadas, 2008		
VARIABLES	Media	Desviación
Gasto en Salud	230.73	9.97
Gasto en Seguro en Salud	51.81	11.30
Gasto en servicios médicos para el parto	46.04	8.23
Gasto en servicios médicos para el embarazo	19.00	2.27
Gasto en servicios médicos	213.32	11.24
Gasto en medicamentos recetados	167.32	6.73
Gasto en atención hospitalaria	84.99	14.31
Gasto en medicamentos no recetados	43.04	2.08
Gasto en medicina alternativa	15.61	2.51
Gasto en aparatos ortopédicos	51.06	6.14
Gasto total del hogar	7146.07	76.42
Gastos disponible	3662.46	57.15
Atención médica	1.42	0.01
Residencia	0.79	0.00
Educación	7.47	0.05
Aseguramiento	0.58	0.01
Proporción de menores de 2 años en el hogar	1.71%	0.014
Proporción de mayores de 65 años en el hogar	9.94%	0.247
Proporción de discapacitados por hogar	2.23%	0.098

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008.
Elaboración propia. Todos los gastos reportados en pesos mexicanos.

Una vez revisados los principales rubros de gasto y los principales componentes del gasto en salud, en esta sección se modela el gasto catastrófico desde dos perspectivas: la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico y los determinantes del gasto catastrófico. Las variables resaltadas con “negritas” en el Cuadro 8 son la base de los modelos que se realizarán.

5.3 Modelación del gasto de bolsillo:

5.3.1 Probit de la probabilidad de realizar un gasto de bolsillo en salud mayor al 30 por ciento del gasto disponible por nivel de ingreso.

De acuerdo a la literatura en general, en particular Cruz (2007), el gasto catastrófico es un evento que ocurre cuando el gasto en salud como proporción del gasto total del hogar es mayor a 0.3.⁵⁶ Se sabe además, que la ocurrencia de este evento genera problemas al hogar que lo sufre pues implica un *trade-off* entre otros requerimientos y necesidades de gasto, y el gasto en salud puesto que modifica el patrón de consumo y en algunos casos genera hasta pérdida de activos del hogar. El problema se agrava cuando los hogares no poseen algún tipo de seguro que les permita enfrentar financieramente el evento y evitar que se convierta en gasto empobrecedor.

Para modelar la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico el método de Mínimos Cuadrados Ordinarios es ineficiente por una serie de razones, siendo la más importante que las probabilidades predichas por este modelo son, en algunos

⁵⁶ OMS, Op. Cit.

casos, menores a cero y mayores a uno, violando uno de los axiomas de la teoría de probabilidad.

Dado que la variable dependiente es dicotómica, se pueden utilizar modelos de variable dependiente dicotómica como son el probit y el logit⁵⁷. Cameron (2005) explica que, empíricamente, cualquiera de los dos modelos es válido para modelar la probabilidad de ocurrencia/no ocurrencia de un evento.

El modelo probit se basa en una regresión que contiene una variable latente y^* , que es una variable continua pero no es observable⁵⁸ y cuya relación se puede expresar de la siguiente manera:

$$y_i^* = x_i' \beta + u_i$$

(1)

Mientras que la variable y se observa mediante la siguiente condición:

$$y_i = x_i' \beta + u_i \quad \begin{array}{ll} \text{es } y_i = 1 & \text{si } y_i^* > a \\ \text{es } y_i = 0 & \text{si } y_i^* \leq a \end{array} \quad (2)$$

57 Este modelo se ha utilizado, convencionalmente para estimar el gasto catastrófico ; en él se reportan tanto los coeficientes de regresión y los valores Z, así como los efectos marginales calculados en las medias muestrales de las variables.

58 La variable latente, para este caso es el gasto en salud como proporción del gasto total del hogar; que es continua en el rango de cero a uno.

Donde el valor de a en éste caso es de 0.3 (que representa el más de 30% de gasto de su gasto disponible después de gasto en vivienda y alimentos). En este modelo la probabilidad de ocurrencia en gasto catastrófico se distribuye como una normal acumulada, por lo que el valor esperado de y dado x es:

$$E[y/x] = 0[1 - \Phi(\beta'x)] + 1[\Phi(\beta'x)] = \Phi(\beta'x) \quad (3)$$

De tal manera que las probabilidades se encuentren en un intervalo entre cero y uno. Y como la relación es no lineal, el mejor método de estimación es Máxima Verosimilitud; además, los efectos marginales reportados no son los coeficientes de regresión, sino el cambio discreto en la variable dependiente debido a un cambio en la variable explicativa evaluada en alguno de los valores de ésta, generalmente evaluada en la media u otro punto muestral^{59,60}:

$$\frac{\partial E[y/x]}{\partial x} = \left\{ \frac{dF(\beta'x)}{d(\beta'x)} \right\} \beta = \phi(\beta'x)\beta \quad (4)$$

Ahora, se hace explícita la definición de cada una de variables utilizadas en el modelo, es decir las variables proxy utilizadas:

59 Los modelos de variable dependiente dicotómica son tratados de una manera adecuada y extensa en Greene (2003) y Wooldridge(2002)

60 Consultado también en: http://www.stata.com/meeting/spain10/margins_sp.pdf

- i. Gasto Catastrófico (GC): Variable dependiente, dicotómica que toma el valor de uno si la proporción de gasto en salud es mayor a 0.3 del gasto disponible y cero en caso contrario.

$$\text{proporción de gasto en salud} = \frac{\text{gasto mensual en salud}}{\text{gasto disponible}}$$
$$\text{gasto disponible} = \text{gasto total} - (\text{gasto en alimentos} + \text{gasto en vivienda})$$

- ii. Proporción de menores de dos años (NM): Variable independiente que toma valores entre cero y uno, se construye dividiendo el número de menores de dos años en el hogar entre el número de miembros del hogar. se trata de una variable índice.
- iii. Proporción de adultos mayores (AM): Variable independiente que toma valores entre cero y uno, se construye dividiendo el número de mayores de 65 años en el hogar entre el número de miembros del hogar.
- iv. Proporción de discapacitados (Dis): Variable independiente que denota el número de discapacitados entre el número de miembros del hogar. Cabe destacar que discapacidad se define en la ENIGH 2008 como limitación para moverse, caminar, usar sus brazos o piernas, persona ciega, sorda o muda, retraso o deficiencia mental⁶¹.
- v. Años de Escolaridad (Es): Variable independiente continua que mide los años de escolaridad del jefe del hogar.
- vi. Condición de Aseguramiento (SS): Variable independiente dicotómica que toma el valor de uno si el jefe de hogar cuenta con algún tipo de

61 Definición ubicada en:
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/metadatos/MCS2008/survey0/dataSet/dataFiles/dataFile0/var138.html>

aseguramiento (público o privado) y cero en caso contrario. No se considera dentro del grupo de asegurados a los afiliados al Seguro popular.

- vii. Zona de residencia (ZR): Variable independiente dicotómica que toma el valor de uno si el hogar está ubicado en zona urbana y cero si está en zona rural.
- viii. Quintiles de gasto mensual trimestralizado (Q_i , donde $i=1,2,3,4,5$): se ajustó gasto trimestral, que es una medida menos sensible en el largo plazo que el ingreso; además, es preferible dado que la variable ingreso tiende a subestimar la capacidad de pago de los hogares en los primeros deciles de la distribución⁶².

En la Tabla 2, se hace una presentación de tres modelos realizados para estimar la probabilidad de ocurrencia de gastos catastróficos por parte de los hogares; en el primer modelo se utilizan todas las variables mientras que en el modelo 2 y 3 se elige cierta población específica, hogares asegurados y sin aseguramiento, respectivamente.

- ❖ La especificación del modelo 1 es, cabe destacar que al ser un modelo no lineal se expresa únicamente su forma funcional:

$$\text{Probit}(GC)_i = f(NM_i, AM_i, Dis_i, Es_i, SS_i, ZR_i, \varepsilon_i)$$

62 En los modelos fue preferible usar la medida quintil en vez de decil, como en el resto del análisis descriptivo, por la posibilidad de volver manejables los estimadores resultantes

- ❖ El modelo 2 es (que incluye únicamente SS=1):

$$\text{Probit (GC)}_i = f(\text{NM}_i, \text{AM}_i, \text{Dis}_i, \text{Es}_i, \text{ZR}_i, \varepsilon_i)$$

- ❖ Finalmente el modelo 3 (que incluye únicamente SS=0):

$$\text{Probit (GC)}_i = f(\text{NM}_i, \text{AM}_i, \text{Dis}_i, \text{Es}_i, \text{ZR}_i, \varepsilon_i)$$

En la Tabla 2 se observa, en lo general, que los tres modelos especificados reportan diversas variables significativas y, al menos 3 de ellas son robustas (adultos mayores de 65, niños menores de 2 años y escolaridad) para definir los factores característicos de un hogar que puede tener mayor probabilidad de tener gastos catastróficos por motivos de salud.

En el segundo y tercer modelo dejan de ser significativas algunas de las variables; dado el tamaño de la base de datos utilizada –que es muy grande y por ley de los grandes números hay un sesgo evidente hacia el rechazo de la hipótesis nula- por ello cabe destacar que proporción de discapacitados y zona de residencia dejan de ser significativas, cuando la población es de asegurados únicamente.

Tabla 2. Probabilidad de incurrir del Gasto Catastrófico			
	Modelo I	Modelo II	Modelo III
	Todos los hogares	Asegurados	No Asegurados
Proporción de mayores de 65 años	0.6239***	0.9812***	0.5241***

	(11.23)	(5.16)	(9.52)
Efectos Marginales	0.0621	0.0588	0.0726
Proporción de menores de 2 años	0.9883***	1.4382***	0.8945***
	(5.47)	(5.02)	(6.08)
Efectos Marginales	0.0852	0.6271	0.0321
Proporción de Discapacitados	0.2342**	0.3211	0.2765***
	(4.00)	(0.95)	(5.52)
Efectos Marginales	0.0219	0.1647	0.0334
Años de Escolaridad	-0.0152***	-0.0201**	-0.0212***
	(7.02)	(1.11)	(6.00)
Efectos Marginales	-0.0032	-0.0001	-0.0022
Condición de Aseguramiento	-0.4125***		
	(8.27)		
Efectos Marginales	-0.0322		
Zona de Residencia	-0.3251***	-0.2152	-0.2516***
	(3.17)	(0.98)	(5.32)
Efectos Marginales	-0.0171	-0.0126	-0.0215
Constante	-2.6465***	-2.7178***	-1.9645***
	(32.65)	(17.35)	(25.35)
Pseudo R ajustada	0.1256	0.09745	0.1345
Total de observaciones	25741	11905	13836
Valor absoluto del estadístico Z entre paréntesis (*) significativo al 10%; (**) significativo al 5%; (***) significativo al 1% Notas: Al ser estimado modelos Probit ⁶³ , se reportan los efectos marginales. Los errores estándar son robustos.			

63 La función probit proporciona el cálculo inverso, generando un valor de una variable aleatoria $N(0, 1)$ asociado a una probabilidad acumulada bajo su curva. Formalmente, la función probit es la inversa de $\Phi(z)$, denotada $\Phi^{-1}(p)$. La función del probit se puede obtener como:

Dado que es un procedimiento no lineal, los efectos marginales no son los coeficientes de regresión, sino el cambio discreto en la variable dependiente debido a un cambio en la variable explicativa evaluada en alguno de los valores de ésta, generalmente evaluada en la media u otro punto muestral. Es por ello que los coeficientes β s estimados solamente permiten contrastar los signos esperados a priori, sin embargo las interpretaciones se deben realizar con los efectos marginales. Así, la ecuación que los refleja es la siguiente:

$$\frac{\partial E[y/x]}{\partial x} = \left\{ \frac{dF(\beta'x)}{d(\beta'x)} \right\} \beta = \phi(\beta'x)\beta$$

El Modelo I que considera a todos los hogares independientemente de su condición de aseguramiento, muestra que, la proporción de adultos mayores y la de niños menores de dos años se relaciona positivamente con el aumento en la proporción del gasto en salud, es decir, con la probabilidad de que ocurra un gasto catastrófico; el índice de discapacitados por hogar presenta también esta relación directa. Se muestran diferencias por condición de aseguramiento, el efecto es más grande para los no asegurados.

El Modelo I, refleja un incremento en la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico con un aumento en la proporción de adultos mayores y de la proporción de niños en el hogar, la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico aumenta en 6.2 puntos porcentuales y 8.5 puntos porcentuales, respectivamente.

En el Modelo II para asegurados, el incremento en prácticamente el doble de adultos mayores o 1.5 niños menores de dos años, lleva a un incremento de 5.9 puntos porcentuales de la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico en el primer caso o 6.2 puntos porcentuales en el segundo; ambos, demuestran que bajo la condición de aseguramiento los incrementos en éstos dos tipos de población, como grupos etáreos, tienen un menor impacto en el gasto; es evidente respecto a los estimadores calculados para población sin aseguramiento donde aun incrementos menores en las poblaciones de edades extremas el impacto es mayor en el gasto en salud.

El análisis en estos grupos es relevante pues, tanto los niños como los adultos mayores son grupos que su edad los define como vulnerables, dado que en general tienen mayor riesgo de enfermedades (periodos de la vida en que la probabilidad de muerte por enfermedad es más alta, así como morbilidades asociadas a la fragilidad del aparato inmune). Adicionalmente, no pertenecen a la población económicamente activa, de allí que los hogares con proporciones elevadas de miembros con estas características tengan mayor probabilidad de incurrir en gasto catastrófico. Esto permite concluir que la seguridad social puede ser un factor de protección con respecto a la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico al tomar en cuenta la proporción de niños y adultos mayores en el hogar.

Con la Tabla 2 por la especificación del modelo, se detecta la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico tiene una relación estrecha con la existencia de

discapacitados en el hogar: por cada discapacitado adicional en el hogar, aumenta 2.3 puntos porcentuales el riesgo de incurrir en gasto catastrófico. Sin embargo, al distinguir por condición de aseguramiento, se observa que los no asegurados tienen una menor probabilidad, casi de 3 puntos porcentuales, de incurrir en gasto catastrófico con respecto al 9.5% de los hogares asegurados. La variable discapacitados siempre presenta particularidades, sólo se vuelve detonante de gasto catastrófico en los deciles más altos de ingreso pues los más desposeídos económicamente no atienden ningún tipo de discapacidad; en este caso dado que aseguramiento cubre la atención primaria de discapacidad y eventos que requieran hospitalización, lo que puede hacer suponer que los hogares están dispuestos a incurrir en algunos gastos por compra de aparatos ortopédicos o tratamientos de rehabilitación.

La relación entre probabilidad de gasto catastrófico y años de escolaridad es negativa, ya que conforme el nivel educativo se incrementa disminuye el riesgo de incurrir en gasto catastrófico, y esto ocurre por cada año adicional de escolaridad: la probabilidad de incurrir en dicho gasto cae en 0.32 puntos porcentuales cuando se considera al total de hogares, en tanto que para los no asegurados se reduce en 0.22 puntos porcentuales, contra 0.01 puntos porcentuales de los hogares asegurados; se tiene el signo esperado de acuerdo a lo que reporta en la literatura que vuelve robusto el resultado de que una persona con educación, que ha acumulado más capital humano tiene una valoración más alta de la salud y la calidad en la atención oportuna de la salud y es más consciente del riesgo que corre al no cuidarla, por lo que tendrá mayor prevención que gasto curativo.

La probabilidad de incurrir en gasto catastrófico dada la condición de aseguramiento, se puede observar estrictamente en el Modelo I, donde los hogares con esta prestación tienen una probabilidad 3.2 puntos porcentuales menor de incurrir en gasto catastrófico que los no asegurados, con ello se obtienen los signos esperados en la regresión y la robustez deseada en esta variable que es la más importante del análisis. Es obvio que la seguridad social abre canales de acceso a la atención a la salud pues permite cubrir los costos totales o parciales de salud.

Finalmente, el gasto catastrófico en relación a la zona de residencia, tiene un signo negativo como se esperaba dado que la especificación de la variable tiene un valor de uno ($ZR=1$) si es urbano. Los entornos de las zonas urbanas hacen que sus habitantes posean una menor probabilidad de incurrir en gasto catastrófico que aquellas que viven en zonas rurales; esto se explica debido a que las localidades rurales en México, por lo general, están alejadas de centros de salud, lo que implica gastos de transportes más elevados y/o gastos por servicios médicos privados de salud. La no significancia estadística de los asegurados tiene que ver con que en zonas rurales el nivel de aseguramiento es ínfimo, diferente a la variable discapacitados que en realidad pierde significancia por el apoyo que pueden recibir de las instancias aseguradoras. Y de no tenerlo, deciden no gastar más en la rehabilitación de la discapacidad.

De los tres modelos tanto el I como el II tienen mayor poder explicativo, alrededor de 0.13, de un estimador que en el mejor de los resultados y explicando al 100% una variable puede tener el valor de 0.5. Es decir, ambos explican prácticamente un 30% de la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico.

5.3.1 Modelo Tobit de determinantes del gasto catastrófico:

El gasto de bolsillo en salud como proporción del gasto disponible

Modelar los determinantes del gasto en salud implica analizar qué variables determinan el gasto en salud en México. Para nuestro caso, la variable dependiente es la proporción de gasto en salud, sin embargo, dado que es una proporción, se tiene que es continua pero está restringida a valores entre cero y uno. Esto último no sería problema para estimar la regresión por Mínimos Cuadrados Ordinarios, pero debe adicionarse que la variable presenta un problema de censuramiento; que se da cuando no todos los valores de la variable son observados, pues estos son restringidos (limitados) hacia arriba o hacia abajo.

En la presente investigación, la variable dependiente tiene doble censuramiento porque la proporción de gasto en salud se encuentra en un rango entre cero y uno, donde sólo se observa el valor de la variable latente (la verdadera proporción de gasto en salud) cuando éste es menor o igual a uno y mayor a cero.

Para explicar de forma aplicada este tipo de modelos, los valores de la variable dependiente menores a cero son censurados a cero y los valores mayores a uno son censurados a uno, por ejemplo, podría haber personas cuyo gasto en salud supera a su gasto disponible mensual; si un hogar tiene un gasto disponible de 12,500 pesos pero ocurre que uno de los miembros de la familia es diagnosticado

con un problema de cáncer de colon y debe ser intervenido quirúrgicamente, además de tener que considerar los gastos del tratamiento posterior (quimioterapia o radioterapia) y el gasto de esta intervención asciende a 25,000 pesos más lo que resulte de los procesos posteriores, de este caso se desprende que el gasto en salud como proporción de gasto disponible es mayor a uno, pero solo se puede observar la proporción igual a uno, de tal manera que de no considerar esta característica en los datos la modelación por Mínimos Cuadrados Ordinarios arrojará estimadores inconsistentes.

Por otro lado, el hecho de que haya hogares que no reportaron gasto en salud no significa, necesariamente, que no tengan gasto en salud sino que la cantidad de gasto en salud que pueden desembolsar (su poder de compra) es menor al gasto que deben realizar, por lo que su gasto en salud es reportado como cero, esto dado que no se puede observar el precio de reserva del hogar para salud, pues se revelan sólo los precios de mercado, no los precios de reserva de los hogares.

Otro ejemplo, es el gasto en salud que se realiza en cirugías para pacientes con obesidad mórbida (más de 30% de materia grasa en su índice de masa corporal), que bien puede ser un baipás gástrico, en México el problema de la obesidad es elevado con el mayor índice para mujeres mayores de 30 años con problemas de sobrepeso/obesidad, sin embargo se observan datos de gasto iguales a cero en éste tipo de intervenciones, pero esto puede deberse a que algunas personas no demandan este tipo de operaciones por considerarlas únicamente de orden estético o algunas desean operarse pero la cantidad que pueden pagar es inferior

al precio de la operación; de tal manera solo se observa el gasto como cero, cuando en realidad puede haber una demanda reprimida para muchos pacientes que no alcanzan a entrar en el mercado.

Long (1997) muestra que los dos procesos de estimación convencionalmente utilizados para modelar este tipo de variables son incorrectos: el primero de ellos consiste en estimar una regresión con la parte de la base que reportan valores positivos y se tiene que al llevar a cabo este procedimiento sin tomar en cuenta los valores cero, se estaría sobre-estimando la media de esta variable, y al estimar por Mínimos Cuadrados Ordinarios se obtendrían estimadores inconsistentes; por otra parte si se incluye en la estimación los valores ceros en la variable dependiente también genera un problema de inconsistencia en los estimadores⁶⁴.

Como la variable dependiente es que es continua en la parte no censurada y discreta en la parte censurada, la relación entre el vector de variables explicativas y la variable dependiente es de carácter no lineal, por ello el modelo Tobit⁶⁵ es el adecuado para estimar una variable dependiente censurada. En este modelo la variable censurada y tiene una parte continua (para valores de y^* mayores a cero, generalmente) y una parte discreta (para valores de y^* menores e iguales a cero) lo que genera la relación no lineal entre la variable dependiente y las variables explicativas. El modelo parte de la siguiente ecuación:

64 Una revisión más detallada se puede hallar en Amemiya (1985) o Maddala (1983)

65 Referencia original se puede revisar en Tobin (1958)

$$\begin{aligned}
y_i^* &= x_i' \beta + u_i \\
y_i &= y_i^* && \text{si } y_i^* > \tau \\
y_i &= \tau_y && \text{si } y_i^* \leq \tau
\end{aligned} \tag{1}$$

En la que se tiene una variable latente y^* que solo se observa cuando es mayor a un determinado valor τ , cuando esto no ocurre y^* se censura en τ_y . Normalmente, tanto τ_y como τ son cero. El modelo no sólo presenta un censuramiento inferior, sino también puede ser superior o bien presentar ambos (como es el caso de una proporción); se estima por máxima verosimilitud y los coeficientes de regresión son los efectos marginales de la variable latente donde los coeficientes de regresión y los efectos marginales de y^* son idénticos⁶⁶.

A lo largo del texto expuesto, se ha especificado que la variable dependiente gasto en salud, posee un doble censuramiento dado que se trabaja con la proporción de gasto en salud y ésta se encuentra en un rango entre cero y uno, donde sólo se observa el valor de la variable latente, es decir, la verdadera proporción de gasto en salud que se refleja cuando éste es menor o igual a uno y mayor a cero ($0 \leq GS \leq 1$).

- ❖ En la especificación del modelo 1, cabe destacar que al ser un modelo no lineal se expresa únicamente su forma funcional:

$$\text{Probit}(GC)_i = f(NM_i, AM_i, Dis_i, Es_i, SS_i, ZR_i, \varepsilon_i)$$

⁶⁶ En general, los modelos tobit presentan tres tipos de efectos: los efectos marginales para la variable latente, los efectos marginales para la variable y condicionada a valores positivos de éstas (o truncada en cero) y los efectos marginales de la variable e incondicional a valores de ésta.

- ❖ El modelo 2 es (que incluye únicamente SS=1):

$$\text{Probit (GC)}_i = f(\text{NM}_i, \text{AM}_i, \text{Dis}_i, \text{Es}_i, \text{ZR}_i, \varepsilon_i)$$

- ❖ Finalmente el modelo 3 (que incluye únicamente SS=0):

$$\text{Probit (GC)}_i = f(\text{NM}_i, \text{AM}_i, \text{Dis}_i, \text{Es}_i, \text{ZR}_i, \varepsilon_i)$$

La construcción del modelo Tobit busca estimar las variables que determinan o influyen con mayor importancia en la magnitud y existencia del gasto catastrófico en los hogares, se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. Determinantes del Gasto Catastrófico			
	Modelo I	Modelo II	Modelo III
	Todos los Hogares	Asegurados	No Asegurados
Proporción de mayores de 65 años	0.0623***	0.0422***	0.0683***
	(13.32)	(4.02)	(13.64)
Efectos Marginales	0.0542	0.0452	0.0592
Proporción de menores de 2 años	0.1425***	0.1243***	0.1531***
	(13.11)	(9.82)	(9.34)
Efectos Marginales	0.1489	0.1211	0.1581
Proporción de Discapacitados	0.0402***	0.0301**	0.0568***
	(5.92)	(1.92)	(4.95)
Efectos Marginales	0.0387	0.0254	0.0462
Años de Escolaridad	-0.0012**	0.0011	-0.0020***
	(2.14)	(1.01)	(3.72)
Efectos Marginales	-0.0009	0.0005	-0.0013
Aseguramiento	-0.0541***		
	(10.55)		

Efectos Marginales	-0.0825		
Zona de Residencia	-0.0121***	-0.0024	-0.0245***
	(5.06)	(0.72)	(4.92)
Efectos Marginales	-0.0124	-0.0021	-0.0181
Quintil 2	0.0128***	0.0172	0.0301***
	(5.16)	(1.58)	(4.93)
Efectos Marginales	0.0189	0.0131	0.0205
Quintil 3	0.0176***	0.0164*	0.0201***
	(3.75)	(2.01)	(4.71)
Efectos Marginales	0.0214	0.0162	0.0262
Quintil 4	0.0194***	0.0173***	0.0198***
	(5.45)	(2.66)	(4.97)
Efectos Marginales	0.0328	0.0291	0.0301
Quintil 5	0.0374***	0.0322***	0.0365***
	(7.12)	(2.32)	(6.97)
Efectos Marginales	0.0389	0.0385	0.0402
Constante	0.0128*	-0.0210***	0.0075
	(2.05)	(2.51)	(0.22)
Pseudo R ajustada	0.2195	0.0902	0.1175
Observaciones	25741	10374	15367
Observaciones censuradas por la izquierda $ptobit \leq 0$	9547	4937	5875
Observaciones censuradas por la derecha $ptobit \geq 1$	17	0	9
Observations no censuradas	16532	8176	9732
Valor absoluto del estadístico Z entre paréntesis (*)significativo al 10%; (**) significativo al 5%; (***) significativo al 1%			
Notas: Al ser estimado modelos Tobit ⁶⁷ , se reportan los efectos marginales. Los errores estándar son robustos.			

67 Esta distribución refleja una composición entre una distribución continua y otra discreta, donde se asigna toda la probabilidad contenida en el área censurada al punto de censura "a" o extremo de intervalo censurado. Por esta razón, se habla de un punto de acumulación de probabilidad en el punto de censura. En esta función se observa cómo se podrán identificar las estimaciones de los efectos sobre la variable latente y^* (β') utilizando únicamente la variable censurada Y .

La Tabla 3 muestra resultados que ayudan a verificar la relación directa y positiva que guardan las variables de proporción de adultos mayores y niños menores de dos años mantienen una asociación respecto al aumento en la proporción en el gasto en salud; guarda este mismo comportamiento la proporción de discapacitados en el hogar que el incremento de un integrante con éstas características en la familia incrementa la probabilidad de empobrecer por motivos de enfermedad. En los modelos 2 y 3 se muestra que el efecto de incremento para cualquiera de estas tres variables es más grande para los no asegurados.

En los modelos expuestos, se observa a través del efecto marginal de la variable adultos mayores que puede incidir en un incremento de 5.4 puntos porcentuales en el gasto en salud, cuando se trata de toda la población, de 4.5 puntos porcentuales para asegurados y de casi 6 puntos porcentuales en no asegurados; en los tres modelos es significativa con un 99 puntos porcentuales de confianza. El impacto de la variable proporción de menores de dos años resulta ser mayor con 14, 12 y, prácticamente 16 puntos porcentuales respectivamente; pueden sugerirse algunas hipótesis respecto a la diferencia de ambos efectos, tales como que con los adultos mayores se puede postergar la atención, buscar alternativas de atención o acudir a los remedios caseros o tradicionales para atender un padecimiento mientras que con los menores de 2 años las familias no suelen escatimar en los gastos y mucho menos, postergan la atención a cualquier perturbación en la salud.

La proporción de discapacitados tiene un efecto marginal con estimadores robustos sobre el gasto en salud, del orden de 3.8 puntos porcentuales para todas las familias observado en el Modelo 1; en familias con aseguramiento el efecto es menor de 2.5 puntos porcentuales y con menor significancia estadística respecto a hogares no asegurados que muestran un efecto de 4.6 puntos porcentuales. Es decir, el incremento marginal de un miembro discapacitado incrementa la probabilidad de empobrecer, en caso de atender en servicios de salud la discapacidad que tenga dicho miembro. Estos estimadores están invertidos en magnitud respecto a los modelos expuestos en la Tabla 2, dado que en este modelo se controla el nivel económico de las familias también, a través de las variables de quintil de ingreso. Este resultado reafirma los hallazgos de Pérez-Rico (2005) en los que atribuye a diversos estados de enfermedad de algún miembro del hogar el empobrecimiento por motivos de salud, particularmente la discapacidad.

En el análisis de la variable años de escolaridad, deja constancia en los resultados que funciona como un factor de protección dada la relación negativa entre los años de escolaridad y la proporción en gasto en salud. Es destacable que al hacer la diferencia por condición de aseguramiento la variable escolaridad no es significativa para los hogares con seguridad social, en el Modelo 2, y en éste no se obtiene el signo esperado para la variable, queda positivo, que con mayor educación podrían tener mayor gasto en salud. En los modelos 1 y 3 se lee que con incrementos en los grados completos de escolaridad reducen marginalmente

la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos y es más grande este factor protector en los hogares sin aseguramiento pues asciende a 0.13 puntos porcentuales por grado logrado, para población en general es de 0.09 puntos porcentuales. Con la variable educación se encuentran resultados esperados y que corroboran resultados como los de Cruz (2006) o Torres (2004).

La variable Aseguramiento por si misma tiene un efecto protector, es decir, aseguramiento protege en 8.2 puntos porcentuales de tener gastos catastróficos. La variable zona de residencia es significativa para la primera regresión y para los no asegurados, ya que mantiene una relación negativa; es decir, la proporción de gasto en salud es menor si se vive en una zona rural que es de 1.81 puntos porcentuales. Es la variable más destacada en la literatura, los estimadores obtenidos son robustos y plausible su magnitud respecto con la obtenida por Knaul (2007).

Al revisar los resultados que brindan los quintiles de ingreso como regresores, es posible observar una asociación positiva entre éstos y la proporción de gasto en salud. El signo de estas variables es positivo, lo cual se explica porque, si bien los hogares del primer quintil tienen el riesgo de incurrir en gasto catastrófico, la hipótesis viable es que al no poseer activos, no logren cubrir el gasto en salud necesario. Mientras que los quintiles superiores pueden cubrir de alguna forma un evento inesperado de gasto en salud vía venta de activos, reducción de ahorros o endeudamiento en el mercado formal (bancos, financieras) o informal (cajas populares, tandas, préstamos), es por ello que el aumento en gasto en salud es

más alto entre los quintiles más altos. Tal como lo expone Maceira (2006), con este modelo se logra evidenciar lo inequitativo que es permitir que la salud se financie del propio bolsillo de los hogares, sólo permite el gasto atomizado pequeño que impide que el sistema de salud privado se desarrolle y a la vez, excluye de atención pública a quienes no tiene disponibilidad ni capacidad de pago por servicios de salud; tal como lo encuentra Gerdtham (2000) que incluso define a la salud como un bien de lujo.

Con las regresiones realizadas, es necesario subrayar la importancia de que la familia cuente con algún tipo de aseguramiento en salud, lo cual funciona como un factor de protección ante la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico, brindan resultados diferentes significativamente los modelos cuando se separan para poblaciones aseguradas y las que no. De ahí la relevancia de generar algún tipo de aseguramiento que beneficie a toda la población pero sobre todo a los hogares de los quintiles más bajos que, en general, no cuentan con un sistema de protección social. Tal como es la recomendación de K. Xu (2003) parece obvia la necesidad de tener más y mejores servicios de salud (disponibilidad) para toda la población, pero especialmente para la más vulnerable económicamente.

En la Tabla 3 se tiene que el modelo de determinantes, modelado con un Tobit, alcanza a explicar más de 40 puntos porcentuales cuando se elabora el modelo para toda la población y baja significativamente su poder explicativo cuando se realiza el modelo para poblaciones diferenciadas por aseguramiento, alcanza a

explicar menos, alrededor de un 22 puntos porcentuales en poblaciones no aseguradas y 18 puntos porcentuales para poblaciones con aseguramiento.

De llamar la atención es que estos resultados son válidos para encuestas a nivel nacional en 2008, que se hizo pública en 2010; se puede considerar un análisis a la mitad del camino en el sexenio de la implementación en la política del Seguro Popular de Salud, se observa que bien es cierto algunas variables tienen suaves mejorías, se muestran esencialmente resultados sin cambios. Las mismas variables que inciden en el gasto empobrecedor y con efectos similares a las expuestas en Cruz(2006) y Knaul(2006). Ver Apéndice Econométrico, p.200. Lo que permite ampliar la visión en perspectiva, sobre la baja incidencia del Seguro Popular sobre las variables que se habían detectado como críticas ya en análisis previos

6. Política Social en Salud

Tras el análisis hasta aquí realizado, pareciera que pese a que se han realizado esfuerzos importantes en política social, respecto al sector salud en México fundamentalmente enfocados a los sectores excluidos de la atención a la salud hacia finales de los noventa, pareciera que aun son insuficientes, atribuido quizás a la mala operación de los programas, al exceso de carga administrativa en cada uno de ellos o al diseño insuficiente para cubrir adecuadamente a dichos grupos.

No sólo en este trabajo, a lo largo de los últimos 20 años se ha documentado con suficiencia en la literatura que los hogares que más gasto en salud tienen son aquéllos que, en general, poseen las siguientes características: a) algunos de sus miembros son personas mayores de 65 años de edad o niños menores de 2 años; b) residen en zonas rurales; c) si el jefe del hogar tiene bajo nivel educativo; d) presentan miembros discapacitados, y e) enfrentan algún evento de enfermedad que incluya hospitalización, en particular parto.

El gasto de bolsillo tiene diversos problemas asociados, el más evidente es el de ser factor empobrecedor de hogares que pueden acumular algún otro tipo de vulnerabilidades; otro tema relevante es que puede convertirse en una barrera para el acceso y la demanda efectiva de servicios de salud. Al respecto Arreola (2003) estimó que 20% de los hogares mexicanos no tienen capacidad de pago para cubrir servicios de atención a la salud y por ello, un 25 % suele posponer la demanda de cuidados para la salud. Las familias postergarán el gasto en salud o

decidirán no buscar cuidados a la salud si en su análisis, el costo de aliviar su enfermedad, es más alto que el deterioro en la calidad de vida del integrante que haya sufrido perturbaciones en su salud. Estos gastos de bolsillo evidencian que no hay una garantía de equidad en el acceso a los servicios de salud, pues el factor socioeconómico determina si demandan o no y si lo hacen oportunamente.

Con los efectos de la transición demográfica, en la mayoría de los países desarrollados se están planteando reformas en sus esquemas de financiamiento a la salud buscando implementar algunos mecanismos de copago. El camino para los países en desarrollo es diferente pues se parte de una baja cobertura de salud y porcentajes bajos de aseguramiento para grandes poblaciones excluidas de los sistemas de salud. Así se sugieren reformas que introduzcan el concepto de prepago como una manera eficiente de administrar por grupo los riesgos financieros a los que pueden conducir las demandas emergentes por servicios de salud; es decir, reingeniería financiera que permita focalizar subsidios para los más vulnerables: los más pobres, los adultos mayores, los niños y discapacitados, así como a los habitantes de zonas rurales. Este tipo de reformas integrales permiten reducir las barreras económicas en el acceso a los servicios de salud, es decir lograr la protección financiera en salud, al aumentar la cobertura con aseguramiento, de tal manera que se disminuye el gasto de bolsillo.

6.1 Programas Sociales: Seguro Popular en Salud y Seguro Médico para una Nueva Generación.

El análisis realizado en la ENIGH 1992-2008, permite segmentar a la población que es beneficiada por algún tipo de esquema de aseguramiento social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Seguro privado, SEDENA, etc), y se detecta tanto a través de las estadísticas como de los modelos que poseer aseguramiento de cualquier tipo reduce la probabilidad de incurrir en gastos empobrecedores por motivos de salud, y así se atenúan sus efectos indeseables. En contraste, no estar incorporado a la seguridad social incrementa sustancialmente los porcentajes de gasto catastrófico, además presenta alta probabilidad de ocurrencia en los primeros quintiles de ingreso.

Los datos muestran que 29.1% de las familias del primer decil incurrieron en gasto catastrófico; si hubieran estado adscritas a un esquema de aseguramiento social, la ocurrencia de gasto catastrófico tendería a ser menor. Hacia el 2008, en el decil más alto se redujo el gasto de bolsillo hasta un 7.41% de los hogares que presentaron gastos catastróficos, lo cierto es que en los deciles más altos el nivel de aseguramiento crece. Así, el hecho de contar con algún esquema de seguridad social permite reducir la incertidumbre a las familias para hacer frente a los gastos no planificados por motivos de salud.

Entre las políticas implementadas para reducir el gasto de bolsillo en salud y que parten de la premisa del cambio en el esquema de financiamiento para servicios de salud se pueden contar con: Seguro Popular, Arranque Parejo en la Vida y Oportunidades; aunque este último es un programa que ataca la pobreza desde una perspectiva multifactorial y entre otras medidas relevantes de combate a la pobreza tiene entre sus objetivos garantizar la vigilancia de la salud infantil.

Estos programas tienen como objetivo mejorar las condiciones de salud de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, al facilitar el acceso a los servicios de salud procurando que éstos cumplan con los estándares mínimos de calidad; intrínsecamente en el diseño de estos programas se pretende fomentar la prevención para el cuidado de su salud y la promoción de la misma dando un paso adelante en cuanto a intervenir de manera oportuna, previniendo el daño y mejorando los niveles de la salud poblacional.

El análisis que justifica este tipo de políticas es la identificación y focalización de grupos sociales que acumulen vulnerabilidades: sociales, culturales o económicas. Las familias con vulnerabilidad económica, por definición, pertenecen a los primeros deciles de ingreso y se caracterizan por ser portadores de riesgo constante de caer en una trampa de pobreza ante la falta de certidumbre para mantener su ingreso constante o atenuar los shocks de gasto que pueden generarse al atender sus demandas de salud.

Es decir, la necesidad prioritaria es que el sistema de salud no excluya a la población sin condiciones de empleo formal que garantice aseguramiento. La propuesta financiera es la siguiente:

Diseño financiero de los Seguros Públicos en Salud			
Seguros Públicos	Aportaciones		
Seguro de Enfermedades y Maternidad del IMSS	Estado Nacional (Cuota Social) -13.9% de un SM del DF*	Patrón (Cuota Patronal) -13.9% de un SM del DF más 6% de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el SM del DF	Obrero/empleador (Cuota Obrera) -13.9% de un SM del DF más 6% de la diferencia entre el salario base de cotización y tres veces el SM del DF
Seguro de Salud del ISSSTE	Estado Nacional (Cuota Social) -13.9% de un SM del DF	Dependencias/entidades (Cuota Patronal) -7.375% del salario base	Empleado (Cuota Obrera) -2.75% del Salario base
Seguro Popular de Salud (SPSS)	Estado Nacional (Cuota Social) -13.9% de un SM del DF	Gobierno estatal/federal Aportación solidaria federal: -1.5 veces la cuota social Aportación solidaria estatal: -0.5 veces la cuota social	Familia/individuo - Proporcional a la capacidad de pago
*SM del DF: Salario mínimo fijado por la Comisión Nacional de Salario Mínimo, Secretaría del Trabajo, para el Distrito Federal.			

Fuente: Gómez-Dantés O, Becerril V. Sistema de Salud de México (2009). Figura modificada del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

Los niveles de vulnerabilidad pueden estar asociados, por un lado, con los recursos y activos de los hogares (activos financieros y patrimoniales) y, por otro, con las estructuras de oportunidades institucionales (capital social). La meta es que los hogares disminuyan su vulnerabilidad económica procurando que haya mayor estabilidad en el ingreso disponible, pues les brinda seguridad ante escenarios y eventos imprevistos, no sólo de salud sino también económicos.

El diseño del nuevo sistema se fundamenta en cinco líneas o valores clave que tienen un énfasis particular en el concepto de democratización de la salud, pues es importante señalar que el derecho a la salud no debe estar determinado por la condición laboral:

- **Inclusión social:** Derecho a la salud que se base en las necesidades de los individuos, independientemente de su estatus socio-económico o laboral.
- **Igualdad de oportunidades:** Que incluye a todos los miembros de la sociedad, a través del establecimiento de atenciones prioritarias, que garantiza la misma calidad de atención y el mismo paquete básico de servicios.
- **Justicia Financiera:** Cada individuo asegurado contribuye a la sustentabilidad financiera del programa de acuerdo a su capacidad financiera y de acuerdo a sus necesidades de salud; situación que favorece los subsidios cruzados.
- **Corresponsabilidad:** Entre gobierno y ciudadanos, fundamentado en el principio de subsidiaridad y solidaridad financiera.

- Autonomía personal: Procura que cada individuo pueda ejercer su derecho a la protección social de la salud con una presupuestación que otorgue la garantía de que el dinero siga a la gente, contemplando la necesidad de rendir cuentas a las instituciones de salud.

El Seguro Popular afilia a población que no tiene, por sus características laborales (seguro social) y económicas (seguros privados) seguridad en salud alguna, y nace de la necesidad de facilitar el acceso a los servicios de salud a toda la población; se obtiene a través de una afiliación con una prima asociada a un pago anticipado.

El Seguro Popular de Salud se diseña con un esquema de cuotas que cubren las familias afiliadas para lograr un copago de los servicios y contribuir al financiamiento de los mismos.

Tabla 4. Cuota familiar según decil de ingreso en 2011		
Decil de ingreso	Cuota anual por familia (En pesos- \$)	Cuota anual por familia (En euros- €)
I	0.0	0.0
II	0.0	0.0
III	0.0	0.0
IV	0.0	0.0
V	2,075.00	120.64
VI	2,833.60	164.74
VII	3,647.90	202.09
VIII	5,650.40	328.51
IX	7,519.00	437.15
X	11,378.90	661.56
Fuente: CNPSS. Secretaría de salud		
*Valor promedio de Tipo de cambio pesos/euro = 17.20		

Estas cuotas se estimaron con base en las condiciones socioeconómicas del hogar, las que deberán pagarse de forma anual y anticipada. Se pretende incentivar una cultura de prepago en los afiliados, para reducir el gasto de bolsillo, el fomento de la medicina preventiva y la reducción en la incidencia de enfermedades prevenibles. Dentro del régimen de pago de cuotas familiares quedan exentas las familias que no tengan posibilidades de aportar la cuota, es decir, los primeros deciles como se observa en la Tabla 4.

Los beneficios específicos que provee el Seguro Popular son los siguientes:

- Fortalece las estrategias de políticas públicas de combate a la pobreza al cerrar la brecha entre derechohabientes de la seguridad social y los que no tienen acceso a ésta por no tener un empleo estable.
- Es un seguro público y voluntario que ofrece un paquete explícito de servicios⁶⁸ de salud.
- Provee un paquete de servicios médicos o intervenciones en salud que cubre 275 intervenciones.
- Busca garantizar la entrega de 422 medicamentos asociados al paquete de servicios.
- Posee un Fondo especial para gastos catastróficos que atiende 15 enfermedades que se traducen en 56 padecimientos⁶⁹.
- Sustituye el pago de cuotas inmediatas al momento de la atención para recuperación por aportación anticipada.
- Reduce el riesgo de enfrentar gastos catastróficos a familias vulnerables.
- Las aportaciones se realizan conforme a la capacidad de pago de cada familia.
- Ofrece acceso equitativo e igualitario a la atención médica.

⁶⁸ El paquete de servicios consiste en acciones preventivas, medicina ambulatoria, odontología, salud reproductiva, embarazo, parto y recién nacido, rehabilitación, urgencias, hospitalización y cirugía general.

⁶⁹ En cuanto a consulta general y de especialidad: incluye 100 diagnósticos, como las infecciones de vías respiratorias, intestinales, de la infancia, padecimientos de la piel, hipertensión y diabetes. Se considera atención de epilepsia, condiciones psiquiátricas y adicciones, pero con esquemas de tratamiento bastante rudimentarios. También hay atención de urgencias como estabilización de diabetes e hipertensión, angina de pecho, intoxicaciones agudas y traumatismos simples.

- Los beneficiarios reciben atención médica en todos los centros de salud y hospitales de la red, a nivel nacional.
- Brinda la posibilidad de programar citas y exámenes preventivos.
- Fomenta la atención oportuna de la salud.

El Seguro Popular beneficia al titular, cónyuge, descendientes menores de 18 años y/o sus hijos solteros de 18 a 25 años que cursen la educación media superior o superior (bachillerato, estudios profesionales, universitarios); hijos discapacitados con dependencia económica, ascendientes directos mayores de 64 años que sean dependientes económicos y vivan en el mismo hogar. Así se busca cubrir a poblaciones vulnerables económicamente de perturbaciones a la salud que pudieran empobrecerlas y a su entorno inmediato que es la familia que compone hogar.

Aun así, pese a la incorporación del Seguro Popular, incluso en hogares de los deciles exentos de pagar cuota se registran gastos catastróficos. No hay evidencia de cambio estructural alguno en el porcentaje de hogares afectados por este tipo de gastos. En 2008 el número de beneficiarios del Seguro Popular en Salud llegó a ser de 9,146,013 de los que 68.2% pertenecen al primer decil de ingreso, donde prácticamente la totalidad de afiliados se aglutina en los primeros cuatro deciles; además se detecta que del 24% de la población afiliada se ubica entre 1 y 10

años, de acuerdo a las cifras de la Secretaría de Salud, es decir, una situación que también puede poner en peligro la sustentabilidad financiera del programa.

Por lo anterior se evidencia la importancia del ingreso de la familia, al igual que la manera en que se le clasifica de acuerdo a su perfil sociodemográfico; aun cuando la familia se ubique en los primeros deciles, continúa en riesgo de sufrir de gasto catastrófico, que observa al desagregar las familias por percentil de gasto. No importa el percentil donde se encuentre la familia, pues incluso en los más altos hubo ocurrencia de gasto catastrófico.

La importancia de aclarar con evidencia un paquete de servicios para que las personas sepan a qué tienen derecho para poderlo exigir, sería otro paso para evitar que las familias gasten en medicamentos y atención médica. De acuerdo a Coneval (2010), las familias en general y la mayoría de los asegurados no conocen al detalle las condiciones de la cobertura médica del seguro popular y muchos beneficiarios, incluso, ignoran que están asegurados, al presentar una enorme discrepancia de sus datos respecto a los de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Los seguros Médico para una Nueva Generación y del Embarazo Saludable son los únicos programas que tienen una cobertura médica amplia y, además, exención de cuotas para los deciles I a VII.

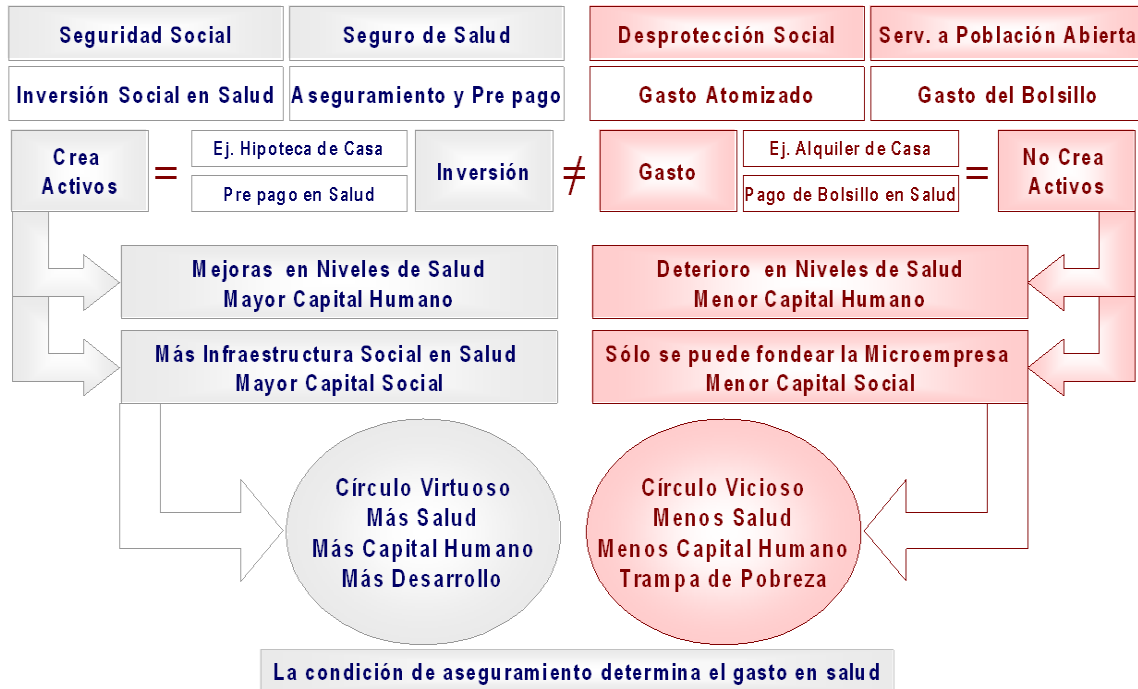
6.2 Ventajas de los sistemas de copago y prepago

Como se ha visto, no sólo se quiere hacer evidente la necesidad de encontrar formas alternativas de financiamiento para garantizar los recursos para proveer salud. Y, ya que el financiamiento puede venir de tres fuentes: público, privado o mixto, es necesario ampliar la cobertura de los servicios de salud a la población, de acuerdo a sus necesidades, lo cual se puede realizar a través de un sistema de co-pago o pre-pago, de manera que se fomente la participación del usuario y, de alguna manera, se racione el uso de los servicios, algunos de los cuales son pagados en parte por ellos al momento de recibir las prestaciones; o bien, se pueden utilizar los servicios cuando se presenta un evento de enfermedad, porque ya se ha realizado un pre-pago. De esta manera, se buscan hacer atractivos los incentivos para el pago anticipado de los servicios de salud.

El esquema de pre-pagos en el Seguro Popular tiene como objetivo que las familias aprovechen su aportación mediante el uso racionado de los servicios médicos; sin embargo, conviene precisar que la aportación de los afiliados a este

esquema de aseguramiento no cubre la totalidad del costo de los servicios porque no sigue la lógica de una prima de aseguramiento ajustada por edad, sexo o condición de salud.

Las 2 Caras de la Moneda: Inversión en Salud Vs Gasto en Salud



Fuente: Cruz C, Coello C, Luna G, Morales R. Hacia un sistema único de salud, una propuesta no autorizada. México, Ed. Independiente. Octubre 2006.

Esto lleva a reflexionar acerca del papel que pueden desempeñar los esquemas de co-pagos y pre-pagos, porque una proporción considerable de la población, de manera convencional, no ejercen gasto en salud. ¿Cuáles serían los incentivos que permitirían valorar a la salud como una inversión y no como un gasto? –de tal manera que estos sistemas se puedan comparar con la disposición de pagar anticipada o complementariamente, lo cual tiene como fin reducir el gasto de

bolsillo, la manera más injusta e inequitativa de financiar la salud de las personas. Como se muestra en el Gráfico 1.

Los individuos, ante la percepción de un problema de salud, se enfrentan a decidir entre buscar o no atención médica. Si optan por atenderse, la siguiente decisión será el servicio a seleccionar, pues cada proveedor se caracteriza por un costo asociado a sus servicios, un nivel esperado de calidad y su ubicación geográfica. Así, para definir los mecanismos del uso oportuno y adecuado de los servicios, es importante conocer bajo qué circunstancias acuden los usuarios con un prestador de servicios de salud, por qué se selecciona a un proveedor de servicios de salud y qué factores influyen en la utilización de los servicios de salud y esto tiene ser una de las directrices a considerar en la aplicación de Programas Sociales para la Salud.

Algunas de las investigaciones como la de Luna (2007) abordan cuáles son los principales determinantes sociales, económicos y de la comunidad que afectan la elección de las mujeres para la atención del parto. Entre los resultados que son compatibles con los obtenidos en este trabajo es que mujeres con más educación pueden tener mejores y más estables fuentes de ingreso, por lo que pueden elegir libremente al prestador de servicios. El que las mujeres tengan condición de aseguramiento es también una de las variables más importantes y hace que la

probabilidad de atenderse en servicios privados de salud sea reducida así como la atención con parteras.

De tal forma, una manera de identificar la reducción del gasto de bolsillo de los hogares es a través de la proporción de gasto que destinan al rubro de servicios médicos durante el embarazo y el parto. Lo anterior se refleja en el Cuadro 2 y Figura 17, donde la participación del gasto en el rubro del embarazo y del parto ha sufrido modificaciones muy leves, de manera que es casi constante su participación dentro del perfil de consumo de los hogares de todos los deciles de ingreso, pese a los programas Seguro Médico para una Nueva Generación y Embarazo Saludable.

Así también, la propia Secretaría de Salud estima que este grupo de programas ha afectado a la tasa de mortalidad, al fomentar la asistencia a las consultas prenatales, la atención del parto por personal calificado y la valoración del recién nacido; pero no así en la reducción del gasto destinado a estos rubros porque, como se ha planteado a lo largo del análisis, el gasto catastrófico por motivos de embarazo y parto sigue sin cambios extraordinarios, y no es justo que las familias se coloquen en una situación de riesgo de empobrecimiento debido a la procreación, resultado que robustece los hallazgos conseguidos en este documento.

Los hogares realizan gasto de bolsillo que con frecuencia exceden su capacidad de pago dependiendo del evento de enfermedad que incluso puede colocarlos en una situación de riesgo de sufrir gasto catastrófico. Sin embargo, el gasto de bolsillo no se ciñe únicamente a hogares que no tienen acceso a los servicios de salud, incluso aquellos hogares con un esquema de seguridad social realizan gastos de este tipo. Surge una interrogante de interés: ¿Qué razones motivan a los hogares a realizar un doble pago en los servicios médicos para atender sus demandas de salud?

La Seguridad Social provista por IMSS, ISSSTE, PEMEX y SEDENA ofrece un paquete de servicios de salud prácticamente ilimitados para sus derechohabientes (cobertura total), cuando éstos gastan de su bolsillo para financiar servicios de salud en el sector privado, lo hacen porque consideran que es una mejor opción que los servicios públicos ofrecidos para la atención de su demanda; sea por calidad, tiempo de espera, calidez en el trato o simplemente servicios de hotelería.

Es posible también que el gasto en salud de los derechohabientes se presenta cuando quieren solventar trastornos menores o financiar remedios caseros para no acudir a un exceso en el uso de medicamentos de patente y con ello hacer que crezcan las demandas de atención en instituciones públicas, o bien cuando un derechohabiente accede al sector privado para complementar o personalizar un servicio público: una enfermedad crónica se atiende en una institución pública, pero se personaliza o “complementa” su demanda con amenidades u otros

tratamientos en el sector privado.⁷⁰ Sin embargo, cuando se ofrecen paquetes de servicios rígidos o que no satisfacen las expectativas de los derechohabientes, puede llevar a que la atención privada sustituya en lugar de complementar la atención ofrecida en las instituciones públicas.

En el esquema de seguridad social en México es obligatorio, por un lado, cotizar en la seguridad social para las personas con un empleo formal y, por otro, está restringida la posibilidad de elegir un único prestador de servicios de salud. Por esta razón, en muchas ocasiones el derechohabiente sufre por un doble pago, ya que debe cotizar a la seguridad social y, cuando sus expectativas en calidad, tiempo y eficiencia no son cubiertas, paga por servicios de salud en el sector privado.

La satisfacción de los servicios de salud se ha visto como la respuesta que le dan a las necesidades de los clientes o usuarios, y son vistos como un componente esencial en la evaluación de su calidad, medida en términos de: interacción del médico-paciente, plantilla de médicos, tiempo de la consulta, tiempo de espera, actitudes del equipo de trabajo, resultados en la salud y otras amenidades como ambiente en la sala de espera y la privacidad en la atención.

Los programas sociales en salud tienen una debilidad fuerte al ser evaluados en su calidad pues se ha demostrado que las personas menos educadas tienden a estar más satisfechas con la conducta de los proveedores de los servicios de

70 Deberá ser objeto de investigaciones futuras medir la proporción "aceptable" de gasto privado de un derechohabiente.

salud, y que la tendencia general en estudios de satisfacción es que la insatisfacción sea expresada por los más educados, lo que de origen lleva a sobrevaluar los servicios que se brinda con Seguro Popular por el perfil de la población que cubre.

Cualquier gasto de bolsillo que un derechohabiente ejerce en el sector privado es considerado un gasto por insatisfacción, ya que cuando un hogar realiza un gasto adicional “aceptable” en los servicios médicos privados, puede servir para no medicalizar las demandas de salud en el sector público y resolverlo en el ámbito familiar de manera más expedita, con acciones tendientes a fondear los remedios caseros o a “personalizar” tratamientos. Así, cuando el gasto de bolsillo supera la capacidad de pago del hogar, se considera la manifestación económica de la insatisfacción ya que, por diversas razones, el derechohabiente prefiere gastar en el sector privado, de su bolsillo, un porcentaje de su ingreso que consumir servicios públicos que ya pagó y no le satisfacen⁷¹. Por brindar un dato, el gasto por embarazo y parto entre derechohabientes del IMSS alcanza niveles de 27 y 79% de la población bajo este esquema de seguridad social.

En este sentido, trabajos como el de Luna (2007) identifican como un factor importante la percepción que tienen las mujeres de las instituciones de salud para elegir en la que se atenderán en el momento del parto. Por lo tanto, si su

71 Cruz C, Coello C, Luna G, Morales R. Hacia un sistema único de salud, una propuesta no autorizada. México, Ed. Independiente. Octubre 2006.

percepción es la de mala calidad, estarán dispuestas a pagar de su bolsillo para atenderse en una institución privada.

6.3 Conclusiones

El resultado más importante de la presente investigación es que, al menos en este análisis de medio camino, pues los últimos datos son de 2008⁷² en la implementación del Seguro Popular tras seis de iniciar con su puesta en marcha (los dos primeros en fase de piloto -2002 y 2003), no se encuentran cambios significativos en cuanto a reducción del gasto de bolsillo, tampoco en cuanto al incremento significativo de la demanda de servicios de salud en los deciles de más bajo ingreso. Es decir, la puesta en marcha de las políticas en salud no ha mejorado de manera real la situación respecto a salud para poblaciones vulnerables.

Ya se ha comentado que en los hogares mexicanos no hay holgura en el gasto familiar y el monto destinado a salud no se considera, bajo casi ninguna circunstancia, excepto en momentos coyunturales de enfermedad. Dado que el gasto en alimentos y vivienda restringe el presupuesto del hogar, que no permite gastos adicionales y los gastos imprevistos para atención médica se vuelven por sí mismos una barrera de entrada a los servicios y cuidados a la salud pues con la restricción presupuestal que poseen, las familias consumen sus ahorros, venden activos o se endeudan, con un alto riesgo de caer en una trampa de pobreza.

72 Publicados en 2010.

El problema del gasto de bolsillo pretende identificar los mecanismos a través de los que se puede proteger a los más vulnerables en términos económicos, quienes frente a posibles alteraciones en su estado de salud necesitan garantizar un mínimo de protección financiera. Porque se sabe que son, precisamente, los deciles más bajos de ingreso los que menos beneficios reales obtienen de los sistemas de pago anticipado, asociados al empleo (seguridad social), o los que no tienen acceso en caso de estar en entornos rurales.

En México no sólo se presenta en los hogares excluidos de la seguridad social en salud, pues aun los asegurados llevan a cabo gastos de bolsillo por insatisfacción o mala percepción sobre la calidad en los servicios públicos de salud. A pesar que la salud debe ser considerada un elemento básico para el desarrollo y base fundamental de la acumulación del capital humano en los países en desarrollo aun se deja mucha de esta inversión bajo la responsabilidad financiera de los hogares. Esta situación es poco conveniente, si se reconoce que en estos países -en particular en los Latinoamericanos- al tener una muy baja capacidad de pago, hace que los mercados de salud no se desarrollen y quede una parte importante de la población fuera del sistema, pues se autoexcluyen para no sufrir pauperización de su situación económica.

Sin embargo, el cambio registrado con los programas sociales, para ampliar el aseguramiento público dirigido a los más pobres debe contribuir significativamente a la reducción del gasto catastrófico. Si se considera que estos cambios en el

Sistema Nacional de Salud tendrán efecto en el mediano plazo, estos resultados preliminares podrían suponerse como una medición prematura sobre el programa.

La situación más importante a considerar es la eficiencia del presupuesto destinado al Seguro Popular, pues aunque se destinen montos financieros importantes al programa el gasto administrativo es elevado. La OCDE (2009) identificó a México como el país que más gastaba en administración del presupuesto total de salud.

También es relevante financiar de manera eficiente el gasto en salud a través de la Cuota Social, con el fin de que no se tenga que recurrir al gasto de bolsillo para las intervenciones y los medicamentos, sin dejar de considerar que se tienen que diseñar estos programas con la seguridad de su sustentabilidad financiera e intentando garantizar que se logren concretar subsidios cruzados, asegurando: alto y bajo ingreso, jóvenes y adultos mayores, enfermos y sanos, mujeres y hombres, por igual.

Asimismo, es importante fomentar y fortalecer el Seguro Popular de Salud con el propósito de proporcionar atención primaria y especializada a los mexicanos que viven en condiciones de pobreza en sus tres niveles: alimentaria, capacidades y patrimonial. En su diseño se debe fortalecer la atención integral de los grupos vulnerables, priorizando a los adultos mayores de 65 años y a los diez millones de personas que viven con algún nivel de discapacidad; a la fecha de la realización

de este estudio la tarea de atención a la salud de niños en la familia es la que mejor se ha cubierto.

Mejorar la percepción de calidad de los servicios de la seguridad social en salud y los brindados por la propia secretaría de salud, será fundamental para desincentivar el gasto de bolsillo en la atención de la enfermedad, pues se utilizarán más servicios que no impliquen detrimento en su nivel económico y evitará en doble gastos con pago de cotizaciones y luego pago por evento. Las familias replazan los servicios públicos de cuidado a la salud por servicios privados, por la percepción de baja calidad de los servicios públicos, dado que pese a ser la alternativa más barata en muchas ocasiones deciden no utilizarla. Es importante hacer énfasis en la calidad y en la calidez del trato en la atención del paciente y hacer campañas de difusión donde se explique que los servicios de la secretaría de salud (que son los que mayormente atienden las demandas derivadas del Seguro Popular) son de calidad competitiva; esto puede ayudar a eliminar esta posible subutilización de los servicios y reduce el riesgo de incurrir en gastos catastróficos para las familias de bajos recursos.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Amemiya, Takeshi (1985), *Advanced Econometrics*. 1st Ed., Harvard University Press
2. Arreola H, Soto H, Garduño J. Determinantes de la no demanda de atención a la salud en México. En: *Funsalud Caleidoscopio de la Salud*. México, DF: Funsalud; 2003.
3. Atsue Mizushima, 2008. "Population Aging and Economic Growth: the effect of health expenditure," *Economics Working Papers ECO2008/35*, European University Institute.
4. CEPAL. *La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*. Uruguay. Marzo 2006. CEPAL / ONU.
5. Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud. "Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico". México: CMMS, 2006.
6. Colin Cameron, A. y Pravin Trivedi. (1998). *Regression analysis of count data*. 1st ed. Cambridge.
7. Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud. "Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico". México: CMMS, 2006.
8. [Consejo Nacional de Población. Población de México en cifras: Indices de marginación 2000. Disponible en: www.conapo.gob.mx/m_en_cifras/principal.html](http://www.conapo.gob.mx/m_en_cifras/principal.html) [2004 enero 19].

9. Cordera, Rolando y Murayama, Ciro. Los determinantes sociales de la salud en México. FCE. México 2012.
10. Cruz C., Luna G., Coello C., Mexicano C., Stabridis O., Morales R. Políticas Públicas Sectoriales e Intersectoriales para Mejorar los Niveles de Salud: Gasto Privado y gasto de bolsillo por Motivos de Salud en México. Documento de trabajo Departamento de Economía UIA. Octubre 2006.
11. Cruz C., Luna G., Morales R. Gasto Catastrófico en Salud y Elasticidades Ingreso por Tipo de Gasto en Servicios de Salud en México. Carlos Cruz, Gabriela Luna, Raquel Morales, Carlo Coello. Bienestar y Política Social. Vol 2, No. 1, pp. 51-73. Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). México 2007.
12. Cruz C., Coello C., Luna G., Morales R. Hacia un sistema único de salud, una propuesta no autorizada. Carlos Cruz, Carlo Coello, Gabriela Luna, Raquel Morales. México. Octubre 2006
13. Dávila, Enrique; Guijarro, Maite. Evolución y reforma del sistema de salud en México. (Serie Financiamiento del Desarrollo, n. 91). Proyecto Reformas a los Sistemas de Financiamiento de la Salud en América Latina y el Caribe. LC/L.1314-P Chile CEPAL, (2000).
14. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000 y 2002 (INEGI).
15. Esen Erdogan-Ciftci & Eddy Van Doorslaer & Angel Lopez-Nicolas, 2008. "Health, Financial Incentives and Retirement in Spain," Tinbergen Institute

Discussion Papers 08-093/3, Tinbergen Institute.

16. Evaluación del Desempeño. Salud Pública Mex.
17. Frenk J, Lozano R, González-Block MA y col. Economía y Salud. Propuestas para el avance del salud en México. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud; 1994:165.
18. Fundación Mexicana para la Salud. El reto de la protección financiera y el impacto del aseguramiento universal. México, DF: Fundación
19. Gerdtham, Ulf-G. & Jonsson, Bengt, 2000. "International comparisons of health expenditure: Theory, data and econometric analysis," Handbook of Health Economics, in: A. J. Culyer & J. P. Newhouse (ed.), Handbook of Health Economics, edition 1, volume 1, chapter 1, pages 11-53 Elsevier.
20. Greene, W.H. (2003), Econometric Analysis. 5ª ed. Prentice-Hall, Nueva York.
21. Howard Gleckman, 2008. "How Can We Improve Long-Term Care Financing?" Issues in Brief ib2008-8-8, Center for Retirement Research, revised Jun 2008.
22. Hernandez-Torres, Jinneth; Avila-Burgos, Leticia; Valencia-Mendoza, Atanacio y Poblano-Verastegui, Ofelia. Evaluación Inicial del Seguro Popular sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México. Rev. Salud Pública 2008, Bogotá, Colombia. vol.10, n.1, pp. 18-32
23. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Sistema de

- Cuentas Nacionales. 1997-2007. Tomo I. Aguascalientes, Aguascalientes, México: INEGI; 2007.
24. INEGI. Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares 2008. Diseño Muestral. México 2010.
25. Jean-Paul Fitoussi & Francesco Saraceno, 2008. "The Intergenerational Content of Social Spending: Health Care and Sustainable Growth in China," Documents de Travail de l'OFCE 2008-27, Observatoire Français des Conjonctures Economiques (OFCE).
26. K.Xu, D.Evans, K.Kawabata, R.Zeramdini, J.Klavus, C.Murray. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. The Lancet, Volume 362, Issue 9378, Pages 111-117
27. Kim Thuy Nguyena, Oanh Thi Hai Khuat, M.ScB, Shuangge, Duc Cuong Phamb, Giang Thi Hong Khuatb, Jennifer Prah Ruge. Coping with health care expenses among poor households in Dai Dong, a rural commune of Hanoi Vietnam. Julio 2009. Working Paper Series. Social Science Electronic Publishing.
28. Kim Thuy Nguyena, Oanh Thi Hai Khuat, M.ScB, Shuangge, Duc Cuong Phamb, Giang Thi Hong Khuatb, Jennifer Prah Ruge. Impact of Health Expenses on Household Capabilities and Resource Allocation in Hanoi, Vietnam. Julio 2009. Working Paper Series. Social Science Electronic Publishing.

29. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, Miranda M, Sesma S. Las evidencias benefician al sistema de salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud Pública Mex* 2007; 49 supl 1:S70-S87.
30. Knaul, Felicia Marie; Arreola-Ornelas, Héctor and Méndez, Oscar. Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del seguro popular de salud en México. México. Secretaría de Salud. 2006
31. Knaul, Felicia Marie; Arreola-Ornelas, Héctor and Méndez, Oscar. Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. *Salud pública Méx* [online]. 2005, vol.47, n.6, pp. 430-439. ISSN 0036-3634.
32. Lavielle Briseida, Moreno Rocío .Tendencias del gasto en salud y en Infraestructura Sanitaria. Fundar, Centro de Análisis e Investigación. México 2008.
33. Leora Friedberg & Wei Sun & Anthony Webb, 2008. "How Much Do Older Workers Value Employee Health Insurance?," Issues in Brief ib2008-8-9, Center for Retirement Research, revised Jul 2008.
34. Liliana Chicaiza. El mercado de la salud en Colombia y la problemática del alto costo. Colombia 1994. Documento de trabajo.
35. Long, Scott (1997) Regressions models for categorical and limited dependent variables. SAGE Publications, California, 1st Ed.
36. Luna G, Valencia A. determinantes de la utilización de los servicios de salud para mujeres mexicanas en la atención del parto. Documentos de trabajo de

- Economía. UIA 2007. México.
37. Maceira Daniel. Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino. Centro de Estudio de Estado y Sociedad y CONICET. 2006.
 38. Maddala, G. S.(1983), Limited Dependent and Qualitative Variables in Econometrics, Cambridge University Press. Nueva York.
 39. Madueño, Miguel. Perú: Estudio de demanda de servicios de salud (Documento 1). Socios para la reforma del sector salud / Abt Associates, Inc. Mayo 2002. Perú
 40. Matsuyama, K. "Poverty Traps" forthcoming in the New Palgrave (1992). Dictionary of Economics, 2nd Edition, Macmillan.
 41. Murray CJL, Knaul F, Xu K, Musgrove P, Kawabata K. Defining and measuring fairness of financial contribution. Ginebra: WHO; 2000. Global Programme on Evidence Working Paper No. 24.
 42. Murray y Frenk (2000) "Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño. Protección financiera", Dirección General de Evaluación del Desempeño.
 43. Octavio Gómez-Dantés; Jesica Gómez-Jáuregui; Cristina Inclán. La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. Salud Pública de México. ISSN 0036-3634. Salud pública Méx vol.46 no.5 Cuernavaca Sept./Oct. 2004. Equity and fairness in the Mexican health system reform
 44. Olaiz G, Palma O, Franco A. Metodología de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño. Salud Publica Mex. 2006

45. OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. "Mejorar el desempeño de los sistemas de salud". Ginebra 2000.
46. Oreggia y Velarde (2011). Poor households with disabled presence in Mexico. México. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. Junio de 2011.
47. Pérez-Rico Raymundo, Sesma-Vázquez Sergio, Puentes-Rosas Esteban. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. Salud pública de México, ISSN 0036-3634, Vol. 47, N°. Extra 1, 2005 , pags. 37-46
48. Ramses H. Abul Naga & Karine Lamiraud, 2008. "Catastrophic health expenditure and household well-being," Working Papers 0803, University of Lausanne, Institute of Health Economics and Management (IEMS).
49. Rossi Maximo, Triunfo Patricia. To Spend in Health Care: Is a Luxury? University of Uruguay. August 2004
50. Secretaría de Salud. Procedimientos para calcular el porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud por entidad federativa. México, DF: Secretaría de Salud; 2003.
51. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. México, DF: Secretaría de Salud; 2002.
52. Secretaría de Salud. Síntesis Ejecutiva: unidades privadas con servicio de

- hospitalización en México 2001. México, DF: Secretaría de Salud; 2002.
53. SSA. "Hogares con Gastos Catastróficos por Motivos de Salud. México 2000"
de la SSA. 2002
54. Tobin, James (1958), "Estimation of relationships for limited dependent variables". *Econometrica* 26:24-36
55. Torres A. C., Knaul F. M., (2003). Determinantes del sistema de salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. En *Caleidoscopio de la Salud*. eds. Knaul F. y Nigenda G. FUNSALUD, pp. 209-225.
56. Urquieta-Salomón José E, Figueroa José L, Hernández-Prado Bernardo. El gasto en salud relacionado con la condición de discapacidad. Un análisis en población pobre de México. *Salud Pública de México*. ISSN 0036-3634. *Salud pública Méx* vol.50 no.2 Cuernavaca Mar./Apr. 2008
57. Valdespino JL, Olaiz G, López-Barajas MP, Mendoza L, Palma O, Velásquez O et al. Encuesta Nacional de Salud 2000 Tomo I. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2003:115.
58. Wooldridge Jeffrey M.(2001). *Introducción a la econometría: un enfoque moderno*.
59. Wooldridge Jeffrey M.(2002) *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*. 2st ed. MIT.Press
60. Xu K, Klavus J, Kawabata K, Evans DB, Hanvoravongchai, Ortiz JP et al.

Household health system contributions and capacity to pay: Definitional, empirical and technical challenges. En: Murray CJL, Evans DB, ed. Health system performance assessment: Debates, methods and empiricism. Ginebra: World Health Organization; 2003: 533-563.

61. Zamudio, Andrés, La demanda por servicios médicos en México, Documento de Trabajo n. 94, Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE), 1997, México.

8. APÉNDICE ESTADÍSTICO I

Datos Básicos de Estadísticas Base de Gráficos Capítulo II

1992 Ing_decil

Variables	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
	21.2	22.6	26.8	27.7	32.4	30.0	34.0	31.8	38.0	44.2
Serv. Médicos	15.6	16.7	20.1	18.3	19.5	21.0	17.2	15.9	16.2	15.6
Medicamentos recetados	4.6	2.3	0.9	3.0	1.7	0.9	1.9	1.7	1.1	1.0
Serv y medicamentos no especializados	1.6	1.4	1.6	1.9	2.5	2.8	1.2	1.6	1.6	2.5
Atención hospitalaria (no incluye parto)	1.5	4.0	5.2	2.6	3.5	1.0	2.4	3.3	1.5	2.3
Serv médicos y medicamentos durante el embarazo	2.9	2.6	1.9	1.5	1.2	1.7	0.8	1.0	1.1	1.0
Serv médicos durante el parto	51.8	47.4	41.9	43.7	37.1	37.9	38.4	39.9	35.1	24.5
Medicamentos sin receta y material de curación	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Medicina alternativa	0.5	2.9	0.7	1.3	1.1	3.9	3.3	3.9	4.1	5.5
Aparatos ortopédicos y terapéuticos	0.4	0.2	0.9	0.0	1.1	0.8	0.8	1.1	1.3	3.5
Seguro médico										

1994

Variables	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
	25.4	30.4	29.5	30.1	30.4	32.2	33.5	33.6	37.9	44.7
Serv. Médicos	17.1	21.6	20.2	19.7	19.5	19.3	17.3	17.6	17.6	16.7
Medicamento	2.3	2.0	1.7	1.8	1.4	1.6	1.6	1.4	1.0	0.4

s recetados										
Serv y medicamento s no especializado s	0.5	0.2	0.4	1.6	1.2	1.6	1.9	1.7	1.7	2.6
Atención hospitalaria (no incluye parto)	1.3	1.9	3.4	3.8	2.5	3.2	3.0	4.2	2.2	2.8
Serv médicos y medicamento s durante el embarazo	2.6	2.5	4.2	1.3	0.6	2.0	1.9	1.1	1.2	1.4
Serv médicos durante el parto	50.1	41.4	38.4	39.3	41.4	37.7	36.2	35.4	33.0	23.2
Medicamento s sin receta y material de curación	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Medicina alternativa	0.6	0.0	1.2	1.8	1.9	2.1	3.0	4.1	4.9	7.1
Aparatos ortopédicos y terapéuticos	0.2	0.0	0.9	0.4	1.1	0.4	1.7	0.9	0.5	1.0
Seguro médico										

1996

Variables	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
	26.7	25.2	29.8	30.1	31.6	28.9	29.9	33.0	36.9	38.8
Serv. Médicos	16.1	19.8	23.8	22.4	20.4	19.1	23.6	20.9	18.2	20.0
Medicamento s recetados	4.3	2.5	1.6	2.5	2.5	1.7	2.7	2.2	1.8	1.4
Serv y medicamento s no especializado s	1.6	1.3	1.4	1.8	1.7	1.9	1.8	2.7	3.0	3.4
Atención hospitalaria (no incluye	2.3	2.6	3.1	2.2	2.4	3.8	3.2	2.0	3.5	2.4

parto)										
Serv médicos y medicamentos durante el embarazo	0.9	2.2	2.7	2.1	3.2	0.8	1.6	1.2	1.2	0.7
Serv médicos durante el parto	47.0	44.4	35.5	37.0	36.2	40.3	34.4	33.1	28.8	26.0
Medicamentos sin receta y material de curación	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Medicina alternativa	0.1	1.2	0.5	1.1	1.4	1.6	2.0	3.0	4.9	5.9
Aparatos ortopédicos y terapéuticos	1.1	0.7	1.5	0.9	0.7	1.8	0.8	1.8	1.7	1.4
Seguro médico										

1998

Variables	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
	29.3	29.7	32.9	31.5	31.6	34.2	30.1	32.4	36.0	41.1
Serv. Médicos	20.4	21.9	23.8	23.1	20.8	22.1	23.3	19.4	21.0	21.2
Medicamentos recetados	3.5	4.0	3.0	2.6	2.0	2.6	2.6	1.6	1.4	1.0
Serv y medicamentos no especializados	2.8	3.2	1.2	2.1	2.3	1.8	1.6	2.1	3.1	2.6
Atención hospitalaria (no incluye parto)	2.8	3.4	3.6	3.8	3.1	2.1	3.3	3.3	1.7	1.1
Serv médicos y medicamentos durante el embarazo	2.9	2.6	3.4	1.8	2.8	0.9	0.8	0.9	0.7	1.3

Serv médicos durante el parto	37.7	33.3	30.1	32.4	33.3	32.4	32.5	34.9	27.5	21.7
Medicamentos sin receta y material de curación	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Medicina alternativa	0.5	1.4	1.4	2.0	3.6	2.9	5.3	4.9	7.3	8.0
Aparatos ortopédicos y terapéuticos	0.1	0.5	0.6	0.7	0.6	1.0	0.4	0.6	1.4	2.1
Seguro médico										

2000

Variables	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
	26.5	34.3	25.7	29.6	26.6	28.9	28.6	30.2	32.8	36.5
Serv. Médicos	19.4	25.3	26.2	26.4	27.6	25.2	22.8	21.9	24.6	20.4
Medicamentos recetados	5.3	2.2	2.1	2.1	1.8	1.6	1.7	1.6	1.0	0.6
Serv y medicamentos no especializados	1.2	1.1	1.4	1.2	0.9	3.1	0.8	1.8	2.9	4.2
Atención hospitalaria (no incluye parto)	1.9	1.4	3.4	3.3	2.4	4.0	2.4	5.4	2.0	3.7
Serv médicos y medicamentos durante el embarazo	2.1	1.6	2.4	3.3	1.0	1.9	0.6	0.6	1.3	1.5
Serv médicos durante el parto	42.7	32.3	36.8	32.5	36.1	30.6	39.7	34.3	29.9	20.9
Medicamentos sin receta y	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

material de curación										
Medicina alternativa	0.7	1.5	1.7	1.4	3.4	4.3	3.1	2.8	4.8	9.4
Aparatos ortopédicos y terapéuticos	0.2	0.3	0.3	0.1	0.2	0.5	0.4	1.4	0.7	2.8
Seguro médico										

2002

VARIABLES	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
	19.1	27.0	26.8	26.0	28.4	28.7	29.4	32.1	33.1	34.8
Serv. Médicos	27.2	30.0	29.2	31.0	32.3	34.5	27.6	31.4	26.5	24.6
Medicamentos recetados	4.8	2.2	3.0	2.3	1.7	3.0	2.2	0.8	0.5	1.6
Serv y medicamentos no especializados	0.4	1.4	0.8	1.6	2.6	1.9	1.7	2.3	2.3	3.9
Atención hospitalaria (no incluye parto)	1.6	2.9	2.2	4.1	2.6	1.9	4.3	2.6	2.2	3.4
Serv médicos y medicamentos durante el embarazo	0.8	1.3	0.9	1.2	1.2	1.7	1.2	0.8	1.2	2.1
Serv médicos durante el parto	43.1	32.5	33.8	29.7	27.3	24.0	27.4	22.2	25.8	19.2
Medicamentos sin receta y material de curación	1.7	1.4	1.5	1.5	1.9	1.8	2.6	4.7	2.6	2.5
Medicina alternativa	1.2	0.7	1.7	2.3	1.9	2.1	2.9	2.9	4.8	6.3
Aparatos ortopédicos y	0.0	0.6	0.1	0.3	0.2	0.4	0.6	0.1	0.9	1.6

terapéuticos										
Seguro médico										

2004

Variables	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
	24.3	32.0	27.8	28.3	27.0	28.6	30.3	34.0	31.7	33.1
Serv. Médicos	26.2	30.5	30.3	31.9	32.2	43.9	32.5	40.8	28.2	25.5
Medicamentos recetados	5.0	2.7	3.4	2.1	1.9	4.4	2.8	0.0	0.8	1.3
Serv y medicamentos no especializados	1.1	1.9	1.0	1.4	1.9	0.6	2.6	2.7	3.2	4.3
Atención hospitalaria (no incluye parto)	2.2	2.1	2.0	4.0	2.4	0.3	6.2	0.1	2.3	3.3
Serv médicos y medicamentos durante el embarazo	1.1	1.2	1.6	2.3	1.7	1.5	1.9	1.1	1.1	2.0
Serv médicos durante el parto	37.9	27.2	31.0	26.2	28.4	17.5	15.2	10.1	24.3	18.8
Medicamentos sin receta y material de curación	1.2	0.9	1.0	1.0	1.3	3.0	5.1	8.0	1.8	1.6
Medicina alternativa	1.0	0.7	1.9	2.1	3.3	0.0	2.6	3.0	5.7	8.3
Aparatos ortopédicos y terapéuticos	0.0	0.6	0.0	0.4	0.1	0.2	0.9	0.1	0.9	1.8
Seguro médico	100.0	100.0	100.0	100.0	100.2	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

2006

Variables	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
	24.1	33.1	27.6	28.1	26.1	28.5	31.1	35.9	30.5	31.1
Serv. Médicos	28.2	32.8	32.1	34.4	34.8	43.3	37.3	38.2	30.4	27.1
Medicamento s recetados	5.3	2.8	3.6	2.0	1.9	5.4	3.3	0.8	0.7	1.4
Serv y medicamento s no especializado s	1.0	2.0	1.0	1.4	1.9	0.6	3.5	3.2	3.4	4.6
Atención hospitalaria (no incluye parto)	2.3	1.9	1.6	4.2	2.3	2.4	8.1	2.4	2.4	3.5
Serv médicos y medicamento s durante el embarazo	0.8	1.0	1.3	2.4	1.2	1.3	2.5	1.4	1.1	2.2
Serv médicos durante el parto	35.8	24.0	29.6	23.5	26.5	11.0	2.9	1.9	22.7	17.7
Medicamento s sin receta y material de curación	1.4	1.1	1.2	1.2	1.5	5.3	7.7	13.0	2.1	2.0
Medicina alternativa	1.1	0.5	2.1	2.3	3.6	2.1	2.4	3.2	5.9	8.7
Aparatos ortopédicos y terapéuticos	0.0	0.7	0.0	0.5	0.3	0.0	1.2	0.0	0.8	1.7
Seguro médico	100. 0	100. 0	100. 0	100. 0	100. 0	100. 0	100. 0	100. 0	100. 0	100. 0

2008

Variables	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
	27.4	34.2	28.6	29.1	27.1	31.1	35.4	34.2	32.6	30.3
Serv. Médicos	30.2	33.8	36.1	36.4	36.8	47.3	39.9	40.2	31.2	32.6
Medicamento s recetados	1.1	1.3	1.0	1.7	1.7	2.3	3.5	2.9	4.6	5.0
Atención hospitalaria (no incluye parto)	3.3	2.9	2.6	3.1	2.7	1.6	3.5	1.7	3.6	2.5

Serv médicos y medicamentos durante el embarazo	0.8	1.3	1.3	2.3	2.6	1.3	2.7	2.2	1.1	2.2
Serv médicos durante el parto	33.8	23.5	27.1	24.2	25.0	10.6	4.9	7.3	17.2	17.0
Medicamentos sin receta y material de curación	2.3	1.9	1.2	0.9	1.8	3.6	6.9	8.2	1.9	1.6
Medicina alternativa	1.2	0.7	2.1	2.0	2.3	2.1	2.4	2.8	6.1	6.3
Aparatos ortopédicos y terapéuticos	0.0	0.4	0.0	0.4	0.0	0.0	0.9	0.4	1.7	2.6
Seguro médico	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

Construcción de variables para análisis de Capítulo 3

label var pp_salud1 "Serv.Medicos respecto al Gto_salud"

Distribución porcentual del Gasto* mensual promedio en Salud de los hogares por decil de ingreso en Servicios Médicos

De cil	ENIGH 1992	ENIGH 1994	ENIGH 1996	ENIGH 1998	ENIGH 2000	ENIGH 2002	ENIGH 2004	ENIGH 2006	ENIGH 2008
I	21.2	25.4	26.7	29.3	26.5	19.1	24.3	24.1	27.4
II	22.6	30.4	25.2	29.7	34.3	27	32	33.1	34.2
III	26.8	29.5	29.8	32.9	25.7	26.8	27.8	27.6	28.6
IV	27.7	30.1	30.1	31.5	29.6	26	28.3	28.1	29.1
V	32.4	30.4	31.6	31.6	26.6	28.4	27	26.1	27.1
VI	30.0	32.2	28.9	34.2	28.9	28.7	29.4	29.1	31.1
VII	34.0	33.5	29.9	30.1	28.6	29.4	27.2	26.1	35.4
VIII	31.8	33.6	33	32.4	30.2	32.1	31.3	31.1	34.2
IX	38.0	37.9	36.9	36	32.8	33.1	31.7	30.5	32.6
X	44.2	44.7	38.8	41.1	36.5	34.8	33.1	31.1	30.3

label var pp_salud2 "Medicamentos recetados respecto al Gto_salud"

Distribución porcentual del Gasto* mensual promedio en Salud de los hogares por decil de ingreso en Medicamentos Recetados

De cil	ENIGH 1992	ENIGH 1994	ENIGH 1996	ENIGH 1998	ENIGH 2000	ENIGH 2002	ENIGH 2004	ENIGH 2006	ENIGH 2008
I	15.6	17.1	16.1	20.4	19.4	27.2	26.2	28.2	30.2
II	16.7	21.6	19.8	21.9	25.3	30	30.5	32.8	33.8
III	20.1	20.2	23.8	23.8	26.2	29.2	30.3	32.1	36.1
IV	18.3	19.7	22.4	23.1	26.4	31	31.9	34.4	36.4
V	19.5	19.5	20.4	20.8	27.6	32.3	32.2	34.8	36.8
VI	21.0	19.3	19.1	22.1	25.2	34.5	32.4	34.9	47.3
VII	17.2	17.3	23.6	23.3	22.8	27.6	28.8	30.7	39.3
VIII	15.9	17.6	20.9	19.4	21.9	31.4	30.1	32.6	40.2
IX	16.2	17.6	18.2	21	24.6	26.5	28.2	30.4	31.2
X	15.6	16.7	20	21.2	20.4	24.6	25.5	27.1	32.6

label var pp_salud3 "Serv y medicam no especializados
respecto al Gto_salud"

Distribución porcentual del Gasto* mensual promedio en Salud de los hogares por decil de
ingreso en Servicios y Medicamentos no Especializados

De cil	ENIGH 1992	ENIGH 1994	ENIGH 1996	ENIGH 1998	ENIGH 2000	ENIGH 2002	ENIGH 2004	ENIGH 2006	ENIGH 2008
I	4.6	2.3	4.3	3.5	5.3	4.8	5	5.3	6.1
II	2.3	2	2.5	4	2.2	2.2	2.7	2.8	2.8
III	0.9	1.7	1.6	3	2.1	3	3.4	3.8	4
IV	3.0	1.8	2.5	2.6	2.1	2.3	2.1	2	2.2
V	1.7	1.4	2.5	2	1.8	1.7	1.9	1.9	1.8
VI	0.9	1.6	1.7	2.6	1.6	3	3	3.3	3.6
VII	1.9	1.6	2.7	2.6	1.7	2.2	2.3	2.4	2.4
VIII	1.7	1.4	2.2	1.6	1.6	0.8	1.1	1	0.8
IX	1.1	1	1.8	1.4	1	0.5	0.8	0.7	0.5
X	1.0	0.4	1.4	1	0.6	1.6	1.3	1.4	1.5

label var pp_salud4 "Atn hospitalaria respecto
al Gto_salud"

Distribución porcentual del Gasto* mensual promedio en Salud de los hogares por decil de
ingreso en Atención Hospitalaria

De cil	ENIGH 1992	ENIGH 1994	ENIGH 1996	ENIGH 1998	ENIGH 2000	ENIGH 2002	ENIGH 2004	ENIGH 2006	ENIGH 2008
I	1.6	0.5	1.6	2.8	1.2	0.4	1.1	1.1	1
II	1.4	0.2	1.3	3.2	1.1	1.4	1.9	2	1.3
III	1.6	0.4	1.4	1.2	1.4	0.8	1	1	1
IV	1.9	1.6	1.8	2.1	1.2	1.6	1.4	1.4	1.7
V	2.5	1.2	1.7	2.3	0.9	2.6	1.9	1.9	1.7
VI	2.8	1.6	1.9	1.8	3.1	1.9	2.1	2.1	2.3
VII	1.2	1.9	1.8	1.6	0.8	1.7	1.4	1.3	3.5
VIII	1.6	1.7	2.7	2.1	1.8	2.3	2.3	2.4	2.9
IX	1.6	1.7	3	3.1	2.9	2.3	3.2	3.4	4.6
X	2.5	2.6	3.4	2.6	4.2	3.9	4.3	4.6	5

label var pp_salud5 "Serv medico y medicamentos durante embarazo respecto al Gto_salud"

Distribución porcentual del Gasto* mensual promedio en Salud de los hogares por decil de ingreso en Servicios Médicos y Medicamentos durante el Embarazo

Decil	ENIGH 1992	ENIGH 1994	ENIGH 1996	ENIGH 1998	ENIGH 2000	ENIGH 2002	ENIGH 2004	ENIGH 2006	ENIGH 2008
I	1.5	1.3	2.3	2.8	1.9	1.6	2.2	2.3	3.3
II	4.0	1.9	2.6	3.4	1.4	2.9	2.1	1.9	2.9
III	5.2	3.4	3.1	3.6	3.4	2.2	2	1.6	2.6
IV	2.6	3.8	2.2	3.8	3.3	4.1	4	4.2	3.1
V	3.5	2.5	2.4	3.1	2.4	2.6	2.4	2.3	2.7
VI	1.0	3.2	3.8	2.1	4	1.9	3.2	3.4	1.6
VII	2.4	3	3.2	3.3	2.4	4.3	3.9	4.1	3.5
VIII	3.3	4.2	2	3.3	5.4	2.6	3.6	3.7	1.7
IX	1.5	2.2	3.5	1.7	2	2.2	2.3	2.4	3.6
X	2.3	2.8	2.4	1.1	3.7	3.4	3.3	3.5	2.5

label var pp_salud7 "Medicam sin receta respecto al Gto_salud"

Distribución porcentual del Gasto* mensual promedio en Salud de los hogares por decil de ingreso en Medicamentos sin Receta

Decil	ENIGH 1992	ENIGH 1994	ENIGH 1996	ENIGH 1998	ENIGH 2000	ENIGH 2002	ENIGH 2004	ENIGH 2006	ENIGH 2008
I	51.8	50.1	47	37.7	42.7	43.1	37.9	35.8	33.8
II	47.4	41.4	44.4	33.3	32.3	32.5	27.2	24	23.5
III	41.9	38.4	35.5	30.1	36.8	33.8	31	29.6	27.1
IV	43.7	39.3	37	32.4	32.5	29.7	26.2	23.5	24.2
V	37.1	41.4	36.2	33.3	36.1	27.3	28.4	26.5	25
VI	37.9	37.7	40.3	32.4	30.6	24	24	21.2	10.6
VII	38.4	36.2	34.4	32.5	39.7	27.4	30.2	28.9	4.9
VIII	39.9	35.4	33.1	34.9	34.3	22.2	24.3	21.8	7.3
IX	35.1	33	28.8	27.5	29.9	25.8	24.3	22.7	17.2
X	24.5	23.2	26	21.7	20.9	19.2	18.8	17.7	17

label var pp_salud9 "Aparatos ortopedicos
respecto al Gto_salud"

Distribución porcentual del Gasto* mensual promedio en Salud de los hogares por decil de ingreso en Aparatos Ortopédicos y de Rehabilitación

De cil	ENIGH 1992	ENIGH 1994	ENIGH 1996	ENIGH 1998	ENIGH 2000	ENIGH 2002	ENIGH 2004	ENIGH 2006	ENIGH 2008
I	0.5	0.6	0.1	0.5	0.7	1.2	1	1.1	1.2
II	2.9	0	1.2	1.4	1.5	0.7	0.7	0.5	0.7
III	0.7	1.2	0.5	1.4	1.7	1.7	1.9	2.1	2.1
IV	1.3	1.8	1.1	2	1.4	2.3	2.1	2.3	2
V	1.1	1.9	1.4	3.6	3.4	1.9	3.3	3.6	2.3
VI	3.9	2.1	1.6	2.9	4.3	2.1	2.7	2.7	2.1
VII	3.3	3	2	5.3	3.1	2.9	3.4	3.4	2.4
VIII	3.9	4.1	3	4.9	2.8	2.9	2.9	2.7	2.8
IX	4.1	4.9	4.9	7.3	4.8	4.8	5.7	5.9	6.1
X	5.5	7.1	5.9	8	9.4	6.3	8.3	8.7	6.3

label var pp_salud10 "Seguro medico respecto
al Gto_salud"

Distribución porcentual del Gasto* mensual promedio en Salud de los hogares por decil de ingreso en Seguros Médicos

De cil	ENIGH 1992	ENIGH 1994	ENIGH 1996	ENIGH 1998	ENIGH 2000	ENIGH 2002	ENIGH 2004	ENIGH 2006	ENIGH 2008
I	0.4	0.2	1.1	0.1	0.2	0	0	0.1	0
II	0.2	0	0.7	0.5	0.3	0.6	0.6	0.7	0.4
III	0.9	0.9	1.5	0.6	0.3	0.1	0	0.2	0
IV	0.0	0.4	0.9	0.7	0.1	0.3	0.4	0.5	0.4
V	1.1	1.1	0.7	0.6	0.2	0.2	0.1	0.3	0
VI	0.8	0.4	1.8	1	0.5	0.4	0.6	0.5	0
VII	0.8	1.7	0.8	0.4	0.4	0.6	0.3	0.1	0.9
VIII	1.1	0.9	1.8	0.6	1.4	0.1	0.5	0.4	0.4
IX	1.3	0.5	1.7	1.4	0.7	0.9	0.9	0.8	1.7
X	3.5	1	1.4	2.1	2.8	1.6	1.8	1.7	2.6

label var pp_salud10 "Medicina alternativa al
Gto_salud"

Distribución porcentual del Gasto* mensual promedio en Salud de los hogares por decil de
ingreso en Medicina Alternativa

De cil	ENIGH 1992	ENIGH 1994	ENIGH 1996	ENIGH 1998	ENIGH 2000	ENIGH 2002	ENIGH 2004	ENIGH 2006	ENIGH 2008
I	0	0	0	0	0	1.7	1.2	1.4	2.3
II	0	0	0	0	0	1.4	0.9	1.1	1.9
III	0	0	0	0	0	1.5	1	1.2	1.2
IV	0	0	0	0	0	1.5	1	1.2	0.9
V	0	0	0	0	0	1.9	1.3	1.5	1.8
VI	0	0	0	0	0	1.8	1.2	1.4	3.6
VII	0	0	0	0	0	2.6	1.7	2.1	6.9
VIII	0	0	0	0	0	4.7	3.1	3.8	8.2
IX	0	0	0	0	0	2.6	1.8	2.1	1.9
X	0	0	0	0	0	2.5	1.6	2	1.6

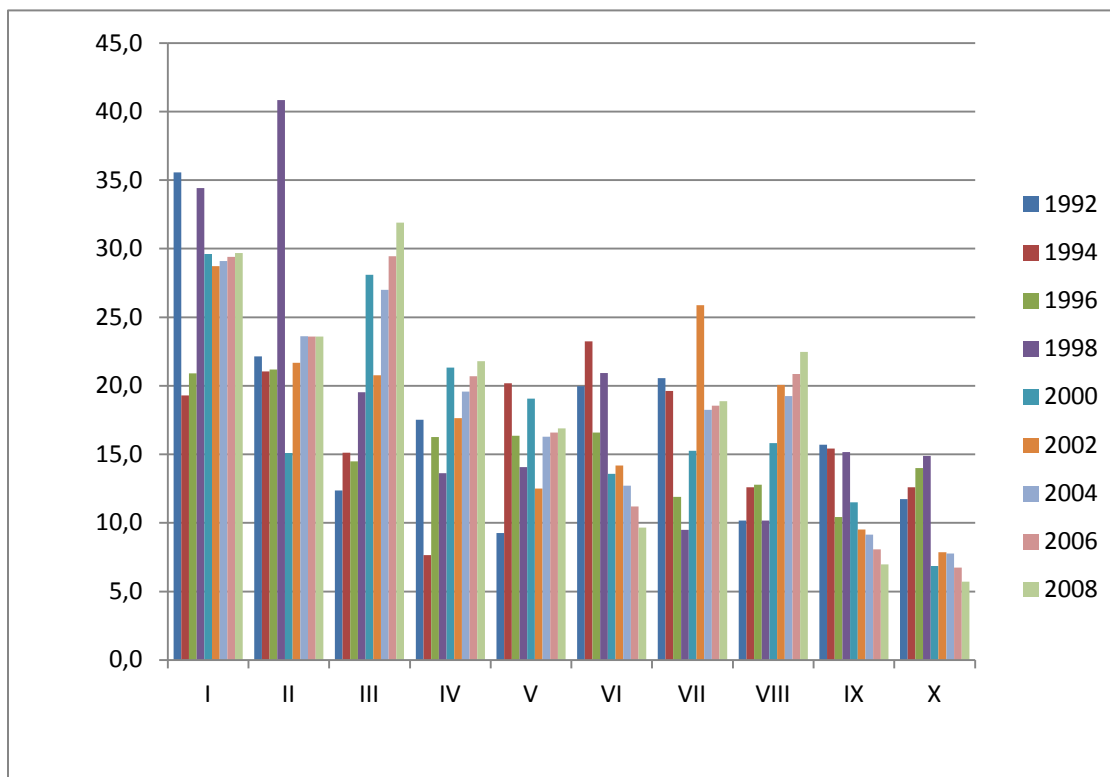
Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008. Elaboración propia.

* El Gasto se refiere al gasto trimestral mensualizado

Datos estadísticos que permiten ampliar el análisis de la Variable Discapacitados

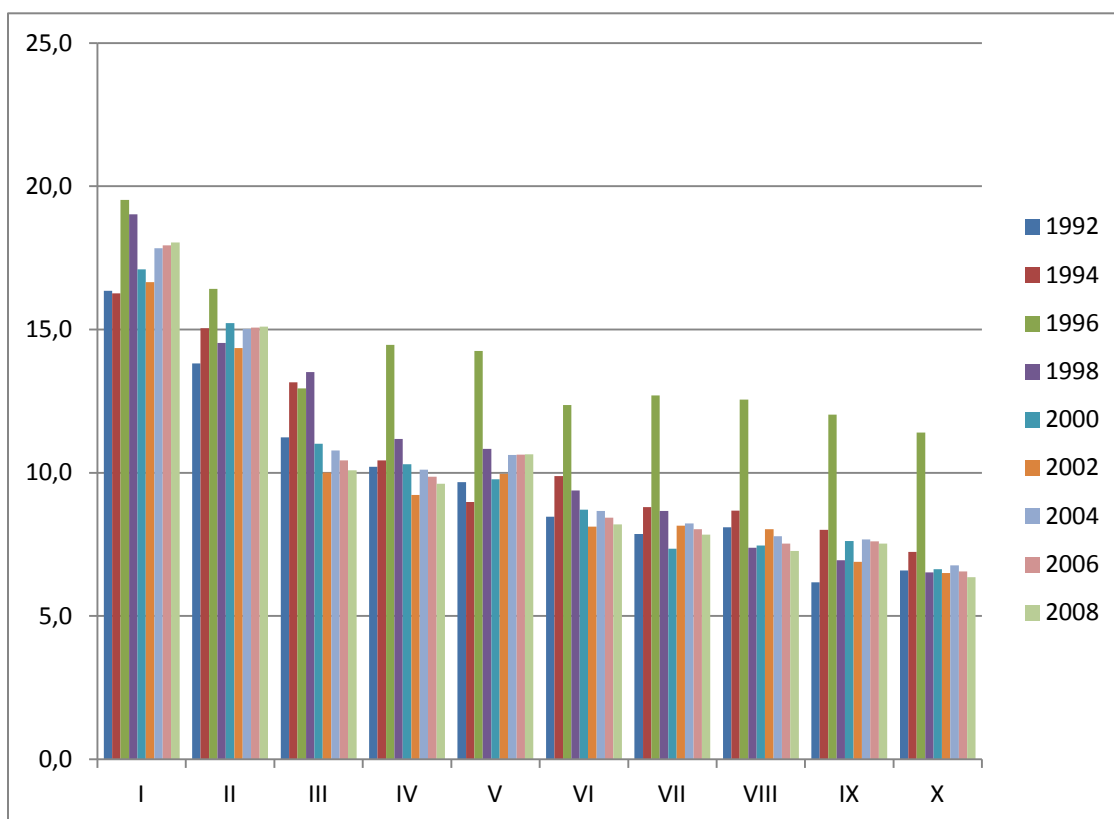
Hogares Con algún miembro con discapacidad

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
1992	35.6	22.1	12.4	17.5	9.3	20.0	20.5	10.2	15.7	11.7
1994	19.3	21.0	15.1	7.7	20.2	23.2	19.6	12.6	15.4	12.6
1996	20.9	21.2	14.5	16.3	16.4	16.6	11.9	12.8	10.4	14.0
1998	34.4	40.8	19.5	13.6	14.1	20.9	9.5	10.2	15.2	14.9
2000	29.6	15.1	28.1	21.3	19.1	13.6	15.3	15.8	11.5	6.9
2002	28.7	21.7	20.8	17.6	12.5	14.2	25.9	20.1	9.5	7.9
2004	29.1	23.6	27.0	19.6	16.3	12.7	18.2	19.2	9.2	7.8
2006	29.4	23.6	29.5	20.7	16.6	11.2	18.6	20.9	8.1	6.7
2008	29.7	23.6	31.9	21.8	16.9	9.7	18.9	22.5	7.0	5.7



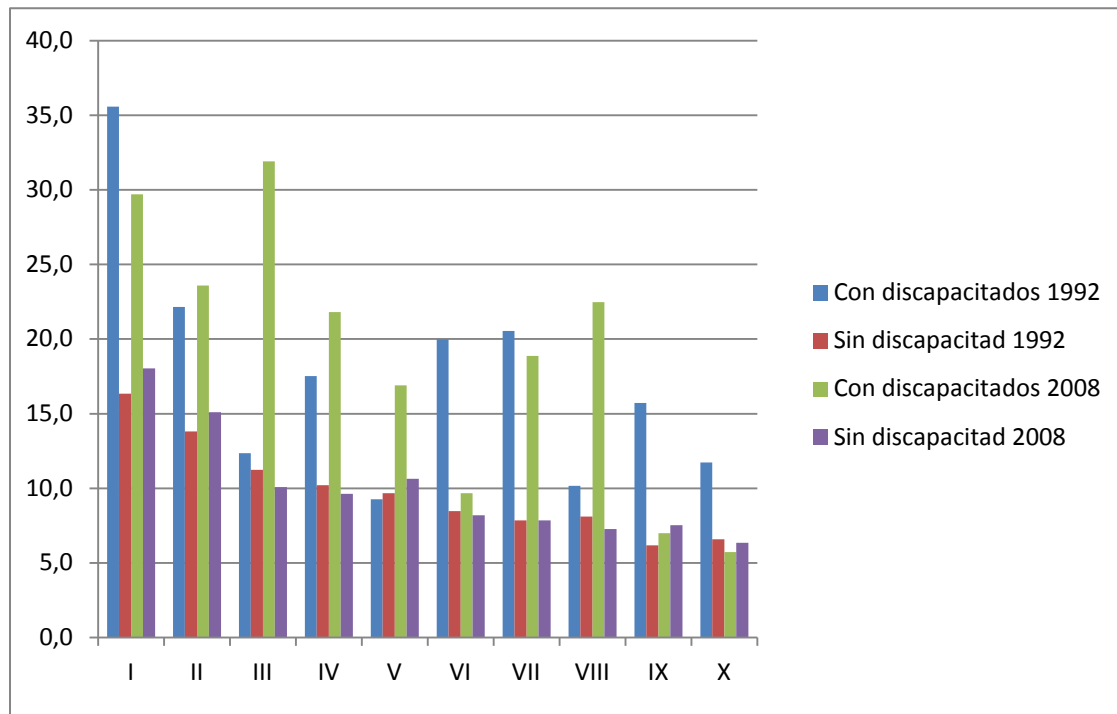
Hogares Sin miembros con discapacidad

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
1992	16.3	13.8	11.2	10.2	9.7	8.5	7.9	8.1	6.2	6.6
1994	16.3	15.0	13.2	10.4	9.0	9.9	8.8	8.7	8.0	7.2
1996	19.5	16.4	13.0	14.5	14.3	12.4	12.7	12.6	12.0	11.4
1998	19.0	14.5	13.5	11.2	10.8	9.4	8.7	7.4	6.9	6.5
2000	17.1	15.2	11.0	10.3	9.8	8.7	7.4	7.5	7.6	6.6
2002	16.7	14.3	10.0	9.2	10.0	8.1	8.2	8.0	6.9	6.5
2004	17.8	15.0	10.8	10.1	10.6	8.7	8.2	7.8	7.7	6.8
2006	17.9	15.1	10.4	9.9	10.6	8.4	8.0	7.5	7.6	6.6
2008	18.0	15.1	10.1	9.6	10.6	8.2	7.8	7.3	7.5	6.4



Comparativo de gasto catastrófico en hogares con discapacitados y sin discapacitados (1992 vs 2008)

		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
Con discapacitados	1992	35.6	22.1	12.4	17.5	9.3	20.0	20.5	10.2	15.7	11.7
Sin discapacitad	1992	16.3	13.8	11.2	10.2	9.7	8.5	7.9	8.1	6.2	6.6
Con discapacitados	2008	29.7	23.6	31.9	21.8	16.9	9.7	18.9	22.5	7.0	5.7
Sin discapacitad	2008	18.0	15.1	10.1	9.6	10.6	8.2	7.8	7.3	7.5	6.4



Gasto Catastráfico de los hogares por decil de ingreso (1992-2002)										
Año	Decil por Ingreso									
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
1992	17.8	14.6	11.3	10.6	9.6	9.2	8.8	8.3	6.5	6.9
1994	16.3	15.1	13.2	10.4	9.1	10.0	8.9	8.7	8.1	7.3
1996	16.2	13.8	11.7	12.0	10.8	9.1	9.4	8.7	8.3	7.3
1998	20.2	16.5	13.9	11.3	11.0	10.1	8.7	7.5	7.2	6.8
2000	18.2	15.2	12.4	10.8	10.1	9.0	7.9	7.8	7.8	6.6
2002	17.8	14.8	10.5	9.6	10.1	8.4	8.6	8.6	7.0	6.5
2004	18.7	15.4	11.7	10.3	10.7	8.7	8.3	8.0	7.5	6.5
2006	19.0	15.5	11.6	10.2	10.8	8.5	8.2	8.0	7.5	6.3
2008	19.3	15.7	11.4	10.1	11.0	8.3	8.0	7.9	7.5	6.2

GASTO CATASTRÓFICO DE LOS HOGARES QUE TIENEN ALGUN TIPO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD VS LOS QUE NO TIENEN NINGÚN TIPO DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (1992-2008)										
	AÑO									
	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	
TIENEN ALGUN TIPO DE SEGURO EN SALUD	7.3	6.7	6.3	6.3	6.1	5.8	5.5	5.2	4.9	
NO TIENEN SEGURO EN SALUD	15.2	11.5	11.7	12.1	11.4	11.0	10.1	9.5	8.9	

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008 (INEGI). Elaboración propia.

GASTO CATASTRÓFICO DE LOS HOGARES POR TIPO DE ZONA (URBANA Y RURAL) (1992-2008)										
	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	
URBANA	8.7	9.3	9.1	9.1	8.9	8.6	8.8	8.7	8.2	
RURAL	12.4	12.6	13.6	14.9	13.2	13.0	13.9	14.1	14.2	

Fuente: Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008 (INEGI).
Elaboración propia.

9. APÉNDICE ECONOMETRICO I

MODELOS DE PROBABILIDAD DE GASTO CATASTRÓFICO

probit Gcat prop65 prop02 propdis anoescol aseg zona

Iteration 0: log likelihood = -1249.29826
 Iteration 1: log likelihood = -1249.29767
 Iteration 2: log likelihood = -1249.20859
 Iteration 3: log likelihood = -1239.20858

Probit regression	Number of obs	=	25741
	LR chi2(5)	=	341.56
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -1239.20858	Pseudo R2	=	0.1256

Gasto cat	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Prop mayor 65	.6239421	.0028933	11.23	0.032	-.0036831 - .0009517
Prop menor 02	.9883163	.0033210	5.47	0.000	-.0062354 - .0096516
Prop Discapac	.2342038	.0335415	4.00	0.019	-.3853777 .3381273
Anos Escolar	-.0152324	.1090542	7.02	0.058	-.1586748 1.048993
Aseguramiento	-.4125462	.0508385	8.27	0.021	-.6202381 .9519596
Zona Residen	-.0321471	.0144500	3.17	0.041	-.6305494 .0269948
_cons	-2.646582	1.3258532	32.65	0.018	71.26921 91.02618

probit Gcat prop65 prop02 propdis anoescol zona ; pot(ins)

Iteration 0: log likelihood = -1347.92982
 Iteration 1: log likelihood = -1347.76703
 Iteration 2: log likelihood = -1347.20128
 Iteration 3: log likelihood = -1346.84528

Probit regression	Number of obs	=	11905
	LR chi2(5)	=	228.41
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -1346.84528	Pseudo R2	=	0.0947

Gasto cat	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
Prop mayor 65	.9811623	.0039284	5.16	0.012	-.0003166 .0008355
Prop menor 02	1.438162	.0002510	5.02	0.000	-.0108465 - .0060207
Prop Discapac	.3211563	.5338692	0.95	0.119	.0767345 1.126458
Anos Escolar	-.0201389	.2942053	1.11	0.058	-.0027639 .0039333
Zona Residen	-.2152471	.0005200	0.98	0.234	.0023448 .3278284
_cons	-2.717388	.0040879	-17.35	0.000	-3.708026 -1.065649

probit Gcat prop65 prop02 propdis anoescol zona

Iteration 0: log likelihood = -1298.14267
 Iteration 1: log likelihood = -1297.14971
 Iteration 2: log likelihood = -1208.15925
 Iteration 3: log likelihood = -1129.85931

Probit regression	Number of obs	=	13836
	LR chi2(5)	=	356.32
	Prob > chi2	=	0.0000
Log likelihood = -1129.85931	Pseudo R2	=	0.1345

admit	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
Prop mayor 65	.5241762	.0000289	9.52	0.001	-.0003166	.0008355
Prop menor 02	.8945163	.0012104	6.08	0.000	-.0108465	-.0060207
Prop Discapac	.2765034	.0415338	5.52	0.003	.0767345	1.126458
Anos Escolar	-.0212532	.0092905	6.00	0.005	-.0027639	.0039333
Zona Residen	-.2516317	.1245200	5.32	0.004	.0023448	.3278284
_cons	-1.964517	.0040879	-25.35	0.000	-3.708026	-1.065649

MODELOS DE DETERMINANTES DEL GASTO CATASTRÓFICO

```
. tobit Gcat prop65 prop02 propdis anoescol aseg zona q2 q3 q4 q5
```

```
Tobit regression                               Number of obs   =    25741
                                                LR chi2(2)      =    678.85
                                                Prob > chi2     =    0.0000
Log likelihood = -1190.3328                    Pseudo R2      =    0.2195
```

Gasto cat	Coef.	Std. Err.	Z	P> Z	[95% Conf. Interval]
Prop mayor 65	.0623594	.0000289	13.32	0.032	-.0003166 .0008355
Prop menor 02	.1425336	.0012104	13.11	0.000	-.0108465 -.0060207
Prop Discapac	.0402387	.0415338	5.92	0.019	.0767345 1.126458
Anos Escolar	-.0012384	.0092905	2.14	0.058	-.0027639 .0039333
Aseguramiento	-.0541254	.0513708	10.55	0.012	.2348614 1.764884
Zona Residen	-.0121473	.1245200	5.06	0.004	.0023448 .3278284
Quintil 2	.0128181	.0629371	5.16	0.000	.0555489 .2284818
Quintil 3	.0176020	.0390598	3.75	0.011	-.1586748 1.048993
Quintil 4	.1945272	.2629828	5.45	0.000	-.6202381 .9519596
Quintil 5	.0374248	.0463952	7.12	0.010	-.6305494 .0269948
_cons	.0128521	1.838216	15.30	0.068	37.76692 49.08268

```
Obs. summary:      9547 left-censored observations
                   16532 uncensored observations
                   17 right-censored observations
```

```
. tobit Gcat prop65 prop02 propdis anoescol zona q2 q3 q4 q5; pot(ins)
```

```
Tobit regression                               Number of obs   =    10374
                                                LR chi2(2)      =    785.01
                                                Prob > chi2     =    0.0000
Log likelihood = -1033.2872                    Pseudo R2      =    0.0902
```

Gasto cat	Coef.	Std. Err.	Z	P> Z	[95% Conf. Interval]
Prop mayor 65	.0422450	.0185675	4.02	0.000	-.0898388 -.0418486
Prop menor 02	.0124361	.0085497	9.82	0.000	-.0540853 -.0123475
Prop Discapac	.0301872	.1416681	1.92	0.010	-.1819369 .1546446
Anos Escolar	.0011210	.0092905	1.01	0.520	-.0039339 .0024612
Zona Residen	-.0024173	.2007892	0.72	0.405	-1.121448 .5623928
Quintil 2	.0172818	.0458236	1.58	0.121	.0555489 .2284818
Quintil 3	.0164024	.0598132	2.01	0.025	-.6649051 .4007099
Quintil 4	.0173527	.0981428	2.66	0.002	-.0775454 .0360094
Quintil 5	.0322489	.0152836	2.32	0.000	-.5953839 -.2863234
_cons	-.02104851	2.3892323	2.51	0.001	24.616391 36.184536

```
Obs. summary:      4937 left-censored observations
                   8176 uncensored observations
                   0 right-censored observations
```


	0.3267*** (5.43)		
<i>Efecto marginal</i>	-0.0348		
Zona de residencia urbana=1	-	-0.3486**	-0.2084***
	0.2169*** (4.95)	(2.40)	(4.53)
<i>Efecto marginal</i>	-0.0280	-0.0247	-0.0338
Hogar con atn hospitalaria	1.6016*** (21.50)	1.3771*** (7.46)	1.6457*** (20.04)
<i>Efecto marginal</i>	0.4426	0.2325	0.5057
Constante	-	-1.4302***	-1.3060***
	1.2874*** (30.56)	(9.18)	(29.43)
Observaciones	9898	2752	7146
Seudo R2	0.1682	0.1101	0.1466

Valor absoluto del estadístico Z entre paréntesis

* significativo al 10%; ** significativo al 5%; *** significativo al 1%

Notas: Se estiman modelos **Probit**, se reportan los efectos marginales

Errores estándar robustos.

Página 35.

Determinantes del Gasto Catastrófico en México

Variable Dependiente: Proporción (Gasto en Salud/Gasto Disponible)

VARIABLES EXPLICATIVAS	Todos los hogares	Asegurados	No Asegurados
Proporción de adultos mayores de 65 años en el hogar	0.0702*** (10.68)	0.0603*** (3.28)	0.0687*** (9.07)
<i>Efecto marginal</i>	0.0702	0.0603	0.0687
Proporción de niños menores de 2 años en el hogar	0.1542*** (11.42)	0.0989*** (6.85)	0.1793*** (9.62)
<i>Efecto marginal</i>	0.1542	0.0989	0.1793
Número de discapacitados en el hogar	0.0589*** (9.78)	0.0185 (1.57)	0.0643*** (9.05)
<i>Efecto marginal</i>	0.0589	0.0185	0.0643
Años de escolaridad	-0.0008** (2.16)	0.0007 (1.61)	-0.0017*** (3.49)
<i>Efecto marginal</i>	-0.0008	0.0007	-0.0017
Es derechohabiente =1	-0.0520*** (14.77)		
<i>Efecto marginal</i>	-0.0520		
Zona de residencia urbana=1	-0.0051 (1.42)	-0.0024 (0.40)	-0.0035 (0.81)
<i>Efecto marginal</i>	-0.0051	-0.0024	-0.0035
Segundo quintil	0.0172*** (3.67)	0.0225* (1.95)	0.0215*** (3.88)
<i>Efecto marginal</i>	0.0172	0.0225	0.0215
Tercero quintil	0.0284*** (5.83)	0.0364*** (3.24)	0.0315*** (5.30)
<i>Efecto marginal</i>	0.0284	0.0364	0.0315

Cuarto quintil	0.0341*** (6.81)	0.0355*** (3.16)	0.0393*** (6.33)
<i>Efecto marginal</i>	0.0341	0.0355	0.0393
Quinto quintil	0.0534*** (9.96)	0.0476*** (4.16)	0.0582*** (8.57)
<i>Efecto marginal</i>	0.0534	0.0476	0.0582
Constante	-0.0207*** (5.07)	-0.0578*** (5.01)	-0.0288*** (6.00)
Total de Observaciones	17136	5105	12031
Observaciones Censuradas	7243	2354	4889
Observaciones No Censuradas	9893	2751	7142
Seudo R ²	0.1863	-0.0761	0.0830

Valor absoluto del estadístico Z entre paréntesis

* significativo al 10%; ** significativo al 5%; *** significativo al 1%

Notas: Se estiman modelos Tobit, se reportan los efectos marginales.

Dada la proximidad entre la estimación Tobit y la de MCO, los efectos

Marginales son casi idénticos a los coeficientes de regresión

Página. 44