

**INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS  
SUPERIORES DE MONTERREY  
CAMPUS MONTERREY**

ESCUELA DE GRADUADOS EN ADMINISTRACIÓN  
PÚBLICA Y POLÍTICA PÚBLICA  
EGAP



**TECNOLOGICO  
DE MONTERREY®**

**SEGURO POPULAR Y PROTECCIÓN FINANCIERA EN SALUD:  
EVALUACIÓN DE IMPACTO**

TESIS

PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA  
OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:  
**MAESTRÍA EN ECONOMÍA Y POLÍTICA PÚBLICA**

POR:

**ROSA ANGÉLICA OLIVAS MONCISVAIS**

MONTERREY, NUEVO LEÓN

DICIEMBRE 2006

**INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS  
SUPERIORES DE MONTERREY  
CAMPUS MONTERREY**

ESCUELA DE GRADUADOS EN ADMINISTRACIÓN  
PÚBLICA Y POLÍTICA PÚBLICA  
EGAP



**SEGURO POPULAR Y PROTECCIÓN FINANCIERA EN SALUD:  
EVALUACIÓN DE IMPACTO**

TESIS

PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA  
OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:  
**MAESTRÍA EN ECONOMÍA Y POLÍTICA PÚBLICA**

POR:

**ROSA ANGÉLICA OLIVAS MONCISVAIS**

MONTERREY, NUEVO LEÓN

DICIEMBRE 2006

A mi madre por su amor, por ser mi fuerza y mi principal impulso,  
a mi padre por sus enseñanzas que siempre me acompañan,  
a Pedro y Augusto por apoyarme incondicionalmente,  
a mis maestros por la motivación y su dedicación.

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer a mi asesor el Dr. Edgar Aragón Mladovich por su dirección, su apoyo y sus enseñanzas durante el proyecto.

Al Dr. Héctor Villarreal Paez por su motivación y por sensibilizarme a los temas sociales.

Al Mtro. Mario Cerrillo Clavel, Director del Régimen de Protección Social en Saludo en Nuevo León, por su disposición, por el tiempo dedicado y por la valiosa información que me brindó.

A la Escuela de Graduados en Administración Pública y Política Pública, y sobre todo, a los profesores de la Maestría en Economía y Política Pública por haber hecho posible mis estudios de postgrado, y por la dedicación que siempre pusieron en sus labores académicas.

A la Dirección de Análisis Estadístico de la Secretaría de Desarrollo Social por haberme facilitado la base de datos del Módulo de Programas Sociales de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2004, que fue información indispensable para esta investigación

Sin la colaboración y apoyo desinteresado de todos ellos, no hubiera sido posible la realización de esta tesis.

## **Seguro Popular y Protección Financiera en Salud:**

### **Evaluación de Impacto**

#### **Resumen**

El Sistema de Salud Mexicano tradicionalmente se caracterizó por fragmentaciones e inequidades en la atención a la población. Como una alternativa para mejorar su desempeño surgió el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido como Seguro Popular, que ofrece acceso público al aseguramiento. Uno de los objetivos principales del Seguro Popular es mejorar la protección financiera, ya que los gastos en salud pueden desembocar en pérdidas de bienestar. Esta investigación muestra una evaluación de los impactos del Seguro Popular en la protección y la justicia financiera, analizando periodos anteriores y posteriores a su surgimiento. Se analiza la contribución financiera al sistema de salud; el gasto en salud de los hogares y su composición; la incidencia de gastos catastróficos en salud y sus determinantes; y la justicia de las contribuciones financieras. Por último, se muestra un comparativo entre el potencial del SPSS y los resultados observados. Se concluye que a pesar de los esfuerzos en los incrementos de afiliación al SPSS, hasta el año 2005, esta política no se ha traducido de manera efectiva en mejorar la protección y la justicia financiera en materia de salud, sobre todo para los hogares de menores ingresos.

## Índice

<b>I. Introducción</b>	1
<b>II. Importancia de la salud y de los sistemas de salud</b>	5
Relevancia de la provisión de servicios de salud	5
Sistema de Salud Mexicano	11
<b>III. Protección financiera y financiamiento justo</b>	18
<b>IV. Seguro Popular</b>	24
Definición, principios y objetivos	24
Lineamientos financieros	27
Marco operativo	34
Proceso de afiliación	38
Cobertura de servicios	40
Estrategia de evaluación	41
<b>V. Protección financiera y Seguro Popular</b>	47
Metodología	49
Datos	54
Resultados	56
Contribución financiera y composición del gasto en salud	56
Incidencia de gastos catastróficos	67
Determinantes de la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico en salud	70
Determinantes de las proporciones de gasto en salud	74
Impacto potencial del SPSS (2005)	81
Índice de Justicia en la Contribución Financiera	85

<b>VI. Conclusiones</b>	88
Contribución financiera y composición del gasto en salud	89
Incidencia de gastos catastróficos	91
Determinantes de la ocurrencia de gastos catastróficos	92
Determinantes de las proporciones de gasto	93
Impacto potencial del SPSS	94
Índice de Justicia en la Contribución Financiera	95
Recomendaciones de política	96
Extensiones	98
<b>Referencias</b>	102
<b>Anexos</b>	108
1. Derechos y obligaciones de los afiliados al SPSS	108
2. Indicadores de resultados del SPSS	111
3. Estadísticas descriptivas	112
4. Evolución de Gasto en Salud por Nivel de Ingreso	113
5. Modelo logit de la probabilidad de afiliación al SPSS	114
6. Pruebas de hipótesis de diferencias entre medias de la proporción de gasto en salud 2004	115
7. Medias de la proporción de gasto en salud en hogares asegurados por sistemas diferentes al SPSS 2005	116
<b>Tablas</b>	
Tabla 1. Clasificación de los Sistemas de Salud desde la perspectiva ética	10
Tabla 2. Fundamentos y objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006	16

Tabla 3. Porcentaje de gasto de bolsillo en salud 2003	21
Tabla 4. Enfoques de medición	22
Tabla 5. Principios fundamentales del SPSS	25
Tabla 6. Cuotas familiares vigentes	30
Tabla 7. Principales estadísticas de afiliación al SPSS	44
Tabla 8. Distribución de las familias afiliadas al SPSS por nivel de ingreso	45
Tabla 9. Definición de variables para los modelos probit	51
Tabla 10. Definición de variables para los modelos tobit	52
Tabla 11. Medias de contribución financiera por nivel de ingreso	59
Tabla 12. Porcentaje de hogares sin gasto en salud por nivel de ingreso	64
Tabla 13. Composición del gasto en salud	65
Tabla 14. Incidencia de GCAT y distribución	68
Tabla 15. Comparación de GCAT por grupos de aseguramiento, 2004	69
Tabla 16. Modelos probit para la probabilidad de GCAT 2002	71
Tabla 17. Modelos probit para la probabilidad de GCAT 2004	73
Tabla 18. Modelos tobit para la proporción de gasto en salud 2004	75
Tabla 19. Modelos tobit para la proporción de gasto en medicamentos 2004	77
Tabla 20. Modelos tobit para la proporción de gasto no hospitalario 2004	79
Tabla 21. Modelos tobit para la proporción de gasto hospitalario 2004	80



Tabla 22. Hogares seleccionados para simulación 2005	82
Tabla 23. Simulación del impacto del SPSS sobre la incidencia de Gastos Catastróficos	84
Tabla 24. Índice de Justicia en la Contribución Financiera	86
Tabla 25. Conclusiones de los determinantes de incurrir en Gastos Catastróficos	92
Tabla 26. Conclusiones de los determinantes de las proporciones de gasto	94

## **Figuras**

Figura 1. Distribución de la población asegurada por instituciones en 2002	12
Figura 2. Procesos del financiamiento de los Sistemas de Salud	20
Figura 3. Fuentes tripartitas del financiamiento del SPSS 2005	31
Figura 4. Procesos del financiamiento del SPSS	38
Figura 5. Hogares asegurados por nivel de ingreso	56
Figura 6. Distribución de los hogares no asegurados	58
Figura 7. Evolución de la Capacidad de Pago	60
Figura 8. Gasto en Salud y Contribución Financiera (HFC) por nivel de Ingreso 2004	61
Figura 9. Gasto Catastrófico por condición de aseguramiento	67

## Índice

<b>I. Introducción</b>	1
<b>II. Importancia de la salud y de los sistemas de salud</b>	5
Relevancia de la provisión de servicios de salud	5
Sistema de Salud Mexicano	11
<b>III. Protección financiera y financiamiento justo</b>	18
<b>IV. Seguro Popular</b>	24
Definición, principios y objetivos	24
Lineamientos financieros	27
Marco operativo	34
Proceso de afiliación	38
Cobertura de servicios	40
Estrategia de evaluación	41
<b>V. Protección financiera y Seguro Popular</b>	47
Metodología	49
Datos	54
Resultados	56
Contribución financiera y composición del gasto en salud	56
Incidencia de gastos catastróficos	67
Determinantes de la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico en salud	70
Determinantes de las proporciones de gasto en salud	74
Impacto potencial del SPSS (2005)	81
Índice de Justicia en la Contribución Financiera	85

<b>VI. Conclusiones</b>	88
Contribución financiera y composición del gasto en salud	89
Incidencia de gastos catastróficos	91
Determinantes de la ocurrencia de gastos catastróficos	92
Determinantes de las proporciones de gasto	93
Impacto potencial del SPSS	94
Índice de Justicia en la Contribución Financiera	95
Recomendaciones de política	96
Extensiones	98
<b>Referencias</b>	102
<b>Anexos</b>	108
1. Derechos y obligaciones de los afiliados al SPSS	108
2. Indicadores de resultados del SPSS	111
3. Estadísticas descriptivas	112
4. Evolución de Gasto en Salud por Nivel de Ingreso	113
5. Modelo logit de la probabilidad de afiliación al SPSS	114
6. Pruebas de hipótesis de diferencias entre medias de la proporción de gasto en salud 2004	115
7. Medias de la proporción de gasto en salud en hogares asegurados por sistemas diferentes al SPSS 2005	116
<b>Tablas</b>	
Tabla 1. Clasificación de los Sistemas de Salud desde la perspectiva ética	10
Tabla 2. Fundamentos y objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006	16

Tabla 3. Porcentaje de gasto de bolsillo en salud 2003	21
Tabla 4. Enfoques de medición	22
Tabla 5. Principios fundamentales del SPSS	25
Tabla 6. Cuotas familiares vigentes	30
Tabla 7. Principales estadísticas de afiliación al SPSS	44
Tabla 8. Distribución de las familias afiliadas al SPSS por nivel de ingreso	45
Tabla 9. Definición de variables para los modelos probit	51
Tabla 10. Definición de variables para los modelos tobit	52
Tabla 11. Medias de contribución financiera por nivel de ingreso	59
Tabla 12. Porcentaje de hogares sin gasto en salud por nivel de ingreso	64
Tabla 13. Composición del gasto en salud	65
Tabla 14. Incidencia de GCAT y distribución	68
Tabla 15. Comparación de GCAT por grupos de aseguramiento, 2004	69
Tabla 16. Modelos probit para la probabilidad de GCAT 2002	71
Tabla 17. Modelos probit para la probabilidad de GCAT 2004	73
Tabla 18. Modelos tobit para la proporción de gasto en salud 2004	75
Tabla 19. Modelos tobit para la proporción de gasto en medicamentos 2004	77
Tabla 20. Modelos tobit para la proporción de gasto no hospitalario 2004	79
Tabla 21. Modelos tobit para la proporción de gasto hospitalario 2004	80

Tabla 22. Hogares seleccionados para simulación 2005	82
Tabla 23. Simulación del impacto del SPSS sobre la incidencia de Gastos Catastróficos	84
Tabla 24. Índice de Justicia en la Contribución Financiera	86
Tabla 25. Conclusiones de los determinantes de incurrir en Gastos Catastróficos	92
Tabla 26. Conclusiones de los determinantes de las proporciones de gasto	94

## **Figuras**

Figura 1. Distribución de la población asegurada por instituciones en 2002	12
Figura 2. Procesos del financiamiento de los Sistemas de Salud	20
Figura 3. Fuentes tripartitas del financiamiento del SPSS 2005	31
Figura 4. Procesos del financiamiento del SPSS	38
Figura 5. Hogares asegurados por nivel de ingreso	56
Figura 6. Distribución de los hogares no asegurados	58
Figura 7. Evolución de la Capacidad de Pago	60
Figura 8. Gasto en Salud y Contribución Financiera (HFC) por nivel de Ingreso 2004	61
Figura 9. Gasto Catastrófico por condición de aseguramiento	67

## **II. Importancia de la Salud y de los Sistemas de Salud**

### **Relevancia de la Provisión de Servicios de Salud**

La salud es uno de los valores principales del ser humano; la carencia de ella limita el desarrollo de la persona, y por lo tanto, de la sociedad en su conjunto. Por su relevancia ha sido consagrada universalmente como uno de los derechos fundamentales, estableciéndose en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948) el que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios, estableciéndose así los lineamientos legales internacionales del derecho a la salud. A partir de entonces, este derecho ha sido integrado a la legislación de múltiples países; actualmente, las Constituciones de más de 100 países incluyen el derecho a la salud, el derecho al cuidado de la salud u otros derechos relacionados como el derecho a un ambiente saludable (Hunt, 2005).

Paul Hunt (2005), en su calidad de relator especial de Naciones Unidas de la Comisión de Derechos Humanos sobre el Derecho a la Salud, resalta que el derecho a la salud, además del acceso a los cuidados pertinentes, debe incluir aspectos tales como el acceso a agua potable, sanidad adecuada y acceso a información relacionada, como sexual y reproductiva. Más allá, señala también que los programas de salud deben estar libres de discriminación, permitiendo el acceso equitativo a los sistemas de protección en salud, incluyendo salud infantil, materna y el acceso a medicamentos esenciales. Esto lo lleva a concluir que se debe prestar un interés particular a las desventajas y vulnerabilidades que enfrentan las personas que viven en situación de pobreza, por lo

que un aspecto esencial para velar por el derecho a la salud será la existencia de un sistema de salud efectivo, inclusivo y de buena calidad.

En México el Programa Nacional de Derechos Humanos elaborado por la Comisión Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos (CPGMDH, 2004), incluye el derecho a disfrutar del nivel más alto de salud física, mental y social; el Programa menciona que el derecho a la salud se consagra en el artículo cuarto constitucional, en el que se establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud; se reglamenta en la Ley General de Salud, que señala como finalidades de este derecho:

- El bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.
- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

La CPGMDH señala que el derecho a la salud comprende los siguientes elementos esenciales:

- Disponibilidad: existencia de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas de salud.
- Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación; deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población; deben estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población; deben ser accesibles económicamente, esto es, que los pagos por servicios de atención a la salud se basen en el principio de equidad, para asegurar que incluso los sectores de población más desfavorecidos tengan acceso a la salud; debe haber acceso a la información, es decir, a solicitar, recibir y difundir información sobre temas relacionados a la salud, sin violar el derecho a la intimidad de los datos personales.
- Aceptabilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y de la cultura de las personas.
- Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados y de buena calidad desde el punto de vista científico y médico.

Tanto a nivel internacional como nacional, queda claro el aspecto normativo del reconocimiento de la salud como un derecho fundamental por el que hay que velar. Pero adicionalmente a los fundamentos éticos que soportan la provisión de servicios de salud, es importante señalar su importante relación con el crecimiento económico. Uno de los puntos de partida al respecto, es el estudio de Barro (1996), que introduce a la teoría neoclásica del crecimiento el factor salud medido por la esperanza de vida; Barro encuentra una relación positiva con el crecimiento, sugiriendo que la salud tiene contribuciones sobre la productividad y los incentivos a invertir en capital humano. En



el caso de México, Mayer (2001) estudia el impacto de la salud sobre el crecimiento económico en el periodo 1950-1995, concluyendo que las mejoras en salud, especialmente en los adultos, resultan en incrementos de largo plazo en el ingreso.

Arreola et al. (2003a), presentan una revisión de los hallazgos de los efectos de la salud sobre el crecimiento económico, mencionando el reporte del Banco Mundial de 1993, donde se establece que el impacto se da en cuatro formas:

- Reduciendo las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores.
- Permitiendo utilizar recursos naturales que, debido a las enfermedades, eran total o prácticamente inaccesibles.
- Aumentando la matrícula escolar y permitiendo un mejor aprendizaje.
- Liberando recursos que de otro modo se destinarían al tratamiento de las enfermedades.

En el mismo contexto, la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (2004) reconoce el papel de la salud en el desempeño económico como un factor determinante del crecimiento y la reducción de la pobreza, señalando que el impacto positivo de la salud ocurre a través de diversos mecanismos, entre los que se pueden mencionar la reducción de pérdidas en la producción derivadas de menos enfermedades de los trabajadores, incrementos en la productividad como resultados de una mejor nutrición, menores tasas de ausentismo, mejor nivel aprendizaje escolar en los menores, y un uso alternativo de recursos financieros que normalmente se destinaban a tratamiento de enfermedades.

La relación entre el crecimiento económico y la salud es bidireccional: así como un mejor nivel de salud impactará al crecimiento económico, mayores niveles de ingreso se asocian con mejores niveles de salud. Al respecto, Arreola et al. (2003c) señalan que, debido a esta relación dual, el ingreso se convierte en un determinante de la

mortalidad y la morbilidad de la población, poniendo como ejemplo los datos de México en 1999, en los que se revela que la población indígena (la más pobre del país) tenía un riesgo relativamente mayor a morir por diarreas, complicaciones del parto o puerperio, tuberculosis y neumonías, que por enfermedades que se relacionan con niveles de ingreso mayores; de la misma manera, la tasa de mortalidad infantil se encontró 58% mayor y la materna 3 veces mayor que para el resto de la población.

Dada la relevancia del tema de la salud, la forma en que los bienes y servicios relacionados llegan a la población es de importancia, literalmente, vital. La vía para llevar a la población estos servicios son los sistemas de salud, definidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos destinados a producir acciones en salud, incluyendo a los proveedores de servicios, los que los financian, los administran, y los que fijan las directrices de política. En el Reporte Mundial de Salud del 2000, la OMS señala que después de siglos de operar a pequeña escala, con baja eficiencia, y ser predominantemente privados o basados en la caridad, los sistemas de salud se han desarrollado significativamente en el pasado siglo como resultado de los avances en el conocimiento y su aplicación, por lo que han sido determinantes en el incremento de la esperanza de vida y del bienestar de la población. Sin embargo, las brechas existen y prevalecen, por lo que es necesario ahondar en su desempeño para alcanzar sus tres objetivos fundamentales:

- Mejorar la salud de la población a la que se dirigen.
- Responder a las expectativas de los usuarios.
- Proveer protección financiera frente a los costos en que se incurre.

En México, la provisión de los servicios de salud forma parte del sistema de protección social. El impulso de las políticas de protección social ha tomado un papel

cada vez más relevante, reflejado en el servicio social a las comunidades rurales en los años treinta, el surgimiento y la consolidación de la seguridad social en los cuarenta y cincuenta, y los programas nacionales de vacunación y de control contra enfermedades transmisibles durante la etapa del desarrollo estabilizador. Sin embargo, fue hasta los años ochenta cuando se planteó por primera vez la conformación de un sistema de salud que coordinara y normara las acciones de las diferentes instituciones, surgiendo así la Reforma en Salud con la que se propuso elevar el derecho a la salud a rango constitucional, conformar un sistema de salud rector y establecer un programa de descentralización y modernización del sector (Zurita et al., 2003).

*Tabla 1. Clasificación de los Sistemas de Salud desde la perspectiva ética*

Visión de la salud	Términos de acceso	Ejemplo
Bien social	A disposición de todos los miembros de la sociedad, bajo las mismas condiciones de acceso, financiamiento y calidad.	Sistema canadiense
Bien social	Un conjunto de servicios esenciales para toda la sociedad, permitiendo que grupos con mayores ingresos adquieran cobertura complementaria.	Europa occidental
Bien privado	El acceso, financiamiento y calidad varía con el nivel socioeconómico del individuo.	Estados Unidos

Fuente: Secretaría de Salud (2005).

En la Tabla 1 se muestra una clasificación de los sistemas de salud desde una perspectiva ética, considerando los términos y condiciones en que la sociedad tiene acceso a los bienes y servicios relacionados. Recordando que en México la salud es considerada como un derecho constitucional y forma parte de la protección social, pudiéramos concluir que en nuestro sistema la salud es un bien social. Sin embargo, al

observar la situación real nos damos cuenta de que, a pesar de lo establecido legalmente, el acceso a los servicios es diferenciado. Los sistemas tradicionales de protección social como el IMSS y el ISSSTE son únicamente para trabajadores formales, mientras que el resto (población abierta) ha quedado desprotegida y tiene que acudir al sector privado para el cuidado de su salud. Como resultado, los bienes y servicios adquiridos dependerán del nivel socioeconómico y la condición laboral de la persona. Considerando que un 54%<sup>1</sup> de la población no es derechohabiente de la protección en salud, la realidad es que desde la perspectiva ética, en México la salud es un bien fundamentalmente privado. Para entender la discrepancia entre lo que se promueve legalmente y la situación real, hay que analizar la evolución del Sistema de Salud México, que se aborda en el siguiente apartado.

### **Sistema de Salud Mexicano**

La Secretaría de Salud (2005) señala que el sistema de salud en México, como en la mayor parte de los países latinoamericanos, se compone por tres subsistemas: la seguridad social, los servicios públicos y los servicios privados. Refiriéndonos específicamente a las instituciones de seguridad social (Figura 1), de las 59,294,671 personas que INEGI reporta como derechohabientes en el 2002, observamos que el IMSS y el ISSSTE son las instituciones que concentran a más del 95% de los asegurados; los servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SDM) y la Secretaría de Marina (SM) atienden a una proporción semejante a la de los Servicios Estatales.

A pesar de la existencia de estas instituciones, los datos del Sistema Nacional de Información en Salud (2006b) para el mismo año reportan que 56,314,868 mexicanos

---

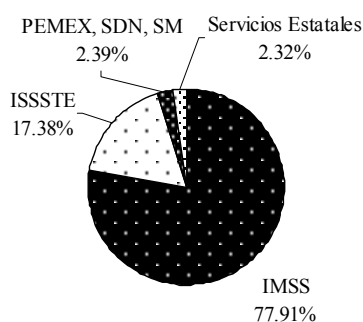
<sup>1</sup> Sistema Nacional de Información en Salud (Secretaría de Salud, 2006c).

no tenían acceso a ningún sistema de protección en salud. Cuando más de la mitad de la población no está cubierta, podemos decir que se están violando al menos dos elementos esenciales del derecho a la salud: la disponibilidad y la accesibilidad con equidad. Además, si consideramos que las instituciones antes señaladas incluyen sólo a trabajadores formales, podemos decir que dentro de los no asegurados se encuentra una gran parte de personas en situación vulnerable. Para comprender cómo es que se llegó a esta situación y por lo tanto, a la necesidad de un sistema de protección de salud más incluyente, es relevante analizar el Sistema Mexicano de Salud desde su diseño de origen.

---

*Figura 1. Distribución de la población asegurada por instituciones en 2002*

---



---

Fuente: Construcción propia con datos de INEGI.

---

Con base en el artículo “Financiamiento Justo y Protección Social Universal” (Frenk et al., 2004), a continuación se presenta la evolución del sistema de salud mexicano desde sus inicios en 1943 hasta ahora, la cuál es dividida por los autores en tres generaciones de reformas que se detallan a continuación.

#### A. Primera Generación (1943- finales de los setenta)

El sistema nacional de salud vio su fundación en 1943, año en que se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud) y el Instituto Mexicano

del Seguro Social. En 1960 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cubriendo a los empleados del gobierno. Estas instituciones de primera generación, originaron un modelo segmentado, en el que hay una distinción entre los asegurados (empleados del sector formal privado y sus familias) y los no asegurados (trabajadores informales y desempleados). Los grupos más pobres (no asegurados) eran tratados como un grupo residual atendido por la Secretaría de Salud, para lo que se contaba con una fuente de financiamiento y un paquete de servicios mal definidos. Del diseño de estas entidades, se puede observar que se creó un modelo segmentado, en el que cada institución es responsable de la rectoría, financiamiento y prestación de servicios a su grupo social particular.

Aparte de las mencionadas instituciones públicas estaba el sector privado, en el que muchos de los proveedores ofrecían servicios de baja calidad. A este sector acudían no sólo los no asegurados que contaban con capacidad de pago, sino también los asegurados, debido a los largos tiempos de espera y la baja calidad de los servicios de las instituciones de seguridad social.

#### B. Segunda Generación (1980- finales de los noventa)

A finales de los años setenta, las reformas se enfocaron a la descentralización, la cobertura con atención primaria y el reconocimiento constitucional a la protección de la salud. La ampliación de la atención básica enfatizó programas como la rehidratación oral, atención a salud reproductiva y materno infantil, vacunación universal, entre otros, focalizándose a las poblaciones rurales con pocos servicios y a las comunidades urbanas pobres.

En 1983 surgió una importante reforma, al introducirse en la Constitución el derecho de todas las personas a la protección de la salud. Además, se reemplazó el

Código Sanitario por una moderna Ley General de Salud y se dio inicio al proceso de descentralización de los servicios.

A principios de los años noventa se creó el Programa de Ampliación de Cobertura, en el cuál se establecía un paquete de 12 intervenciones básicas para las familias rurales pobres, que anteriormente sólo contaban con acceso esporádico a algunas intervenciones.

### C. Tercera Generación (A partir de los noventa)

A finales de los noventa la evidencia internacional sugería una reorganización de los sistemas de salud mediante la integración horizontal de sus funciones básicas (rectoría, financiamiento y prestación), acción hacia la cual se orientaron las reformas. Se fortaleció la base financiera del IMSS y se mejoró la calidad en la atención. Se creó el PROGRESA (Programa de Educación, Salud y Nutrición), hoy Oportunidades, como un programa de bienestar social integral basado en incentivos, y en el que se incluye un paquete básico de salud<sup>2</sup>. Dirigiéndose a la población más pobre que de otra manera no tendría acceso a ninguna acción de protección en salud, este programa constituye una herramienta muy importante para la extensión de la cobertura básica.

Esta generación de reformas extendió la descentralización de la prestación y el financiamiento de los servicios de salud para la población no asegurada, lo que permitió a la Secretaría de Salud concentrarse en su función rectora, pero al mismo tiempo, exacerbó las inequidades financieras entre los estados por las diferentes disponibilidades de recursos.

---

<sup>2</sup> El componente de salud del programa oportunidades incluye saneamiento básico; planificación familiar; atención prenatal, del parto y puerperio y del recién nacido; vigilancia de la nutrición y el crecimiento infantil; inmunizaciones; manejo de casos de diarrea en el hogar; tratamiento antiparasitario; manejo de infecciones respiratorias agudas; prevención y control de la tuberculosis pulmonar, hipertensión arterial y diabetes mellitus; prevención de accidentes y manejo de lesiones; capacitación para el autocuidado; y prevención y detección del cáncer cérvico uterino (Bautista, 2004).

La Secretaría de Salud (2005), pone de manifiesto que la debilidad principal del sistema prevaleció: el ejercicio desigual de los derechos de salud, como resultado de la fragmentación institucional relacionada con la condición socioeconómica y laboral. El gran reto es romper con las barreras del sistema y construir un auténtico sistema universal de protección social en salud, que no sólo se limite a la seguridad formal, sino que incluya nuevos mecanismos de acceso efectivo a los derechos sociales. Además de esta debilidad inherente al sistema, la Secretaría señala otros retos con los que hay que lidiar para lograr un mejor desempeño, como la transición demográfica y epidemiológica que impondrán mayores presiones financieras, la transición económica que origina cambios en las modalidades de contratación y en la participación del sector informal, y la transición política que eleva la demanda de beneficios sociales por el ejercicio cada vez mayor de la democracia.

En el diagnóstico presentado por la Secretaría de Salud (2005), se señala que desde el 2001 se identificaron los principales desequilibrios que impactan negativamente en la equidad del financiamiento de la salud: bajo nivel de inversión en la totalidad del sistema, origen ineficiente de los recursos para el financiamiento debido al predominio del gasto del bolsillo (cantidad que se desembolsa al momento de hacer uso de los servicios, ya sean privados o públicos), distribución no equitativa de recursos entre instituciones y áreas geográficas, falta de corresponsabilidad financiera entre los distintos órdenes de gobierno y la creciente dirección del gasto hacia la nómina.

Frenk et al. (2004) señalan que la segmentación y la inequidad financiera del modelo original, no se enfrentaron sino hasta 2003 cuando se originó la reforma a la Ley General de Salud, de la cual surge el Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular. Esta reforma tiene como base ética la democratización del sistema, para hacer efectivo el derecho constitucional de todos los mexicanos a la protección de su



salud. Se pretende que el nuevo sistema haga posible que todos los mexicanos, independientemente de su situación socioeconómica o laboral, ejerzan su derecho a la protección social en salud con un acceso a un seguro público.

Dada la situación, en el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 se establece la necesidad de contar con un sistema de salud que alcance a todos sin excepción, en el que se atienda a las personas con absoluto respeto a sus derechos sin importar su situación de vida, y que el sistema de salud brinde protección financiera a los pacientes, evitando de esta manera el empobrecimiento de las familias cuando se padece de alguna enfermedad (Comisión Nacional de Protección Social en Salud).

*Tabla 2. Fundamentos y objetivos del Programa Nacional de Salud 2001-2006*

Fundamentos	Objetivos específicos
1. La Buena salud es un objetivo de desarrollo y una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades.	1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.
2. Junto con la educación, la salud es un componente fundamental del capital humano, por lo que el aseguramiento de ambas se traduce en un fortalecimiento de las capacidades de individuos y de la sociedad para procurarse y mejorar sus medios de vida.	2. Abatir las desigualdades en salud.
3. Es necesario dejar de ver a la salud como un simple sector de la administración, para considerarla como un objetivo social.	3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados.
4. La protección en salud es un valor compartido, por lo tanto, puede fortalecer el tejido social.	4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.
	5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, y en particular, a sus instituciones.

Fuente: Secretaría de Salud (2001).

En específico, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS), establece que la salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades, porque no puede haber

un progreso general sin un sistema de salud que responda a las aspiraciones de los mexicanos. Los fundamentos del PNS contenidos (Tabla 2) reconocen la importancia de la salud como un activo de capital humano que es indispensable para el desarrollo, y que por lo tanto tiene que ser considerado como un bien social. De estos fundamentos se derivan los cinco objetivos generales, que son mejorar las condiciones de salud, abatir las desigualdades, garantizar un trato adecuado, asegurar la justicia en el financiamiento, y fortalecer al Sistema en su conjunto (Secretaría de Salud, 2001). Para lograr estos objetivos, sobre todo el de disminuir desigualdades y mejorar la justicia del financiamiento, resulta indispensable que las acciones en salud alcancen a la población no asegurada.

Como respuesta a los objetivos del PNS en Mayo de 2003 se publicó la Ley General de Salud que da vida al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), mejor conocido como Seguro Popular. Este es el instrumento de política diseñado para atender a las familias que no tienen acceso a las instituciones de salud tradicionales y así ayudar al cumplimiento de los objetivos. El SPSS pretende ofrecer el acceso a los servicios de salud a todos los habitantes del territorio nacional que no sean asegurados de alguna otra institución o no cuenten con otro mecanismo de previsión social en salud, sin importar su condición social y sin discriminación (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, varios años).

El objetivo principal en el que se enfoca el SPSS es el de asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud, ya que el aseguramiento implica un prepago de los servicios demandados, y esta es la vía por la que se pretende reducir los desembolsos que las familias hacen por los servicios al momento de consumirlos. En la siguiente sección se profundiza en la importancia de la protección financiera y el financiamiento justo de la salud.

### **III. Protección Financiera y Financiamiento Justo**

La Organización Mundial de la Salud (2000) establece como un objetivo fundamental de los sistemas de salud el proveer protección financiera frente a los costos en que se incurre. De la misma manera, en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se reconoce como un objetivo fundamental el asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud, para lo cual es imperante atender a la población que sistemáticamente ha sido excluida de los sistemas tradicionales de protección. Como se mencionó con anterioridad, el instrumento de política enfocado a alcanzar a la población no asegurada es el SPSS, cuyo objetivo principal es asegurar la justicia financiera, enfocándose en la creación de un sistema de prepago (aseguramiento) para reducir los desembolsos en que incurren las familias al momento de demandar los servicios y bienes destinados a la salud.

La premisa para reformar los sistemas de salud es que su diseño influirá directamente en el desempeño final. Aunque la OMS en el Reporte Mundial de Salud del 2000 señala que aún se está en un punto temprano del entendimiento de la relación de los sistemas de salud y su desempeño, sí reporta algunas conclusiones de gran importancia. Una de las principales conclusiones es que los sistemas de salud deben interesarse no sólo en mejorar la salud de su población, sino también en protegerla frente a los costos financieros de las enfermedades. El reto es reducir la regresividad del gasto de bolsillo en salud expandiendo los esquemas de prepago, que disipan el riesgo financiero y reducen el espectro de gastos catastróficos en salud<sup>3</sup> (OMS, 2000).

La necesidad de enfrentar el problema de la protección financiera surge de la incertidumbre que caracteriza a la demanda de bienes y servicios relacionados con la

---

<sup>3</sup> El gasto de bolsillo se refiere a las cantidades desembolsadas por los hogares al momento de demandar bienes y servicios relacionados con la salud; se considera que se incurre en gastos catastróficos cuando el gasto en salud excede una proporción determinada del ingreso o la capacidad de pago de los hogares.

salud. Las personas buscan la salud como un bien de consumo, pero también la producen a través de buenos hábitos; a pesar de que tiene características parecidas a otros activos de capital humano, como la educación, presenta una gran diferencia: está sujeta a riesgos importantes, que en muchos casos son independientes unos de otros, además de que no es acumulable como otros activos. La OMS (2000) indica que estas características convierten a la salud en un activo muy diferente a otros activos asegurables, siendo también la razón de que su aseguramiento sea más complejo. Para activos como las casas o los carros, la necesidad de protección frente a los riesgos está directamente relacionada con los niveles de ingreso, sin embargo, la salud es un bien que toda la población tiene necesidad de proteger, independientemente de su condición de pobreza o riqueza.

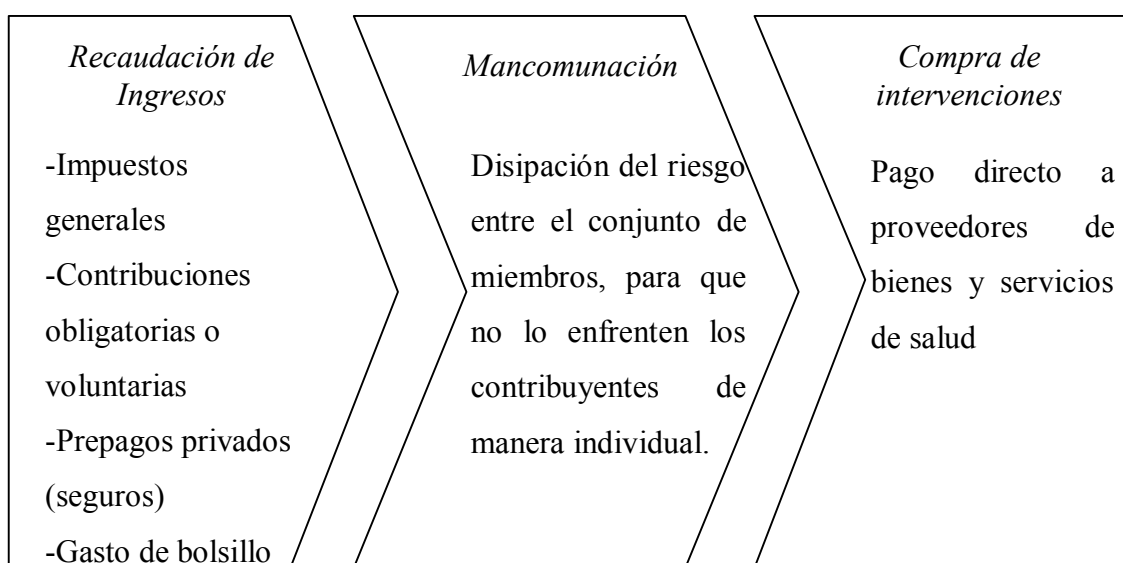
Estas características son la razón de que el estado desempeñe un papel crucial no solamente en acciones destinadas a elevar el nivel de salud, sino también en el diseño de un sistema en el que se comparta la carga financiera para que ninguna parte de la población esté expuesta a altos riesgos financieros, ni se prive del acceso a los servicios de salud porque no puede pagar por ellos (OMS, 2000).

En la Figura 2 se ilustran los tres procesos interrelacionados en el financiamiento de los sistemas de salud: recaudación de ingresos, la mancomunación de los recursos (*pooling*) y la compra de las intervenciones. La recaudación de ingresos se refiere a la manera en que los sistemas de salud obtienen recursos de los hogares, organizaciones o compañías; esto puede hacerse por medio de impuestos generales, contribuciones obligatorias, prepagos privados, o por gasto de bolsillo.

La mancomunación de recursos (concentración) y su manejo debe hacerse de forma que asegure que el riesgo de tener que pagar por los servicios de salud sea enfrentado por todos los miembros y no por los contribuyentes individuales; esto se

logra por medio de la función aseguradora del sistema de salud, que tiene como principal objetivo el compartir los riesgos, dado que existe incertidumbre en las intervenciones requeridas; cuando todos los pagos se originan del bolsillo, estos objetivos no se logran.

*Figura 2. Procesos del financiamiento de los Sistemas de Salud*



Fuente: Información de OMS (2000).

La compra de las intervenciones es el proceso por el cuál se destinan los recursos antes concentrados a los proveedores, es decir, la forma en que se harán los pagos a los médicos, enfermeras, hospitales o vendedores de medicamentos, para que la población reciba los servicios correspondientes (OMS, 2000).

Cuando no está disponible la función aseguradora para toda la población, los no asegurados tendrán que financiar los servicios de salud con pagos del bolsillo, definidos por la DGED (2003b) como "las cantidades desembolsadas directamente por los hogares, incluyendo gratificaciones y pagos en especie a los profesionales de la salud y a los proveedores de productos farmacéuticos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y

servicios cuya finalidad principal sea favorecer el restablecimiento o la mejora de la salud”.

El gasto de bolsillo es una de las formas menos eficientes y menos justas de financiar un sistema de salud, porque tiende a ser inequitativo y es probable que genere altos costos para el sistema y riesgos de empobrecimiento para los hogares. También limita la agrupación de riesgos (mancomunación) y la solidaridad a nivel sistémico, porque los pagos directos están fragmentados entre los consumidores (Knaul et al., 2005a).

*Tabla 3. Porcentaje de gasto de bolsillo en salud 2003*

Promedio Unión Europea	20.21
Promedio Latinoamérica	34.66
Chile	23.65
Argentina	28.58
Brasil	35.12
México	50.49

Nota: Se presenta el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud.

Fuente: World Health Statistics (OMS, 2006).

En México, donde el sistema de salud se ha caracterizado desde sus inicios por una alta fragmentación y desequilibrios financieros, gran parte del financiamiento proviene del gasto de bolsillo de los hogares. En la Tabla 3 se puede observar que la prevalencia del gasto de bolsillo como forma de financiamiento del sistema de salud está muy alejada del promedio de los países de la Unión Europea (el ejemplo de los sistemas en que la salud se considera un bien predominantemente social, Tabla 1); de la misma manera, también se excede el promedio latinoamericano, y los porcentajes de países como Chile, Argentina y Brasil.

Como la prevalencia del financiamiento a través del gasto de bolsillo impacta directamente a la economía familiar, es necesario realizar su análisis a nivel microeconómico. A partir de que los temas del financiamiento de los sistemas de salud han tomado relevancia, han surgido distintas metodologías para medir tanto el nivel como la distribución de los gastos de bolsillo, así como las situaciones en que éstos se pueden considerar como gastos catastróficos para el hogar.

Uno de los documentos base sobre las metodologías de medición es el de Murray et al. (2003). Ellos describen dos enfoques para analizar las consecuencias de las contribuciones al financiamiento de los sistemas de salud, resumidos en la Tabla 4. El primero se basa en el ingreso, observando los efectos marginales del financiamiento en la construcción del ingreso familiar; las consecuencias se miden en función de los cambios en la distribución de ingreso, y más recientemente en los niveles o líneas de pobreza.

*Tabla 4. Enfoques de Medición*

Enfoque	Distribución completa	Umbral
Ingreso	Cambios en la distribución del ingreso debido a los pagos al sistema de salud.	Cambio en el número de hogares que se encuentran bajo una línea de pobreza debido a los pagos al sistema de salud.
Carga	Distribución de la desutilidad o carga debido a los pagos.	Hogares sobre un umbral definido de carga por pagos al sistema de salud.

Fuente: Murray et al. (2003).

El segundo enfoque se basa en el análisis de la carga financiera, es decir, los pagos que realizan los hogares para obtener los bienes de salud y que representan una disminución del ingreso disponible para adquirir otros bienes. Ambos enfoques pueden

abordarse desde la perspectiva de la distribución completa o a partir de un umbral definido.

La OMS (2000) propone que el impacto de los pagos al sistema de salud debe analizarse a partir del enfoque de la carga en los hogares; Murray et al. (2003) explica que, aunque desde una perspectiva de finanzas públicas podría ser interesante el análisis de la distribución del ingreso, las sociedades no buscan financiar el sistema de salud para redistribuir el ingreso, sino que se espera que los pagos se determinen de una manera justa. También argumentan que el principio apropiado para analizar la justicia financiera es que el diseño del sistema equilibre los pagos entre todos los hogares, es decir, que todos contribuyan en iguales proporciones respecto a su ingreso. Si la capacidad de pago es definida en términos de ingreso neto (ingreso restante después del gasto ejercido en cubrir las necesidades básicas), el principio de justicia en la distribución de los pagos, también puede implicar progresividad, ya que los hogares con mayor capacidad de pago contribuirán más al sistema en términos absolutos que los que menos tienen.

Antes de analizar el impacto del Seguro Popular en la protección y justicia financiera, a continuación se abordan los principales elementos del SPSS para describir su funcionamiento y los mecanismos por los que el diseño del programa influirá en la carga financiera de los hogares.



## **IV. Seguro Popular**

### **Definición, principios y objetivos**

En la Ley General de Salud (reforma del 15 de Mayo de 2003) se establece el punto de partida legal bajo el cual se rige el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), decretando que todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados a él, sin importar su condición social. El SPSS se define como:

El mecanismo por el cual el Estado garantizará el acceso efectivo, oportuno, de calidad, sin desembolso al momento de utilización y sin discriminación a los servicios médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. Como mínimo se deberán contemplar los servicios de consulta externa en el primer nivel de atención, así como de consulta externa y hospitalización para las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, pediatría y geriatría, en el segundo nivel de atención. (art. 77).

En la Tabla 5 se enuncian los principios fundamentales bajo los cuáles se creó el SPSS de los que se desprenden los siguientes objetivos, en los que se entrara en detalle más adelante: ordenar las asignaciones actuales de recursos; corregir gradualmente los desequilibrios financieros y las inercias históricas; transitar hacia una lógica de aseguramiento público para financiar la atención médica; establecer la corresponsabilidad entre órdenes de gobierno y con la ciudadanía; dar contenido

efectivo al ejercicio pleno de los derechos sociales; y unificar el esquema de protección social en salud (Secretaría de Salud, 2005).

*Tabla 5. Principios fundamentales del SPSS*

Principio	Descripción
Universalidad	Evitar la exclusión social y promover la igualdad de oportunidades, independientemente del nivel de ingresos, de la condición laboral o del lugar de residencia.
Portabilidad nacional	Evitar que la movilización dentro del territorio desemboque en una disminución del derecho a la protección en salud. La protección debe seguir a los beneficiarios.
Priorización explícita de las intervenciones	Usar los recursos de manera eficiente para generar los mayores beneficios posibles, utilizando como criterios las necesidades de salud más apremiantes y las prácticas médicas de mayor efectividad. Además la priorización debe conllevar a que la población tenga mayores elementos para exigir sus derechos.
Prepago de servicios de salud y solidaridad financiera	Tomar en cuenta el principio de subsidiariedad con miras a promover un financiamiento más justo y eficaz de la salud, así como la corresponsabilidad en el financiamiento y operación del sistema.
Rendición de cuentas	Garantizar que la prestación de servicios y el uso de los recursos correspondan a las demandas ciudadanas.

Fuente: Secretaría de Salud (2005).

El ordenar las asignaciones actuales de recursos se refiere a utilizar reglas claras de financiamiento de los bienes, distinguiendo entre los servicios de salud a la comunidad (bienes públicos) y servicios de salud a la persona (bienes privados). Los bienes públicos son los que deben ser provistos a la población en general independientemente de su condición de aseguramiento, como las campañas de autocuidado, la prevención de riesgos sanitarios para toda la población, la vigilancia

epidemiológica y la atención en caso de desastres. Los servicios a la persona se refieren a las acciones en salud a las que explícitamente se tiene derecho por ser afiliado al SPSS. Más adelante se detallarán las cuestiones de financiamiento de los dos tipos de bienes.

Para corregir los desequilibrios financieros y las inercias arrastradas históricamente, se pretende incrementar el nivel de inversión en salud por encima del promedio latinoamericano. En el 2003, el promedio latinoamericano fue de 6.4% del PIB en el año 2003<sup>4</sup>, y en el periodo de 2001 a 2005 en México la cifra fue de 6.2%<sup>5</sup>.

También se busca modificar la composición de las fuentes de financiamiento orientándose a la disminución del gasto de bolsillo como fuente de financiamiento, garantizando que los recursos públicos, incluidas las aportaciones a la seguridad social sean la fuente principal del financiamiento. Ni la OMS ni en los lineamientos del SPSS se explicita un porcentaje objetivo del gasto de bolsillo, pero podemos comparar la cifra de México con los parámetros mostrados en la Tabla 3, y sugerir que en el largo plazo se alcancen niveles parecidos a los de los países latinoamericanos.

El objetivo de transitar hacia el aseguramiento público para financiar la atención médica, se basa en la lógica de que los servicios de salud debieran financiarse con contribuciones antes de la utilización de los servicios (preago). La naturaleza de los fenómenos de salud involucra un alto grado de incertidumbre, por lo que resulta preferible el contar con un aseguramiento que proteja a los hogares de incurrir en gastos excesivos, que pueden llevar a pérdidas de bienestar.

De la misma manera, se busca el establecer la corresponsabilidad entre los órdenes de gobierno y la sociedad, mediante reglas claras de financiamiento que promueven la participación de los gobiernos estatales y el federal, además de organizar

---

<sup>4</sup> Último dato disponible en World Health Statistics (OMS, 2006).

<sup>5</sup> Las Cuentas en Salud en México 2001-2005 (Secretaría de Salud, 2006a).

con mayor precisión la distribución de las atribuciones. Al sustituir las cuotas de recuperación pagadas al momento de la utilización de los servicios (gasto del bolsillo) por un prepago en función del nivel socioeconómico, la protección de la salud se percibirá como una responsabilidad tanto del gobierno, como de la sociedad. El esquema del SPSS sugiere un financiamiento tripartita, en el que participen con aportaciones los niveles de gobierno federal y estatales, así como las familias, a fin de que las tres partes compartan responsabilidades.

Mediante el nuevo sistema de tres seguros públicos de salud (IMSS, ISSSTE y SPSS), se pretende el lograr el ejercicio pleno de los derechos sociales, al llevar a la población abierta la seguridad social y convertirla en beneficiaria, logrando que en un momento del tiempo todos los mexicanos sean derechohabientes de alguna forma de protección social.

Una vez establecidos los principios, fundamentos y objetivos de la creación del Seguro Popular, a continuación se tratan los principales aspectos de su funcionamiento: lineamientos financieros, marco operativo, afiliación y cuotas, cobertura de servicios, y el modelo de evaluación.

### **Lineamientos financieros**

El diseño financiero del programa tendrá especial relevancia en el cumplimiento de los cinco objetivos fundamentales. La Secretaría de Salud (2005) menciona que una de las principales innovaciones en el aspecto financiero es la distinción entre los *bienes públicos* y los *bienes privados*, ya que permite reglamentar de manera clara el origen y destino de los recursos; a continuación se describe la definición que la Secretaría da de estos bienes y los principales detalles de su forma de financiamiento.

Dentro de los bienes públicos se consideran los bienes con las características de no exclusión y no rivalidad en su consumo, servicios que generan externalidades importantes, y bienes que se proveen independientemente de la demanda; en este grupo se encuentran, entre otros, la regulación sanitaria, la generación de información y conocimiento, la vigilancia epidemiológica y las campañas masivas de inmunización. Estos bienes se financian con impuestos generales, dado que sus beneficios son para toda la comunidad. Aunque los servicios de salud a la comunidad no forman parte del Seguro Popular, son un complemento importante a los servicios de salud a la persona o bienes privados (Secretaría de Salud, 2005).

Como servicios de salud a la persona la Secretaría de Salud (2005) definen los servicios privados, que se dan cuando la persona solicita la atención médica, como las acciones preventivas, de diagnóstico, curativas, paliativas y de rehabilitación. La demanda de estos servicios refleja el alto grado de incertidumbre en el riesgo de sufrir detrimentos en la salud. El Seguro Popular es el vehículo financiero por medio del cual se contemplan los servicios que responden a las necesidades de los afiliados, que serán incrementados gradualmente.

Los recursos para los servicios de salud a la persona se obtienen por medio de un esquema tripartito, que incluye la cuota social, la aportación solidaria (federal y estatal) y la cuota familiar. La cuota social es responsabilidad del gobierno federal, en reconocimiento a la garantía individual de la protección de la salud y funge como un componente para la promoción de una mayor equidad financiera entre instituciones y para la reducción de la brecha de gasto público dirigido a los asegurados y a los no asegurados. La cuota se cubre anualmente y por cada familia afiliada al SPSS se canaliza un 15% del salario mínimo general diario para el D.F.

Las aportaciones solidarias se originan de recursos federales y estatales, bajo los principios de corresponsabilidad y equidad. La Aportación Solidaria Estatal (ASE) mínima equivale a la mitad de la cuota social. Para asignar el monto total a canalizar por la aportación solidaria federal (ASF), se toma en cuenta el número de familias beneficiarias, las necesidades de salud, el esfuerzo estatal (aportaciones adicionales a la ASE) y el desempeño de los servicios de salud; aunque en promedio equivale a 1.5 veces la cuota social, no necesariamente es igual para todos los estados, ya que por medio de ésta se pretende beneficiar a las familias con mayores necesidades de salud, lo que está directamente relacionado con los niveles de desarrollo económico, y resulta en mayor asignación de recursos a las entidades más pobres.

Por medio de las cuotas familiares (CF), los afiliados se corresponsabilizan del financiamiento. El pago anticipado de la CF sustituye las cuotas de recuperación que antes se pagaban en el momento de recibir el servicio, con lo que se busca reducir el gasto de bolsillo y la cantidad de hogares que sufren de gastos excesivos que pueden desembocar en el empobrecimiento. La CF se determina según el nivel de ingresos de cada familia, resaltando el hecho de que la incapacidad para el pago no es motivo de exclusión en el Seguro Popular, por lo que existen dos regímenes: el contributivo y el no contributivo.

En el régimen contributivo la CF estará de acuerdo al nivel socioeconómico. El esquema se define en base al nivel de ingreso familiar promedio para cada decil de la distribución estimado a nivel nacional; para ubicar a las familias en el decil correspondiente al momento de la afiliación se lleva a cabo una evaluación socioeconómica; la ubicación en el nivel de ingreso se verificará cada tres años. La CF no es suficiente para cubrir los costos de la atención, por lo que hay un subsidio

importante de los servicios de salud por medio de la cuota social y de las aportaciones solidarias.

Decil	Monto Anual (Pesos)
D1	Régimen no contributivo
D2	Régimen no contributivo
D3	661.31
D4	1,296.79
D5	1,921.94
D6	2,624.58
D7	3,378.89
D8	5,233.66
D9	6,964.44
D10	10,539.66

Fuente: Diario Oficial de la Federación.  
 Nota: Cuotas vigentes a partir del 3 de Agosto de 2006.

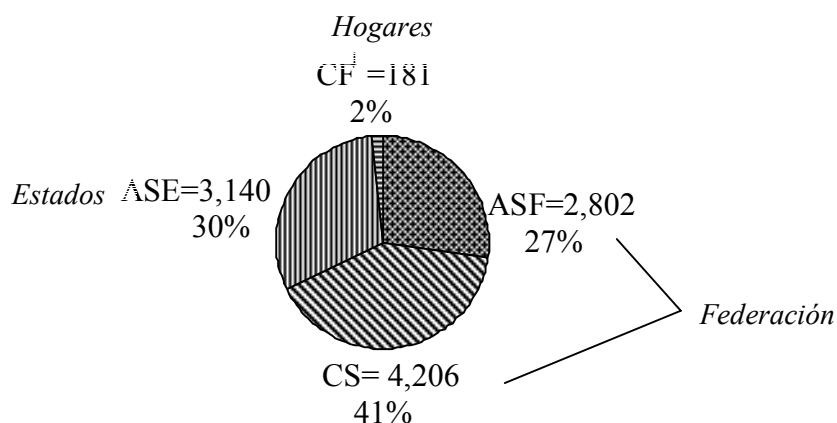
En el régimen no contributivo se ubicarán las familias cuyo ingreso no es suficiente para acceder a los satisfactores básicos de alimentación, educación y salud; aquí se ubican familias que tengan un ingreso familiar disponible (después del gasto en alimentos) que los ubique en el primer y segundo decil, que sean beneficiarias de algún programa de combate a la pobreza extrema, que residan en comunidades rurales de muy alta marginación y con menos de 250 habitantes, o que cumplan con otros supuestos que establezca la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. En la Tabla 6 se muestran las últimas cuotas vigentes, donde se puede observar la clara intensión progresiva en la asignación de los montos, ya que mientras las familias pertenecientes al decil 3 (a partir del cuál la familia se ubicará en el régimen contributivo), pagan \$661.31 como cuota anual, las familias más ricas (decil 10) pagarán casi 16 veces más.

Paralelamente a las cuotas de afiliación, se contempla que un futuro se establezca una cuota reguladora para disminuir el riesgo moral, es decir, disminuir los incentivos que se puedan crear entre los afiliados para consumir o utilizar excesivamente y sin justificación médica los bienes y servicios ofrecidos; sus objetivos específicos serán modular la demanda, impulsar la corresponsabilidad de los ciudadanos y el uso racional de los medicamentos y servicios de salud.

---

*Figura 3. Fuentes tripartitas del financiamiento del SPSS 2005*  
(Millones de pesos)

---




---

Nota: Aportación Solidaria estatal (ASE), Cuota Social (SC), Aportación Solidaria Federal (ASF) y Cuota Familiar (CF).

Fuente: Construcción propia con información del Sistema Nacional de Información en Salud (2006a) para ASE, ASF y CS. <sup>1</sup>El monto de las CF se aproximó considerando la afiliación reportada por la CNPSS para el 2005 y las cuotas mostradas en la Tabla 6.

En la Figura 3 se muestra la distribución en el 2005 de las principales fuentes del financiamiento del SPSS. El gobierno federal, por medio de las cuotas sociales y de la aportación solidaria federal, aportó el 68%, mientras que los gobiernos estatales contribuyeron con el 30%. Las cuotas familiares aproximadamente fueron de 181 millones de pesos, representando tan sólo el 2% del monto de las tres principales



fuentes de financiamiento, con lo que podemos observar que el SPSS está altamente subsidiado.

De manera conjunta a los recursos destinados a los servicios médicos, la Secretaría de Salud (2005) señala que se ha creado un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), cuyo objetivo es el apoyo a las entidades federativas en el financiamiento de padecimientos que representan un riesgo bajo por su probabilidad de ocurrencia, pero un riesgo financiero alto debido a su costo y su carácter de alta especialidad. Este es un fondo de reserva sin límite de anualidad presupuestal, hacia el que se destina el 8% de la suma de la CS, la ASF y la ASE, además de los intereses y el remanente de la previsión presupuestal al final del año. Aparte de estos recursos, existe la posibilidad de recibir aportaciones financieras adicionales de terceras partes, por lo que se han dado negociaciones con sectores industriales y de la sociedad civil para lograr acuerdos de cooperación que permitan expandir la cobertura del FPGC; dos ejemplos exitosos son las aportaciones de la industria tabacalera que se comprometió a proporcionar un monto por cada cigarro enajenado, y las aportaciones de la Fundación Gonzalo Río Arronte, que aporta recursos para reforzar la oferta de cirugías de cataratas entre los adultos mayores.

La selección de los tratamientos a ser cubiertos por el FPGC se basa en el impacto social, la suficiencia de recursos y la disponibilidad de oferta. Las enfermedades identificadas por la CNPSS como prioritarias son el VIH/SIDA, cáncer cérvico-uterino invasor y cánceres infantiles.

Otra fuente de recursos es el Fondo de la Previsión Presupuestal Anual (FPP), que tiene como objetivo financiar el desarrollo de infraestructura médica para atención primaria y de especialidades básicas en zonas de mayor marginación social, la cobertura de diferencias imprevistas en la demanda de servicios esenciales en el nivel estatal, y el

establecimiento de una garantía de financiamiento como un mecanismo de apoyo a las entidades frente un posible incumplimiento de las aportaciones.

La administración de los recursos del FPGC y del FPP se lleva a cabo por medio de un fideicomiso que forma parte del gasto público federal y que es administrado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Las transferencias tendrán que ser autorizadas por un Comité Técnico, siempre y cuando se cumplan con los lineamientos y las reglas de operación aplicables.

De manera general, estas son las bases financieras bajo las que opera el SPSS, según la Secretaría de Salud (2005). A partir de los lineamientos podemos observar que el diseño financiero originará un mayor equilibrio en el gasto que el gobierno ejerce en salud entre no asegurados y asegurados. Para los asegurados en instituciones como el IMSS y el ISSSTE, desde tiempo atrás estaban definidas con precisión las fuentes de recursos que incluyen, además de las cuotas obrero-patronales, una aportación del gobierno; sin embargo, para la población abierta, no existían criterios de asignación bien definidos. El hecho de que las cuotas familiares en el SPSS no cubren los costos de las atenciones cubiertas, se traduce en que el gasto público estará subsidiando la atención a la salud de los afiliados. La definición del monto de la cuota en función del nivel de ingreso, así como la asignación de mayores transferencias de recursos a entidades que más lo requieran por medio de la ASF, son elementos que nos permiten identificar en esta política un alto componente social, con características de progresividad y subsidiariedad. Por otro lado, al involucrar tanto al gobierno federal como a los estatales, se crea una corresponsabilidad que puede llevar a mayor cooperación en la construcción y mantenimiento de acuerdos, a fin de que estos se traduzcan en beneficios directos para la población afiliada que antes no tenía acceso a algún esquema bien definido de seguridad social en salud.

## **Marco operativo**

El proceso operativo del SPSS se divide en el ámbito organización y el de la prestación de servicios, que son descritos por la Secretaría de Salud (2005). El aspecto organizacional comprende los procesos correspondientes a la rectoría, la administración, el seguimiento y la rendición de cuentas. El aspecto de la prestación de servicios comprende todos los procesos relacionados de manera directa con la atención a los afiliados, como la afiliación, la vigencia de derechos, la plataforma tecnológica, el plan de infraestructura, la acreditación y certificación de las unidades de atención, y el fideicomiso del SPSS.

A nivel federal se creó la Comisión Nacional de Protección en Salud (CNPSS) que es un órgano desconcentrado encargado de la ejecución de las tareas establecidas en la Ley General de Salud, entre las que se encuentran el instrumentar la política de protección social en salud y el plan estratégico de desarrollo del sistema, intervenir y promover la formalización de los acuerdos con los estados, evaluar el desempeño de los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), dirigir y ejecutar las acciones financieras, promover una política relacionada con los medicamentos, coordinar la administración del FPGC y cumplir con los aspectos de rendición de cuentas.

A nivel estatal, para implementar adecuadamente el SPSS se requiere que las funciones administrativas y de gestión sean separadas, a fin de que una instancia sea responsable directa de la prestación de servicios y otra de las funciones financieras y presupuestales, por lo que la actividad de los REPSS se divide en dos categorías: gestión y administración de los recursos financieros, y la coordinación de la prestación de los servicios médicos. Los sistemas estatales son responsables de la creación de una Unidad Estatal de Protección Social en Salud (UEPSS) que se encarga de gestionar la

transferencia y efectuar el seguimiento de los recursos estatales y federales al REPSS; de la integración de una red de prestadores de servicios; y de coordinarse con la Secretaría de Salud y con la CNPSS para crear un nivel de orden y homogeneidad en los procesos operativos.

La prestación de los servicios estará a cargo de los establecimientos de atención que formen parte de la red de prestadores de servicios que se integre en cada estado; la red puede complementarse con otros establecimientos del Sistema Nacional de Salud, aunque no estén localizados en la entidad. Las unidades médicas del SPSS deben ser acreditadas y certificadas; por medio de la acreditación se evalúa la capacidad para brindar los servicios cubiertos por el SPSS; la certificación evalúa la capacidad de para prestar todos los servicios en la unidad, independientemente de que formen o no parte de la cobertura del SPSS. La acreditación tiene una vigencia de dos años, periodo dentro del cual la unidad se compromete a obtener la certificación con el fin de impulsar los procesos de mejora continua.

Existen dos redes de prestadores de servicios. La primera es la red estatal, integrada por un grupo de centros de salud y uno o varios hospitales de especialidades. La segunda es la red de prestadores de servicios de gastos catastróficos, que se integra por hospitales de alta especialidad que cuenten con la acreditación correspondiente y con la firma de un convenio de prestación de servicios.

El nuevo modelo de gestión, también permite separar las funciones de financiamiento del pago o presupuestación de los servicios. Independientemente del modelo que se desarrollado en cada entidad, los REPSS deben tomar en cuenta los siguientes elementos:

- Criterios de afiliación
- Servicios esenciales de salud

- Redes de prestadores de servicios
- Rol de la gestión médica incluyendo el enlace permanente entre el afiliado y los prestadores
- Esquema de contratación y pago de los servicios

La Secretaría de Salud (2005) sugiere tres esquemas posibles para el pago por resultado de los servicios. El primero es construir acuerdos de gestión en los que los prestadores se comprometan con el cumplimiento de determinadas metas de servicio, a cambio de una contraprestación; el segundo es establecer contratos con otros prestadores del Sistema Nacional de Salud o proveedores de insumos del sector público y privado; el tercero son acuerdos de compensación entre órdenes de gobierno, entidades federativas o instituciones.

Para el pago de servicios (contraprestación) se puede considerar la opción de pago por servicio médico ambulatorio, pago por producto hospitalario (ya sea por egreso, por paciente, por día de estancia o por intervención), pago per cápita o pago basado en el desempeño de acuerdo a ciertas metas de calidad.

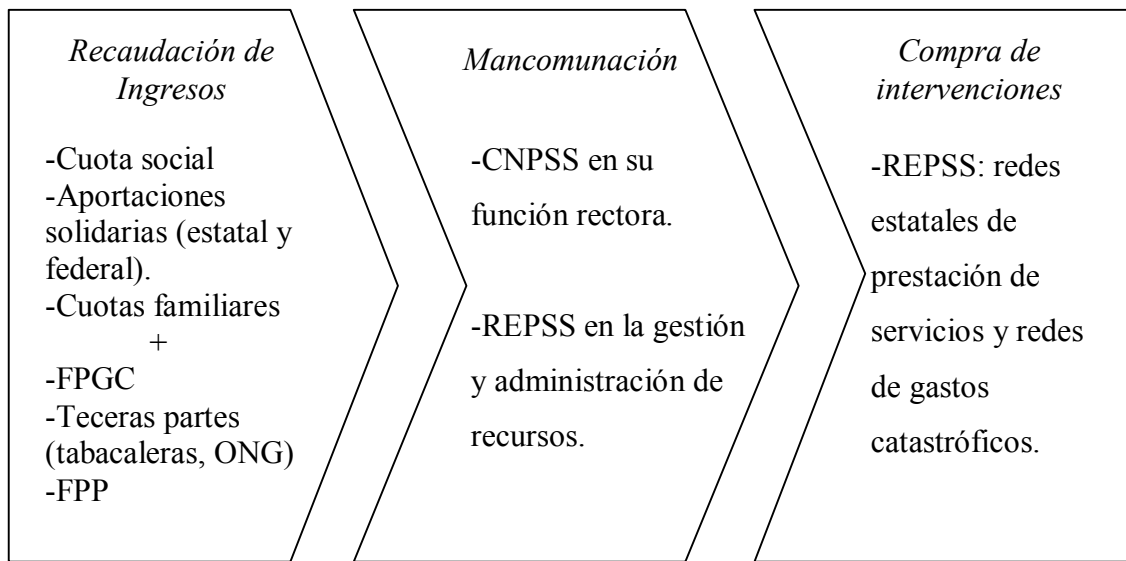
Adicionalmente al marco operativo interno del SPSS, el programa tiene relación con otros programas federales, con los que se coordina y colabora cuando comparten poblaciones objetivo para impulsar alineaciones programáticas y financieras de los recursos públicos. Uno de estos programas es el IMSS-Oportunidades, que brinda atención de primer y segundo nivel a las poblaciones de comunidades marginadas rurales, en condiciones de pobreza o pobreza extrema, que no cuenta con acceso a servicios de seguridad social. La meta de coordinación entre el SPSS y el IMSS-Oportunidades es lograr constituir redes de prestadores de servicios, evitar duplicidades y optimizar los recursos públicos, dado que ambos programas tienen la misma población objetivo.

Otro programa vinculado con el SPSS es el de Desarrollo Humano Oportunidades (DHO), operado por SEDESOL. Dentro de este programa existe un componente de prestación de servicios de salud, que es coordinado por la Secretaría de Salud; como este programa y el SPSS comparten población objetivo, para evitar duplicidades las familias beneficiarias del programa de DHO se irán incorporando gradualmente al SPSS, con lo que se brindará una protección de salud más amplia por medio del mayor número de intervenciones contempladas.

Como podemos ver a partir de la descripción del marco operativo que da la Secretaría de Salud (2005), los resultados del desempeño del SPSS dependerán del esfuerzo conjunto que realicen los distintos órganos involucrados, tanto en la planeación como en la ejecución del programa. Un punto de relevancia que no deberá descuidarse es la disponibilidad de los servicios; si el SPSS se ofrece como una alternativa de acceso a los servicios de salud para toda la población y, en especial para los que no cuentan con la capacidad de pago o con la condición laboral para recurrir a otro tipo de aseguramiento, se debe garantizar una oferta de servicios con calidad, para que efectivamente la cobertura por afiliación se extienda hacia el uso de servicios, desembocando en una protección de hecho y no sólo de derecho.

Una vez descritos los lineamientos financieros y el marco operativo, podemos ubicar los elementos del SPSS de acuerdo al proceso de financiamiento de los sistemas de salud descrito por la OMS (ilustrado en la Figura 2). En la Figura 4 podemos observar las fuentes de recaudación de ingresos que son las del esquema tripartita (cuota social, aportaciones solidarias y cuotas familiares) y las adicionales, (Fondo de Protección de Gastos Catastróficos, Fondo de la Previsión Presupuestaria y aportaciones de terceros).

Figura 4. Procesos del financiamiento del SPSS



Fuente: Información de Secretaría de Salud (2005).

En la mancomunación de los recursos (concentración y distribución) para la disipación de los riesgos se ubica la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y a los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud, que de forma coordinada ejecutan las funciones de administración y gestión de los recursos; de esta manera se comparten los riesgos, ya que son enfrentados por el sistema en su conjunto, y no por los derechohabientes individualmente, que quedan protegidos por medio del prepago ante riesgos financieros en salud.

Por último, la provisión de los servicios es coordinada por los REPSS que se encargan de construir la red de prestadores de servicios y de pagarles por las acciones en salud que brinden por medio de los acuerdos particulares definidos para cada entidad.

### **Proceso de Afiliación**

Según información de la Secretaría de Salud (2006b), entre los requisitos generales para poder afiliarse al SPSS se encuentra el no ser derechohabiente de la

seguridad social en instituciones como el IMSS, ISSSTE, Petróleos Mexicanos, etc. La afiliación debe ser solicitada de manera voluntaria por parte de los interesados; es necesario entregar copia de un comprobante de domicilio e identificaciones de los integrantes de la familia, además de cubrir la cuota familiar correspondiente y entregar documentación adicional. Si se es beneficiario de algún programa de combate a la pobreza externa del Gobierno Federal, se tiene que comprobar entregando algún documento en donde se contenga el folio de afiliación para tener una afiliación automática.

En la Ley General de Salud (2003) se establece que la unidad de protección del Seguro Popular es el núcleo familiar, integrado por el titular de la familia, su cónyuge, los hijos menores de edad, o los hijos de entre 18 y 25 años que sean solteros y comprueben cursar la educación media superior o superior, los hijos discapacitados dependientes, y los padres mayores de 64 años que dependan de la familia y habiten en el mismo hogar. Cabe resaltar que es posible que se afilien personas de manera individual, pagando la mitad de la cuota familiar correspondiente a su nivel socioeconómico.

En el Manual Básico para la Inscripción de las Familias (CNPSS, 2004), se indica que la afiliación debe llevarse a cabo durante los periodos de promoción en los Módulos de Afiliación y Asesoría Médica, y en los Módulos Móviles de Afiliación. El periodo de cobertura es de 12 meses, al término del cual se deberá llevar a cabo un proceso de reafiliación.

Para determinar el régimen de afiliación, y por lo tanto, la cuota correspondiente, cada familia que solicite su inscripción tiene que llenar una cédula con información socioeconómica, que incluye características de los integrantes del hogar, condición laboral para los miembros mayores de 13 años, condición de seguridad social y



características de la vivienda; con estos datos se determina el decil de ingreso al que la familia pertenece. La revisión del nivel de ingreso de cada hogar se realiza cada tres años.

Los beneficiarios del SPSS se hacen acreedores a una serie de derechos, pero también son responsables de cumplir con ciertas obligaciones; para que los afiliados los conozcan y puedan hacer un uso pleno de sus beneficios, al momento de afiliarse reciben una Carta de Derechos y Obligaciones de los Afiliados, donde se les informa de 15 derechos y 19 obligaciones que se detallan en el Anexo 1.

Entre los derechos destacan la recepción de servicios integrales de salud, ser tratados de manera digna, respetuosa e igualitaria, recibir los medicamentos correspondientes y no pagar cuotas de recuperación por las acciones de salud incluidas en el programa. Entre las obligaciones se encuentra el deber que tienen los afiliados de solicitar información detallada y precisa de las acciones cubiertas, el hacer un uso responsable de los servicios de salud, el dar un trato respetuoso al personal y el participar activamente en el cuidado de su salud. Es importante señalar que si los padecimientos se complican y se requiere de servicios diferentes a los cubiertos, se podrán generar cuotas de recuperación que deberá cubrir el asegurado.

### **Cobertura de Servicios**

Una de las debilidades mencionadas de las pasadas generaciones de reformas del sistema de salud, era que la población abierta (no asegurados) no contaba con una definición clara de los servicios a los que tenían acceso. Al crearse el Seguro Popular se establece el Catálogo Universal de Servicios de Salud, CASES, cuya última versión es la del 2006 (CNPSS), donde se definen claramente las acciones de salud a las que tienen derecho los afiliados, así como los medicamentos que están autorizados para los

tratamientos. Las acciones se dividen en 9 rubros: preventivas, medicina ambulatoria, odontología, salud reproductiva, embarazo, parto y recién nacido, rehabilitación, urgencias, hospitalización y cirugía. En total, hasta ahora existen 249 servicios que son cubiertos por el SPSS<sup>6</sup>.

En el CASES se explicita que la selección de los servicios se basa en criterios epidemiológicos, donde se estima que se cubre el 100% de la atención médica necesaria a la prevención y el combate de epidemias; en el rubro de hospitalización y cirugía, quedan cubiertos el 95% de los principales procedimientos de diagnóstico y terapéuticos que originan egresos hospitalarios; el 5% que queda sin cubrir, corresponde a enfermedades que se consideran de baja incidencia y aquellas que por su alta complejidad deberán ser financiadas a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, como el VIH, la leucemia y algunos tipos de cáncer.

Además de definir las atenciones que se brindarán por el SPSS, se define claramente un listado de medicamentos, a través del cuál se tiene la meta de mejorar la disponibilidad y de llegar a garantizar en un 100% el acceso a medicamentos de calidad y tratamientos de valor terapéutico comprobado, y que impliquen el menor riesgo posible.

### **Estrategia de Evaluación**

Ninguna política estará bien diseñada si no incluye reglas claras de evaluación y rendición de cuentas que permitan conocer sus resultados y mejorar su desempeño. En las reglas de operación del SPSS se señalan las obligaciones que se tienen en materia de evaluación, que de acuerdo a la Dirección General de Evaluación del Desempeño (DGED, 2005) de la Secretaría de salud incluyen:

---

<sup>6</sup> El listado completo de acciones está disponible en <http://www.seguro-popular.gob.mx/>

- La observación continua de las principales actividades del SPSS a través de un grupo de indicadores específicos que pretenden ayudar a ajustar las actividades para garantizar la consecución de las metas del programa.
- La evaluación periódica de la eficiencia, resultados e impacto con el fin de determinar en qué medida se están alcanzando los objetivos y ver qué podría explicar las diferencias entre lo obtenido y lo esperado. (DGED, 2005).

Los principales objetivos del SPSS que son sujetos a evaluación son:

- Eliminar las barreras financieras al acceso a las intervenciones incluidas en el catálogo de servicios.
- Mejorar el acceso a servicios de calidad técnica y a los medicamentos y otros insumos requeridos para satisfacer las necesidades de los afiliados.
- Garantizar un trato adecuado a los usuarios.
- Reducir los gastos de bolsillo por motivos de salud.
- Reducir los gastos catastróficos y empobrecedores por motivos de salud.
- Impulsar la cultura del aseguramiento contra riesgos para la salud entre la población actualmente no asegurada.

Según la DGED (2005) las actividades de evaluación se dividen en dos áreas: evaluación indirecta y evaluación *ad hoc* externa. La indirecta se lleva a cabo mediante el seguimiento de indicadores básicos de desempeño de los Sistemas Nacional y Estatales de Salud, que incluyen información sobre las condiciones de salud, trato y protección financiera; esta evaluación se llevó a cabo en el 2003 con la Encuesta Nacional de Evaluación de Desempeño.

La evaluación *ad hoc* externa se diseñará e implementará por agencias externas que se contraten para tal fin, incluyendo componentes contables (auditoría del padrón, evaluación de flujos financieros y evaluación de desequilibrios financieros); de procesos

(afiliación y contribución familiar, acreditación de unidades, acceso, utilización y abasto de insumos); y de efectos (cobertura efectiva, condiciones de salud, trato adecuado y protección financiera).

Actualmente están disponibles los informes de resultados semestrales desde 2004; el último disponible es el del primer semestre de 2006 en el que se describe el diseño del Sistema de Indicadores del Seguro Popular, que son variables relacionadas directamente con la actividad de la CNPSS. Compuestos de 29 subíndices con desagregación estatal, los indicadores se dividen en seis grupos: financieros, familias afiliadas, captación de cuotas, red hospitalaria, servicios otorgados y número de unidades (CNPSS, 2006); el detalle de los subíndices correspondientes a cada rubro se presenta en el Anexo 2.

En la Tabla 7 se presentan las estadísticas de afiliación disponibles hasta el momento. El mayor crecimiento en la cobertura se dio en los primeros periodos: la cifra de familias afiliadas entre 2004 y 2005 creció un 127%; en el primer semestre del 2006 el cambio fue de tan sólo 200,814 familias. La distribución de los hogares muestra que la mayoría de las familias afiliadas son encabezadas por mujeres, y un alto porcentaje de las familias son hogares urbanos.

Las estadísticas a nivel individual muestran que más de la mitad de las personas afiliadas son mujeres, de las cuáles la mayoría se encuentran en edad fértil. Así mismo, mostramos que un poco más de un cuarto son menores de 10 años y un porcentaje muy bajo son adultos mayores, representando ambos grupos de edad el 32.2%; la afiliación de niños y adultos mayores es importante, ya que son de los individuos más vulnerables ante las enfermedades.

Tabla 7. Principales estadísticas de afiliación al SPSS

	2004	2005	2006 <sup>1</sup>
<i>Familias afiliadas</i>	1,563,572	3,555,977	3,756,791
Familias encabezadas por mujeres	1,197,670	2,484,606	3,011,902
	76.6%	69.9%	80.2%
Familias rurales	N.D.	1,471,252	1,425,654
		41.4%	37.9%
Familias urbanas	N.D.	1,999,206	2,276,090
		56.2%	60.6%
Familias sin identificar	N.D.	85,519	55,047
<i>Personas afiliadas</i>	5,318,289	11,404,861	11,690,861
Mujeres	2,805,674	6,107,337	6,271,747
	52.8%	53.5%	53.7%
Menores 0 a 10 años	N.D.	3,068,056	3,088,815
		26.9%	26.4%
Mayores de 65	N.D.	690,077	677,573
		6.1%	5.8%
Mujeres fértiles de 11 a 50	N.D.	3,717,632	3,848,098
		32.6%	32.9%
Promedio de integrantes por familia	3.4	3.2	3.1

Fuente: Informes de la CNPSS.

Nota: Las cifras son acumuladas. <sup>1</sup> Acumulado del primer semestre de 2006.

La Tabla 8 muestra la afiliación por decil de ingreso, donde se puede apreciar que los esfuerzos por integrar primero al SPSS a los hogares más desprotegidos económicamente desembocan en una alta concentración de familias afiliadas en los primeros deciles de ingreso. Es importante notar que solamente el 5% de las familias afiliadas pertenecen al régimen contributivo.

Tabla 8. Distribución de las familias afiliadas al SPSS por nivel de ingreso

	2004	2005	2006 <sup>1</sup>	
D1	1,047,121 66.97%	2,259,314 63.54%	2,362,537 62.89%	<i>Régimen no contributivo (95.10%)</i>
D2	425,387 27.21%	1,114,894 31.35%	1,210,060 32.21%	
D3	73,564 4.70%	136,961 3.85%	139,361 3.71%	
D4	13,645 0.87%	26,115 0.73%	25,768 0.69%	<i>Régimen contributivo (4.90%)</i>
D5	1,683 0.11%	8,101 0.23%	8,307 0.22%	
D6		4,789 0.13%	4,872 0.13%	
D7		2,811 0.08%	2,656 0.07%	
D8	21,722 <sup>2</sup> 1.39%	1,811 0.05%	1,917 0.05%	
D9		1,052 0.03%	1,115 0.03%	
D10		184 0.01%	198 0.01%	

Fuente: Informes de la CNPSS.

<sup>1</sup> Acumulado del primer semestre.

<sup>2</sup> Deciles del 6 al 10.

Además de los indicadores de resultados relacionados con las estadísticas de afiliación, es necesario analizar los efectos del SPSS. Recordando que uno de los principales objetivos del SPSS es transitar hacia el aseguramiento público para reducir la incertidumbre, y proteger a los hogares de incurrir en gastos excesivos que se traducen en pérdidas de bienestar, es importante conocer el *status quo* y el impacto que el SPSS tiene sobre la protección y la justicia financiera. En la siguiente sección,

mostramos un análisis de los indicadores de protección financiera, así como del impacto del SPSS, bajo el enfoque de la carga financiera, definido por la OMS (2000) como el más adecuado.

## **V. Protección Financiera y Seguro Popular**

Han sido diversos los estudios que se han realizado para México abarcando el tema de gasto en salud desde la perspectiva de la carga financiera. Parker et al. (1997) examinaron los determinantes del gasto monetario; usando características económicas y demográficas de los hogares como covariables, encontraron que la elasticidad del gasto en salud respecto al ingreso varía con el nivel de ingreso y con el estatus de aseguramiento; con datos de 1989 concluyen que el gasto monetario en salud es más sensitivo a cambios en ingreso en el grupo más pobre y en los hogares no asegurados, sugiriendo que éstos hogares son susceptibles a mayores reducciones en su gasto en salud en periodos de crisis económicas.

Torres (2003), basándose en el marco de la OMS, analiza el gasto de bolsillo y los principales factores asociados con que éste resulte en un empobrecimiento de las familias, encontrando que, independientemente del nivel de ingreso, el acceso a la seguridad social es importante en la determinación del gasto de bolsillo, así como la presencia de niños y de adultos mayores en el hogar, y la residencia en zonas rurales. Sugiere que la falta de un sistema de protección social es el principal determinante de pagos de bolsillo excesivos.

Pérez-Rico et al. (2005) describen las diferencias en gastos catastróficos en salud en Aguascalientes, Sinaloa, Morelos, Yucatán y Guerrero, encontrando que el riesgo de empobrecimiento a nivel nacional es mayor en los hogares pobres, rurales y no asegurados; sin embargo, los resultados difirieron entre las entidades. Concluyen que la implantación de políticas locales debe basarse en evidencias generadas por análisis a nivel local para que se garantice su éxito.



Sesma-Vázquez et al. (2005) estudian la magnitud, distribución y determinantes de los gastos catastróficos basándose en la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002, encontrando que el 3.8% de los hogares incurrieron en gastos catastróficos en salud y que el mayor riesgo lo enfrentan hogares pobres, no asegurados y rurales, con presencia de algún miembro con discapacidad, adultos mayores y los hogares en los que hubo ocurrencia de algún parto.

La mayoría de los análisis encontrados se refieren al periodo anterior a la reforma por la que se estableció el SPSS. Abarcando periodos posteriores, Knaul et al. (2005b) analizan las tendencias en la protección financiera del sistema de salud de 1992 a 2004, midiendo el gasto catastrófico y empobrecedor en salud, así como el índice de justicia en la protección financiera; los autores concluyen que los gastos excesivos empeoraron en el periodo de la crisis económica de 1994, para después presentar una mejora sostenida en el periodo posterior; su evidencia sugiere un impacto importante del rol del aseguramiento en salud del Seguro Popular.

Refiriéndose explícitamente al impacto del SPSS, Knaul et al. (2005a) se basan en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares del 2000 y en la Encuesta Nacional de Aseguramiento y Gasto en Salud del 2001 para realizar simulaciones sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos, concluyendo que aun antes de lograr la cobertura universal, habrá un impacto significativo en el desempeño del sistema de salud mexicano.

Partiendo del marco conceptual ya presentado y de los estudios previos, este análisis pretende contribuir a la literatura referente a la evaluación del sistema de salud mexicano, profundizando en el periodo 2004 (después de la implantación del SPSS) y realizando simulaciones de impacto para el periodo 2005. A continuación se define la metodología, los datos y los resultados.

## Metodología

La carga financiera en salud de los hogares se representa por medio de la contribución financiera del hogar (HFC); se define como la razón del gasto en salud (HE) con respecto a la capacidad de pago (CTP) en un periodo de tiempo determinado:

$$HFC_i = \frac{HE_i}{CTP_i} \quad (1)$$

En concordancia con el marco de la OMS y el de la Dirección General de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud, se define el gasto de bolsillo en salud como todas las erogaciones, tanto monetarias como no monetarias, destinadas a adquirir servicios y bienes relacionados con el cuidado o la mejora de la salud. Además de los gastos de bolsillo, existen otros componentes de HE que no son tan evidentes, como las contribuciones a la seguridad social y la fracción del pago de impuestos que el gobierno dirige al gasto en salud; su cálculo requiere información específica de las leyes de seguridad social y ajustes con información de cuentas nacionales. Este análisis se concentrará en el gasto de bolsillo, dejando para estudios posteriores el refinamiento de los cálculos del total de la contribución financiera a los hogares.

El denominador en (1) se refiere a la capacidad de pago, que es el ingreso efectivo menos el gasto en subsistencia. El ingreso efectivo refleja la tendencia de los hogares a suavizar el consumo sobre un periodo del tiempo, tomando en cuenta las variaciones esperadas, los activos y las ganancias potenciales futuras, bajo el supuesto de que los mecanismos de suavización, es decir, los mercados de capitales, están disponibles para todos los hogares. Para reflejar el hecho de que las familias suavizan su consumo en el tiempo, se ha definido el ingreso efectivo como el nivel de consumo que el hogar puede alcanzar (Xu et al., 2003a). Para medir el gasto en subsistencia han sido empleados varios enfoques, que incluyen el empleo de líneas de pobreza o del gasto en

salud; en este análisis se utilizará el enfoque de la OMS (2000), en el cual el gasto en alimentación, sin incluir artículos considerados de lujo, se utiliza como proxy del gasto en subsistencia.

Partiendo de HFC es posible definir un umbral a partir del cual los gastos en salud pueden ser catastróficos para un hogar. Torres y Knaul (2003) señalan que la OMS establece que los gastos en salud pueden causar empobrecimiento cuando un hogar destina más del 50% de su ingreso efectivo a ellos; sin embargo para países en desarrollo el umbral se ha definido en 30%, por lo que éste criterio será utilizado para definir los hogares con gasto catastrófico (GCAT).

Clavero y Álvarez (2005) al abordar los enfoques econométricos aplicados a la demanda y utilización de servicios de salud, señalan que los modelos logit o probit son apropiados para determinar probabilidades de ocurrencia, ya sea de efectuar visitas al médico, o de ser hospitalizados. Para analizar el gasto efectuado, los modelos tobit son adecuados para analizar la decisión de compra y el nivel de gasto. Con base en esta idea, y en literatura previa para el caso mexicano, se utilizará el modelo probit para analizar los determinantes de la ocurrencia de gasto catastrófico y tobit para las proporciones de gasto en salud y sus componentes.

Una vez definida la ocurrencia de gastos catastróficos por motivos de salud, se analizan sus determinantes por medio de modelos de regresión probit. Este tipo de modelos permiten explicar el comportamiento de una variable dicotómica por medio de un índice no observable o variable latente que se determina por varias variables explicativas, utilizando el método de máxima verosimilitud y la función de distribución acumulativa normal (Gujarati, 1997). Las siguientes ecuaciones muestran la especificación del modelo:

$$I_i = \beta X_i + E_i \quad i=1, 2, \dots, n \quad (2)$$

$$Y_i = 1 \text{ si } I_i \geq I_i^* \quad (3)$$

En este caso,  $I_i$  es el gasto de bolsillo en salud por hogar;  $I_i=0$  si  $I_i < I_i^*$  y  $I_i^*=0.30*CTP$ . Con base en la literatura existente (Torres y Knaul, 2003; Torres, 2003; Knaul et al., 2003; Sesma-Vázquez et al., 2005; Nigenda et al., 2003), se eligieron como variables independientes algunas características sociodemográficas del hogar, así como características de la vivienda que se definen en la Tabla 9:

*Tabla 9. Definición de variables para los modelos probit*

Variable	Definición
Das	Condición de aseguramiento (0 si ningún miembro del hogar reportó estar afiliado a alguna institución de seguridad social, 1 en caso contrario)
Dniños	1 si en el hogar está presente algún menor de 5 años, 0 en caso contrario
Dmayor	1 si en el hogar habita alguna persona mayor de 65 años, 0 en otro caso
Dfértil	1 si en el hogar habita alguna mujer en edad fértil (entre 15 y 45 años), 0 en otro caso
Dsexo	1 si el jefe del hogar es mujer, 0 en cualquier otro caso
Jefeedad	edad del jefe del hogar
Jefeedu	años de educación del jefe del hogar
Drural	1 si el hogar está en una localidad rural (con menos de 15,000 habitantes), 0 en otro caso
Dpiso	1 si el piso es de algún material firme, 0 en otro caso
Dtecho	1 si el techo de la vivienda es de algún material firme, 0 en otro caso
Dagua	1 si la vivienda tiene acceso a agua entubada, 0 en cualquier otro caso

Después de analizar los determinantes de la incidencia de gastos catastróficos, se realiza un análisis del comportamiento de la proporción de gasto en salud, así como de sus componentes. Para hacerlo se utilizan modelos tobit, que es una extensión del modelo probit. Se emplea este modelo porque se aplica para casos en que la variable dependiente es limitada; en este caso, se impone la restricción de que las proporciones

de gasto no pueden tomar valores negativos (Gujarati, 1997). Las siguientes ecuaciones muestran la especificación del modelo:

$$Y_i^* = \beta_0 + \beta X_i + \varepsilon \text{ si } Y_i^* > 0 \quad (4)$$

$$Y_i^* = 0 \text{ en los demás casos} \quad (5)$$

$$Y_i^* = \beta X_i + \varepsilon, \varepsilon \sim N(0, \delta^2) \quad (6)$$

$$Y_i = Y_i^* \text{ si } Y_i^* > 0 \quad (7)$$

$$Y_i = 0 \text{ si } Y_i^* \leq 0 \quad (8)$$

$Y_i$  será la proporción de gasto correspondiente en cada modelo, y las variables independientes se definen de la siguiente manera (Tabla 10):

*Tabla 10. Definición de variables para los modelos tobit*

Variable	Definición
Das	Condición de aseguramiento del hogar
Niños	número de menores de 5 años
Mayores	número de habitantes mayores de 65 años
Fértil	número de mujeres en edad fértil (15 a 45 años)
Dsexo	1 si el jefe del hogar es mujer, 0 en cualquier otro caso
Jefeedu	años de escolaridad del jefe del hogar
Dpiso	1 si el piso es de algún material firme, 0 en otro caso
Dtecho	1 si el techo de la vivienda es de algún material firme, 0 en otro caso
Dagua	1 si la vivienda tiene acceso a agua entubada, 0 en cualquier otro caso
Dtecho	1 si el techo de la vivienda es de algún material firme, 0 en otro caso
Dagua	1 si la vivienda tiene acceso a agua entubada, 0 en cualquier otro caso

Para realizar la simulación del impacto del SPSS, se utilizó un modelo logit (de respuesta binaria) para la probabilidad de afiliarse al Seguro Popular. El objetivo de este

tipo de modelos es explicar los efectos de las variables independientes en la probabilidad de respuesta de la dependiente (Wooldridge, 2001), es decir, sobre la probabilidad de ocurrencia de estar afiliado al SPSS. La especificación del modelo es la siguiente:

$$\text{Logit } P = \log \frac{P}{1-P} = \beta_0 + \beta X_i \quad (9)$$

En donde P es la probabilidad de ocurrencia de la variable dicotómica,  $\beta$  son los parámetros estimados por el método de máxima verosimilitud y X son las covariables. Las variables independientes empleadas en esta estimación son dninos, Dmayor, Dfértil, Dsexo, Jefeedu, Drural, Dpiso, Dtecho y Dagua, definidas como en la especificación del modelo probit.

Además de analizar el comportamiento de los gastos de bolsillo en salud, se presenta el Índice de Justicia en la Contribución Financiera (IJCF), que permite comparar diferentes distribuciones de la HFC. La OMS (2000), presentan la siguiente fórmula para el cálculo del IJCF:

$$\text{IJCF} = 1 - 4 \left( \frac{\sum_{i=1}^{i=n} |HFC_i - \overline{HFC}|^3}{0.125n} \right) \quad (10)$$

Esta es una medida de desviación, en la que las diferencias a la media estén elevadas al cubo para dar más peso a la cola derecha de la distribución (a los hogares con más tendencia a presentar gastos catastróficos). El IJCF tomará el valor de 1 cuando la distribución presenta características de equidad, es decir, cuando todos los hogares enfrentan la misma carga financiera, y 0 cuando hay completa inequidad (Xu et al., 2003b).

## **Datos**

Los datos usados se obtuvieron de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) para 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004 y 2005 conducidas por el INEGI. Estas encuestas recogen información a nivel hogar de los ingresos, gastos, y de las características de la vivienda; y a nivel individual de características sociodemográficas. Tradicionalmente se realizaban con una periodicidad bianual, sin embargo, recientemente fue publicada una edición para el año 2005, lo que permitirá realizar las simulaciones del impacto del SPSS para este último periodo. Para el 2004 se considera además, el Módulo de Programas Sociales complementario a la ENIGH, de dónde es posible determinar cuáles hogares se encontraban afiliados al SPSS en ese año. En el Anexo 3 se muestra el tamaño de la muestra de cada ENIGH, que va desde 10,530 hogares en 1992, hasta 23,174 en 2005.

El gasto total en salud (HE) se refiere a la suma del gasto monetario y del no monetario en todos los bienes y servicios relacionados con este grupo. En las ENIGH el gasto en salud se reporta dividido en varias categorías: aparatos ortopédicos y terapéuticos, atención hospitalaria excepto partos, consulta externa no hospitalaria ni embarazo, control de peso, material de curación, medicamentos recetados, medicamentos sin receta y material de curación, medicina alternativo, seguros médicos, servicios médicos y medicamentos durante el embarazo y servicios médicos durante el parto. Los conceptos incluidos en cada una de estas categorías fueron reagrupados en tres grandes objetos del gasto, según lo que se reporta en el Sistema de Cuentas Nacionales: servicios hospitalarios, servicios no hospitalarios y medicamentos (DGED, 2003b). Para calcular la capacidad de pago (CTP), a la suma del gasto total se le resta el gasto en alimentos, sin incluir bebidas alcohólicas, tabaco y alimentos consumidos fuera del hogar, como una aproximación al gasto en subsistencia del hogar. A partir del gasto

en salud (HE) y la capacidad de pago (CTP) se calcula la contribución financiera del hogar (HFC). Considerando un umbral del 30%, se definen los hogares que enfrentaron gastos catastróficos en salud. Debido a que el periodo de referencia de la recolección de los datos varía según el rubro en cuestión, se decidió usar las cifras trimestrales normalizadas.

Para construir la variable de la condición de aseguramiento (Das), se considera que el hogar es asegurado si al menos uno de los integrantes reportó ser beneficiario de algún sistema de seguridad social. La ENIGH reporta información sobre los individuos que reciben como prestación el estar afiliados al IMSS, ISSSTE, PEMEX, SECMAR, SEDENA, o servicios médicos privados o de universidades. Además, se consideraron como asegurados aquellos hogares que reportaron algún desembolso como pagos a seguros médicos.

En la construcción de las características sociodemográficas del hogar se consideraron como niños a los habitantes menores de 5 años; los adultos mayores comprenden habitantes mayores de 65 años; y las mujeres en edad fértil son las que tienen entre 15 y 45 años de edad.

Debido a la falta de uniformidad entre las ediciones del la ENIGH, la información relativa a la educación fue convertida a años utilizando aproximaciones según el nivel de educación reportado; incluye tanto educación formal como educación técnica; las posibles combinaciones de los tipos de educación fueron tratadas individualmente para sumarlas y tener una mejor aproximación de los años de educación. Como localidad ubicada en el estrato rural se consideraron las que se reportan habitadas por menos de 15,000 personas.

Se considera que una vivienda tiene piso firme cuando se reportó con algún material distinto a la tierra, incluyendo cemento firme, y recubrimientos como mosaico,



madera, alfombra y otros. El techo se considera como de material firme cuando está hecho de panel de concreto, tabique, ladrillo, block, y cemento entre otros. El acceso a agua se define como la disponibilidad de agua entubada, ya sea dentro o fuera de la vivienda, pero sí en el terreno o edificio.

Se presentarán estadísticas y resultados de acuerdo al nivel de ingreso, construyendo quintiles y deciles de ingreso per cápita. Para obtener el ingreso per cápita se dividió la suma de los ingresos totales en el hogar entre el número de habitantes. Para la construcción de los niveles de ingreso, así como para otras estadísticas y estimaciones se hace uso del factor de expansión reportado en la ENIGH para cada hogar, definido como el inverso de la probabilidad de que un hogar sea elegido para participar en la encuesta, y se usan para tener representatividad a nivel nacional de los resultados. Las estadísticas descriptivas de las variables empleadas se presentan en el Anexo 3.

## **Resultados**

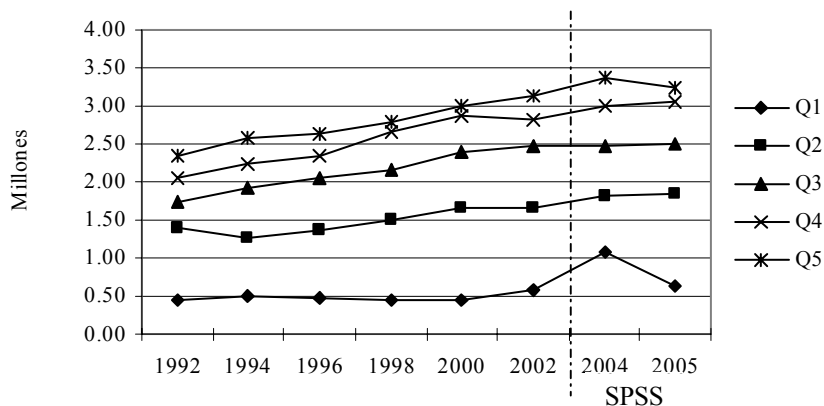
### **Contribución financiera y composición del gasto en salud**

Como fue mencionado con anterioridad, el Sistema de Salud en México evolucionó manteniendo una serie de desequilibrios entre las personas aseguradas y las no aseguradas; en 1992 menos de la mitad de los hogares (44.81%) tenían acceso a la seguridad social, situación que no ha mejorado a lo largo del tiempo, ya que todavía en 2002 el porcentaje no presentó incrementos considerables (43.26%). A pesar de los esfuerzos por ampliar la cobertura derivados de la implantación del SPSS, en 2004 el avance fue modesto, reportándose el 46.76% de hogares cubiertos.

La Figura 5 ilustra cómo ha evolucionado el nivel de aseguramiento por quintil de ingreso; sistemáticamente son los hogares más ricos los que concentran la mayor

cantidad de asegurados. En contraste, hasta el 2000 la cantidad absoluta de hogares afiliados a algún sistema de seguridad social permaneció sin cambios significativos.

*Figura 5. Hogares asegurados por nivel de ingreso*



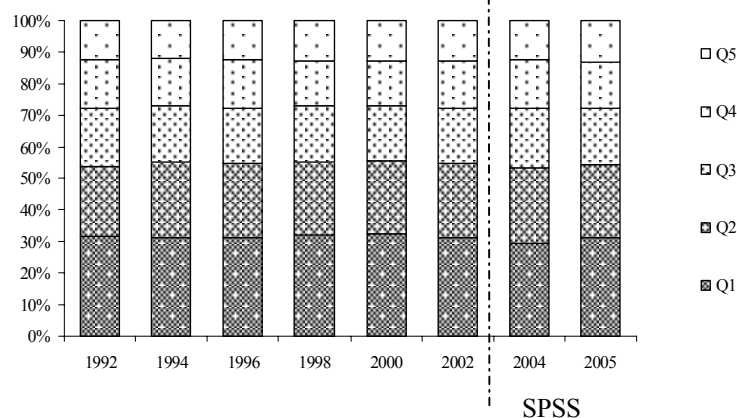
Fuente: Construcción propia con datos de ENIGH.

Nota: Hogares ordenados de acuerdo al ingreso per cápita. En 2004 se incluyen los hogares afiliados al SPSS con información del Módulo de Programas Sociales. En 2005 sólo se incluyen los afiliados al SPSS que reportaron haber pagado cuota, ya que es la única información disponible en la ENIGH.

Mientras que en el primer periodo considerado 2,350,177 hogares reportaron estar asegurados, en 2000 la cantidad fue de 3,144,600; la tasa de crecimiento de 1992 a 2000 de los hogares clasificados en el primer quintil (el más pobre) fue de 32%, y el nivel de aseguramiento creció en una tasa menos que proporcional (28%) .

No fue sino hasta 2004 que se vio un crecimiento importante en el aseguramiento de los quintiles más bajos, año para el cual se disponen datos de los afiliados al SPSS; el descenso en 2005 refleja el hecho de que la ENIGH no capta los hogares afiliados al SPSS; de los informes de resultados de la CNPSS, se puede saber que en ese periodo los afiliados al SPSS en el quintil más bajo son 1,114,894 hogares, y en el quintil 2 son 2,259,314 hogares. Cabe aclarar que no está disponible la fórmula específica en que el SPSS determina los niveles de ingreso, por lo que la definición de los quintiles no necesariamente coincide entre la aquí utilizada y la presentada por la SPSS.

Figura 6. Distribución de los hogares no asegurados



Fuente: Construcción propia a partir de las ENIGH. Los hogares están ordenados de acuerdo al ingreso per cápita.

Como resultado del bajo nivel de aseguramiento, la distribución de los hogares no asegurados (Figura 6) no ha cambiado en el periodo considerado, reflejando la regresividad sistemática de las políticas tradicionales de seguridad social. Más de la mitad de los hogares no asegurados se concentra en los primeros dos deciles, mientras que menos del 10% están en el nivel más alto de ingreso.

La Tabla 11 muestra las medias de la HFC por quintil de ingreso, para los hogares que registran gasto positivo en salud. Es posible observar que en promedio la contribución de los hogares al sistema de salud (que en este estudio incluye las erogaciones en salud reportadas en la ENIGH) en la mayoría de los casos es mayor para los hogares no asegurados; estos resultados dan señales de la inequidad en el gasto, y sugieren que los hogares que cuentan con protección social en salud efectivamente están más protegidos financieramente, ya que tienen que desembolsar menores proporciones de su capacidad de pago en bienes y servicios de salud. Por ejemplo, en el 2002

(periodo anterior al establecimiento del SPSS), en todos los quintiles de ingreso, excepto en el segundo, los hogares sin aseguramiento destinaron más proporción de su capacidad de pago al gasto en salud que los asegurados. Es importante observar que los años en que los quintiles más bajos sufrieron de mayor carga financiera (1996, 1998, 2000) corresponden al periodo posterior a la crisis económica de 1994.

*Tabla 11. Medias de la contribución financiera al sistema de salud por nivel de ingreso (HFC en porcentaje a la capacidad de pago)*

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
1992	A.	4.68	4.71	4.53	4.54	4.43
	N.A.	5.20	5.22	5.14	4.70	4.44
1994	A.	4.49	4.54	4.92	4.02	3.49
	N.A.	5.09	4.96	5.08	4.84	4.86
1996	A.	7.86	5.82	6.40	4.85	4.76
	N.A.	4.41	5.02	5.52	5.93	6.24
1998	A.	7.69	4.91	6.01	5.02	4.21
	N.A.	5.31	5.63	5.49	5.23	4.44
2000	A.	8.96	6.36	5.63	5.98	4.34
	N.A.	5.66	7.12	6.54	6.11	5.33
2002	A.	4.58	5.46	3.98	3.65	3.42
	N.A.	5.26	5.39	5.29	5.29	4.71
2004	A. <sup>1</sup>	6.76	6.15	5.49	5.80	4.72
	N.A.	7.41	6.82	7.46	6.40	5.29
	SPSS	7.95	7.13	6.16	5.61	3.50
2005	A.	6.13	4.10	4.46	4.66	3.53
	N.A.	5.94	5.46	5.37	4.90	4.04

Fuente: Construcción propia con base en ENIGH.

Notas: Se incluyen los hogares con gasto en salud positivo. HFC definida como en (1).

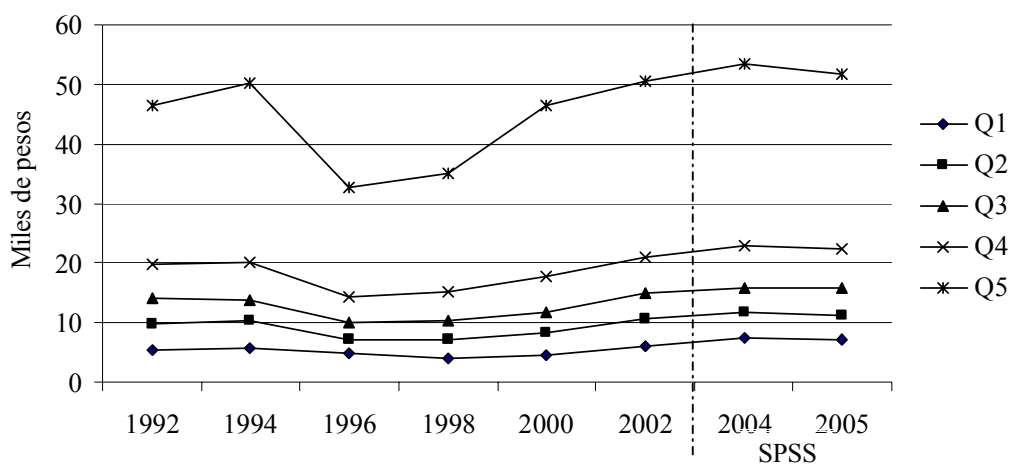
A. se refiere a los hogares asegurados, N.A. a los no asegurados y SP a los hogares afiliados por el SPSS.

<sup>1</sup>En 2004 A no incluye a los afiliados por SPSS. Para 2005 no se muestra por separado el promedio correspondiente al SPSS debido a que con la información de la ENIGH muy pocos hogares se identificaron como afiliados.

Hogares ordenados según su ingreso per cápita.

Con base en los resultados de Parker et al. (1997), que encontraron que en periodos de crisis económicas los hogares más pobres son más susceptibles de reducir su gasto en salud, se puede sugerir que a pesar de que en el periodo post-crisis se redujo el gasto, la carga financiera fue mayor, debido a reducciones en la capacidad de pago. La Figura 7 muestra la evolución de la capacidad de pagos en términos reales por quintil de ingreso, en la que podemos observar marcadas reducciones en 1996, para después recuperarse lentamente.

*Figura 7. Evolución de la Capacidad de Pago*



Fuente: Construcción propia con base en ENIGH.

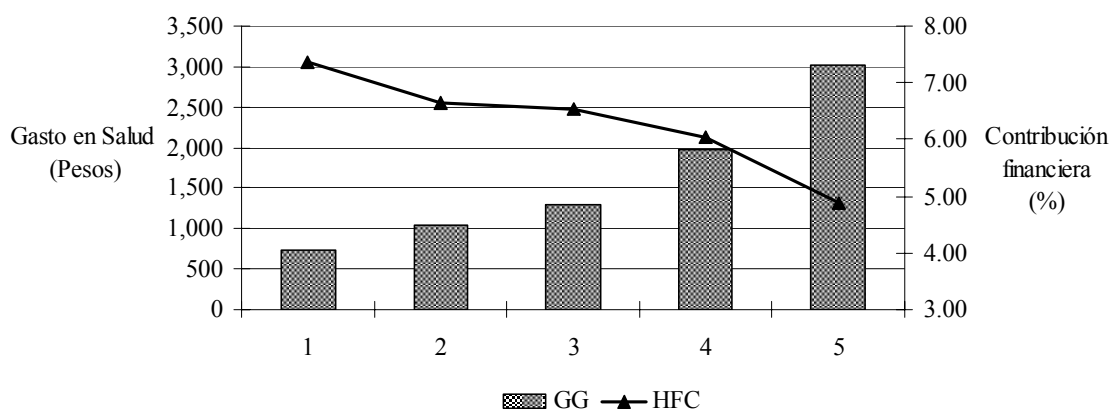
Nota: La capacidad de pago se define como el gasto total menos el gasto en alimento (que no incluye bienes suntuarios). Son miles de pesos reales; los valores se deflactaron con Índice Nacional de Precios al Consumidor (base segunda quincena de junio de 2002) de diciembre de cada año.

Además de observar la evolución de la capacidad de pago, es importante que notemos la relación inversa que existe entre el nivel de gasto en salud y la contribución financiera por quintil de ingreso (Figura 8). La capacidad de pago se incrementa con el nivel de ingreso, y obviamente también los niveles de gasto en salud; en 2004 mientras que los hogares del primer quintil de ingreso dedicaron \$730.43 a los bienes y servicios de salud, los hogares más ricos gastaron cuatro veces más (\$3018.97)<sup>7</sup>. En contraste, la contribución financiera decrece con el nivel de ingreso: el primer decil presentó una

<sup>7</sup> La evolución en términos reales para los demás periodos se muestra en el Anexo X.

contribución financiera del 7.36% mientras que en el último fue de 4.89%. La carga financiera en los hogares pobres por gasto de bolsillo en salud es sustancialmente mayor que la que enfrentan los hogares con mejores niveles de ingreso, sin embargo, el monto del gasto es significativamente más pequeño, lo que se traduce en menores oportunidades de desarrollar y cuidar su salud, uno de los principales componentes del capital humano. Además, al dedicarse mayor proporción de su capacidad de pago a la salud, la inversión en otro tipo de bienes y la demanda por otros satisfactores también se ve desplazada. Este es un punto focal al que debe enfocarse el SPSS, por lo que es necesario ahondar en la situación de los afiliados al programa.

*Figura 8. Gasto en Salud y Contribución Financiera (HFC) por nivel de ingreso 2004*



Fuente: Construcción propia con base en ENIGH.

Nota: Se muestran promedios por nivel de ingreso, incluyendo hogares con gasto positivo en salud. El gasto en salud se expresa en pesos corrientes (eje izquierdo). La contribución financiera (eje derecho) se define en (1).

Remontándonos a la información de la Tabla 11, podemos comparar las contribuciones financieras de los hogares afiliados al SPSS contra los afiliados a los sistemas tradicionales y los no asegurados (2004). Es interesante notar que los afiliados al SPSS de los quintiles más pobres dedican más proporción de su capacidad de pago al gasto en salud que los asegurados por otros sistemas, e incluso que los no asegurados. Del tercer al quinto nivel de ingreso sí podemos observar que los afiliados al SPSS gastan menos en salud que los no asegurados. Para los últimos dos quintiles, la

contribución financiera de los afiliados al SPSS es menor que en los afiliados a otros sistemas. De estos datos podemos inferir que en los hogares que cuentan con SPSS en los quintiles más bajos el gasto en salud no se ha ajustado a los niveles deseables, es decir, que en promedio no se ha observado una reducción en su contribución financiera (representada en este estudio por los gastos de bolsillo).

Atención especial debe prestarse en los hogares que no reportaron gasto en salud. Clavero y González (2005) señalan que hay tres fases en la toma de decisión del individuo: la necesidad en forma de enfermedad o malestar; la demanda que es cuando se toma la decisión de contactar al sistema de salud para requerir servicios; y la utilización, que es cuando los prestadores de servicios determinan que la necesidad y la atención están justificadas y el individuo recibe la atención. Los mencionados autores señalan también que hay dos enfoques clásicos para analizar la demanda de servicios de salud: la teoría tradicional del consumidor que considera al individuo como el principal agente que determina la demanda de servicios de salud, aunque condicionado por la organización del sistema; y los modelos agente-principal, en los que el médico funge como el agente del paciente, determinando la cantidad de servicios médicos utilizados en nombre del paciente. Un problema teórico importante surge del hecho de que la utilización de los servicios de salud reflejados en el gasto en adquirir bienes y servicios, no necesariamente coincidirá con la demanda o las necesidades de salud del individuo, ya que puede no demandar efectivamente la atención médica aún necesiéndola.

La OMS (2000) señala que una de las razones por las que la necesidad puede no traducirse en demanda es la pobreza, y sugiere que este problema pudiera enfrentarse con la oferta de servicios de bajo costo, no sólo en términos monetarios, sino también en tiempo y otros gastos no médicos. Además pueden existir otros factores más allá de los

monetarios afectando las inconsistencias entre lo que las personas necesitan y lo que realmente demandan, como cuestiones idiosincrásicas individuales.

Pocos son los estudios que hay sobre la no demanda de servicios de salud; Arreola et al. (2003b) abordan el tema para el caso de México haciendo uso de la información de la Encuesta Nacional de Salud del 2000; ellos mencionan que la no demanda se puede abordar desde dos perspectivas: la no demanda de atención curativa cuando los individuos tienen la necesidad sentida o condicionada ala ocurrencia de una enfermedad previa; y la no demanda de atención preventiva, cuando la necesidad no necesariamente se percibe en forma individual, mas sí en el ámbito social, condicionada a no estar enfermo.

En el análisis también encuentran evidencia de que la probabilidad de no demandar atención preventiva en México es de 92%; mientras que la de no demandar atención curativa dado que se estuvo enfermo es de 22%. Arreola et al. (2003b) también señalan que, si la no demanda de atención a la salud no estuviera condicionada a una necesidad sentida, se determina por el grupo de edad del individuo, principalmente en los niños, adolescentes y mayores de 65 años, por ser hombre, por ser pobre, y por todas las barreras al acceso como el costo de la atención, la distancia a los centros de salud, el no tener dinero para pagar un servicio, y el no tener confianza en el servicio, entre otros. Caso contrario es el del nivel de escolaridad, del que se menciona que es un factor de protección frente a la no demanda.

En la Tabla 12 se presenta la distribución de los hogares en los que no se registró demanda por servicios y artículos de salud; más de un cuarto de la población no reportó demanda, por lo menos en el periodo de referencia que la ENIGH toma en cuenta. Podemos apreciar de manera general que a medida en que aumenta el nivel de ingreso, el porcentaje de hogares que no gastan en salud decrece. El análisis de los determinantes



de la no demanda en salud está fuera del alcance de este estudio, por lo que para evitar sesgos en las especificaciones de los modelos probit para el gasto catastrófico en salud se excluyen los hogares con no demanda; en los modelos tobit estos hogares sí son incluidos, debido a que ese tipo de especificación es para variables limitadas y considera la censura en el gasto.

*Tabla 12. Porcentaje de hogares sin gasto en salud por nivel de ingreso*

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total
1992	7.70	5.79	5.20	4.67	3.90	27.25
1994	6.94	6.36	6.01	5.54	4.81	29.66
1996	7.03	6.23	5.58	5.52	4.07	28.43
1998	8.68	6.51	5.62	5.43	4.79	31.04
2000	6.96	4.74	4.31	3.51	3.40	22.92
2002	6.03	5.23	5.29	5.08	5.22	26.86
2004	5.53	4.73	4.86	4.48	3.73	23.31
2005	5.94	5.12	5.23	5.56	5.06	26.90

Fuente: Construcción propia con base en las ENIGH.

Nota: Porcentaje de hogares con gasto en salud=0. Hogares ordenados por ingreso per cápita.

En la Tabla 13 se presenta la composición del gasto en salud dividiéndolo en gasto hospitalario, no hospitalario, medicamentos y prepago (seguros privados), para el 2002 y el 2004. En el año 2002 para los no asegurados, observamos que en el primer nivel de ingreso el rubro en el que más se gasto es en los servicios no hospitalarios, seguido por el de medicamentos y por el no hospitalario. El segundo y tercer nivel dedican la mayor parte del gasto en salud a la compra de medicamentos, mientras que en los niveles superiores, este mismo rubro es el menor. Si la mayor parte del gasto en salud en los hogares no asegurados en los quintiles más bajos se dedica a la compra de medicamentos y al rubro no hospitalario, es importante que el SPSS provea un abasto adecuado y suficiente de medicamentos para que pueda tener un impacto negativo sobre

la contribución financiera total de los grupos vulnerables; de la misma manera, la correcta definición de la cobertura de los servicios no hospitalarios y su disponibilidad, influirá en la reducción de las contribuciones financieras.

*Tabla 13. Composición del gasto en salud  
(Porcentaje sobre el gasto total en salud)*

			Hospitalario	No hosp.	Medicamentos	Prepago	CF SPSS
2002	No asegurados	Q1	30.29	36.00	33.71		
		Q2	22.35	35.59	42.06		
		Q3	23.69	31.83	44.48		
		Q4	32.64	35.66	31.70		
		Q5	36.09	35.48	28.43		
	Asegurados	Q1	24.10	38.20	37.35	0.35	
		Q2	48.57	24.17	26.34	0.93	
		Q3	30.26	35.66	33.11	0.97	
		Q4	32.40	35.18	31.68	0.74	
		Q5	36.01	32.66	21.77	9.57	
2004	No asegurados	Q1	35.76	29.52	34.72		
		Q2	19.97	40.98	39.05		
		Q3	21.65	33.90	44.45		
		Q4	34.76	31.97	33.27		
		Q5	23.07	42.46	34.47		
	Asegurados (excluyendo los asegurados por SPSS)	Q1	32.53	32.91	29.70	4.86	
		Q2	47.65	23.29	28.26	0.80	
		Q3	29.53	28.40	41.24	0.82	
		Q4	44.26	27.95	25.89	1.90	
		Q5	31.97	33.09	29.28	5.67	
Asegurados por SPSS	Q1	41.37	23.85	29.08	0.06	5.64	
	Q2	32.05	30.67	29.13	0.31	7.83	
	Q3	20.86	26.93	38.81	0.00	13.40	
	Q4	19.80	24.88	40.92	0.00	14.40	
	Q5	14.84	28.11	43.39	0.00	13.66	

Fuente: Construcción propia con datos de ENIGH.

Nota: Hogares ordenados por ingreso per cápita.

Analizando el periodo del 2004, podemos comparar las composiciones de los afiliados al SPSS con los otros grupos de hogares. Observamos que en promedio los hogares protegidos por el SPSS de los quintiles inferiores gastan menos en medicamentos respecto a los no asegurados, y proporciones similares a las de los asegurados por otros sistemas. La relación entre el nivel de ingreso y la proporción de gasto en medicamentos en los afiliados al SPSS es claramente directa, lo que no se observa en los otros grupos de hogares; esto sugiere que el Seguro Popular desplaza el gasto antes dedicado a medicamentos a otros rubros de servicios de salud para los hogares más pobres.

Los servicios que provee el SPSS pertenecen predominantemente al rubro de los no hospitalarios, por lo que se pueden observar que en promedio los afiliados al Seguro Popular efectivamente dedican menos proporción de su gasto en salud hacia estos servicios que los no asegurados, e incluso que los asegurados de otros sistemas. En el rubro del gasto hospitalario destaca que entre los hogares del SPSS la proporción descende conforme el nivel de ingreso.

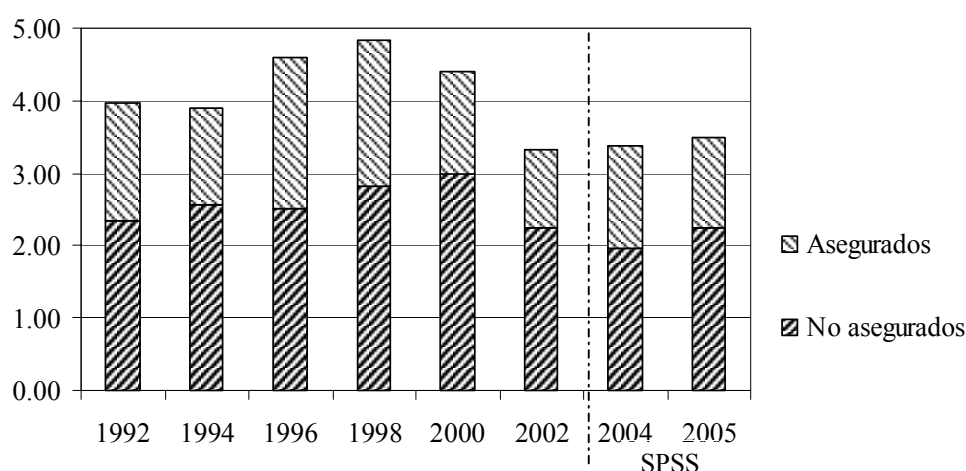
En el rubro del prepago, que incluye cuotas pagados a seguros médicos privados en el 2002 no representó ni siquiera un punto porcentual del gasto en salud. Solamente en los hogares más ricos la proporción es considerable (cercana a 10%). Para el año de 2004 es interesante el hecho de que existen hogares en el nivel de ingreso más bajo que están pagando cuotas de seguros médicos privado en lugar de afiliarse a la opción subsidiada del SPSS; conforme exista más disponibilidad de datos para periodos posteriores se podrá analizar si los hogares más pobres efectivamente sustituyen el prepago privado por el sistema de aseguramiento público.

En los quintiles superiores de los afiliados al SPSS el promedio, de prepago privado es cero. Si bien es cierto que uno de los principios fundamentales del SPSS es una mayor democratización en el acceso a los servicios de salud para aumentar la inclusión, resulta necesario analizar si se están creando distorsiones de mercado. Estas distorsiones de mercado pueden surgir de una decisión racional de los hogares de preferir un aseguramiento público subsidiado sobre adquirir un seguro privado aunque su capacidad de pago le permita adquirirlo.

### Incidencia de gastos catastróficos

Recordando la definición de que un hogar enfrenta gastos catastróficos (GCAT) cuando su gasto en salud representa 30% o más de la capacidad de pago, en la Figura 9 se presenta el porcentaje de hogares que incurrieron en GCAT sobre los que reportaron gasto positivo en salud. En 1992 el porcentaje total fue de 3.97%, mientras que en 1994 fue de 3.91%; en los tres periodos posteriores, correspondientes a la post-crisis se observó un aumento considerable, sobre todo en 1998, cuando la incidencia se acercó al 5%.

*Figura 9. Gasto Catastrófico por condición de aseguramiento*



Fuente: Construcción propia con datos de ENIGH.

Nota: Se presenta el porcentaje de hogares que incurrieron en gasto catastrófico sobre los hogares que reportaron gasto positivo en salud.

Enfocándonos en el periodo posterior a la última reforma en salud, en 2004, periodo en el que ya se contaban 1,563,572 afiliadas al SPSS, no se puede observar mejoras en la protección financiera; en 2005 con cerca de 4 millones afiliadas, los hogares con gastos catastróficos representaron un porcentaje ligeramente mayor que en 2002. Los resultados de estos últimos periodos en comparación con el 2002 ponen de manifiesto que los esfuerzos realizados por el SPSS por cumplir el objetivo de mejorar la protección financiera no han sido suficientes. También es posible observar que los hogares sin aseguramiento son los más vulnerables de sufrir gastos catastróficos por motivos de salud.

*Tabla 14. Incidencia de GCAT y distribución por nivel de ingreso*

	Total		Distribución									
			Q1		Q2		Q3		Q4		Q5	
	A.	N.A.	A.	N.A.	A.	N.A.	A.	N.A.	A.	N.A.	A.	N.A.
1992	1.62	2.36	0.09	0.87	0.31	0.51	0.29	0.37	0.41	0.40	0.52	0.20
1994	1.40	2.55	0.11	0.81	0.27	0.59	0.46	0.58	0.32	0.31	0.20	0.27
1996	2.09	2.51	0.19	0.51	0.35	0.51	0.78	0.51	0.33	0.52	0.44	0.46
1998	2.01	2.82	0.23	1.00	0.26	0.74	0.55	0.40	0.56	0.33	0.40	0.35
2000	1.42	2.98	0.17	0.95	0.21	0.66	0.31	0.62	0.55	0.38	0.19	0.37
2002	1.06	2.26	0.08	0.65	0.31	0.58	0.20	0.30	0.23	0.35	0.24	0.38
2004	1.39	1.97	0.20	0.57	0.25	0.53	0.26	0.41	0.40	0.27	0.29	0.19
2005	1.26	2.24	0.14	0.89	0.20	0.53	0.26	0.34	0.45	0.30	0.22	0.18

Fuente: Cálculos propios en base a ENIGH.

Nota: A. y N.A. indican hogares asegurados y no asegurados respectivamente. Las cifras representan porcentaje sobre el total de hogares con gasto positivo en salud. Hogares ordenados por ingreso *per cápita*.

Para tener una visión más clara, se muestra la distribución de la incidencia de GCAT por condición de aseguramiento y por nivel de ingreso (Tabla 14). La información nos muestra evidencia de que los hogares no asegurados son los más susceptibles a enfrentar gastos catastróficos. Claramente se observa que los porcentajes

de la distribución de los hogares con GCAT decrecen con el nivel de ingreso, sugiriendo que son los hogares pobres los que se ven más impactados por los gastos en salud, situación que empeora en los grupos de los no asegurados.

En la Tabla 15 se compara la incidencia de GCAT entre los grupos de hogares de diferente condición de aseguramiento. Podemos observar que el 3.72% de los hogares no asegurados presentaron gastos catastróficos, cantidad superior al grupo de los asegurados, donde la incidencia fue de 3.05%. Resulta relevante observar que el porcentaje de hogares afiliados al SPSS que incurrieron en GCAT fue mayor que en las otras dos condiciones de aseguramiento. La incidencia entre los hogares del SPSS fue de 4.04%, y se origina principalmente en los primeros dos niveles de ingreso, que contribuyen con el 2.36% y el 0.81%. Para los últimos tres quintiles, la incidencia es menor que en las otras condiciones de aseguramiento.

*Tabla 15. Comparación de GCAT por grupos de aseguramiento, 2004*

	Total	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
NA	3.72	1.07	0.99	0.78	0.51	0.37
A	3.05	0.28	0.54	0.60	0.93	0.71
SPSS	4.04	2.36	0.81	0.43	0.40	0.04

Fuente: Construcción propia con datos de ENIGH.

Nota: Se presenta el porcentaje de hogares que incurrió en gastos catastróficos en salud respecto al total de hogares por cada condición de aseguramiento cuando reportaron gasto positivo en salud.

A pesar de que el SPSS tiene como prioridad brindar protección financiera en salud a los hogares que antes no tenían acceso al aseguramiento, los resultados que presentamos aun no reflejan mejoras significativas en la protección financiera medida por la incidencia de GCAT; esto se observa principalmente en los hogares más vulnerables, donde el indicador no muestra decrementos en el periodo posterior al establecimiento del Seguro Popular. Además, la protección financiera del SPSS es

menor al ser comparada con los demás tipos de aseguramiento para los niveles de ingreso más bajo.

### **Determinantes de la probabilidad de incurrir en Gasto Catastrófico en Salud**

Para analizar de manera más concreta los determinantes del GCAT, se condujeron regresiones de modelos probit para la probabilidad que tienen los hogares de enfrentar gastos catastróficos, utilizando como covariables las características sociodemográficas descritas en la sección de metodología; de los resultados de incidencia del GCAT, se puede intuir que su probabilidad de ocurrencia está relacionada de manera inversa con el ingreso, que a su vez puede estar también relacionado con la determinación de las covariables. Para enfrentar el problema de endogeneidad se realizaron estimaciones para cada quintil. A continuación se presentan los resultados para el 2002 y el 2004.

En los resultados del 2002 (Tabla 16) se puede ver que todas las covariables incluidas influyen de manera significativa en la probabilidad de enfrentar GCAT. La variable más importante en este análisis es la condición de aseguramiento (Das) de la que se esperaría un efecto negativo de la condición de aseguramiento. Este resultado se obtiene para los tres quintiles superiores, sin embargo para los niveles de ingreso más bajo el signo del parámetro obtenido es positivo, lo que refleja que el estar asegurado no aumenta el grado de protección financiera para los más pobres. El efecto de la presencia de niños en el hogar se esperaría positivo, ya que son más susceptibles de necesitar servicios de salud, sin embargo el signo varía con el nivel de ingreso. La presencia de adultos mayores también se espera que influya positivamente en la probabilidad de enfrentar GCAT; este resultado se mantiene para todos los niveles de ingreso.

Tabla 16. Modelos probit para la probabilidad de ocurrencia de GCAT 2002

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	
C	-1.5943*** (0.0043)	-1.6089*** (0.0092)	-1.5431*** (0.0086)	-1.8842*** (0.0111)	-1.6436*** (0.0118)	-1.3264*** (0.0186)
Das	0.0119*** (0.0014)	0.1190*** (0.0043)	0.2365*** (0.0028)	-0.0813*** (0.0031)	-0.1503*** (0.0030)	-0.1024*** (0.0033)
Dniños	0.0198*** (0.0015)	-0.0158*** (0.0033)	0.0654*** (0.0030)	-0.1090*** (0.0036)	0.0624*** (0.0036)	-0.0034 (0.0043)
Dmayor	0.2464*** (0.0019)	0.2863*** (0.0043)	0.1993*** (0.0039)	0.2254*** (0.0049)	0.2935*** (0.0044)	0.1458*** (0.0046)
Dfértil	-0.2755*** (0.0016)	-0.4419*** (0.0037)	-0.4230*** (0.0035)	0.1094*** (0.0044)	0.0397*** (0.0038)	-0.3518*** (0.0039)
Dsexo	-0.2244*** (0.0016)	-0.2335*** (0.0037)	-0.1802*** (0.0033)	-0.3848*** (0.0047)	-0.2166*** (0.0036)	-0.0586*** (0.0037)
Dedad	0.0037*** (0.0001)	0.0058*** (0.0001)	0.0091*** (0.0001)	-0.0024*** (0.0002)	0.0076*** (0.0001)	-0.0039*** (0.0002)
Jefeedu	-0.0144*** (0.0002)	0.0073*** (0.0005)	0.0067*** (0.0004)	-0.0191*** (0.0004)	0.0035*** (0.0004)	-0.0522*** (0.0003)
Drural	0.0529*** (0.0015)	-0.1089*** (0.0034)	-0.0415*** (0.0028)	0.1724*** (0.0033)	0.1246*** (0.0035)	0.3810*** (0.0037)
Dpiso	-0.2475*** (0.0020)	-0.1834*** (0.0031)	-0.5667*** (0.0036)	-0.1705*** (0.0063)	-0.1376*** (0.0079)	0.4417*** (0.0209)
Dtecho	-0.0069*** (0.0015)	-0.1165*** (0.0034)	0.0297*** (0.0029)	-0.0427*** (0.0036)	-0.1147*** (0.0037)	0.2150*** (0.0046)
Dagua	0.0484*** (0.0020)	0.0379*** (0.0031)	0.0337*** (0.0038)	0.3010*** (0.0062)	-0.4880*** (0.0062)	-0.2403*** (0.0148)
Log likelihood	-2378404.37	-501250.74	-594341.47	-395615.18	-428064.87	-393603.69
N	11829	2655	2544	2323	2283	2024

Fuente: Estimaciones propias basadas en la ENIGH.

Nota: Errores estándar en paréntesis. Las regresiones se realizaron ponderando por el factor correspondiente e incluyen hogares con gasto positivo en salud. Los hogares se ordenaron por ingreso per cápita. \*, \*\* y \*\*\* denotan significancia al 10%, 5% y 1% respectivamente.



El signo de la presencia de mujeres en edad fértil en el hogar es incierto. Puede influir positivamente en los GCAT al haber mayor probabilidad de un parto; desde otra perspectiva Rubalcava (2003) menciona que el comportamiento familiar puede variar de acuerdo con el poder de persuasión que tenga la mujer, señalando que algunos estudios sugieren que el dinero del hogar tiene mayor probabilidad de ser invertido en salud y educación de los hijos cuando el poder de negociación de la mujer es alto en las decisiones de asignación de recursos. Por otro lado, el grupo de mujeres en edad fértil corresponde a personas en edad adulta, que son menos susceptibles de sufrir enfermedades que los niños y los adultos mayores, lo que puede influir en las inconsistencias en los signos de las asociaciones.

Para el 2002, en los quintiles más bajo y en el superior, la presencia de mujeres en edad fértil influye de manera negativa en la probabilidad de GCAT, mientras que en el quintil 3 y 4 el efecto es positivo. En hogares cuyo jefe del hogar es mujer, la probabilidad de enfrentar gastos GCAT disminuye para todos los niveles de ingreso.

Los parámetros estimados tanto para la edad como para la educación del jefe del hogar, aunque significativos, son muy bajos, y su signo difiere por nivel de ingreso. El hecho de localizarse en el estrato rural influye de manera negativa para los hogares más pobres, mientras que en los superiores el efecto es positivo. El resto de las variables de control referentes a las características del hogar, y relacionadas con el grado de marginación, en general tienen un efecto negativo en la ocurrencia de GCAT.

En la Tabla 17 se muestran los resultados para 2004, periodo en el cual la variable Das incluye a los hogares afiliados al seguro popular. Para este año los resultados de los efectos de la condición de aseguramiento son negativos sólo para los quintiles 3 y 5. La presencia de niños resultó positiva para todos los niveles de ingreso, al igual que la de adultos mayores, presentando los coeficientes más grandes.

Tabla 17. Modelos probit para la probabilidad de ocurrencia de GCAT, 2004

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	
C	-1.8283*** (0.0041)	-2.1047*** (0.0086)	-1.8866*** (0.0093)	-2.3329*** (0.0131)	-1.4272*** (0.0093)	-2.444*** (0.0365)
Das	-0.0051*** (0.0012)	0.1402*** (0.0029)	0.0140*** (0.0027)	-0.1547*** (0.0027)	0.0741*** (0.0028)	-0.0394*** (0.0033)
Dniños	0.2367*** (0.0014)	0.3113*** (0.0031)	0.0469*** (0.003)	0.3440*** (0.0030)	0.1580*** (0.0030)	0.5661*** (0.0040)
Dmayor	0.4029*** (0.0018)	0.4739*** (0.0036)	0.1785*** (0.0038)	0.5175*** (0.0039)	0.3203*** (0.0043)	0.4843*** (0.0047)
Dfértil	-0.2077*** (0.0016)	-0.2752*** (0.0037)	-0.4770*** (0.0036)	-0.1462*** (0.0038)	0.1568*** (0.0039)	-0.3305*** (0.0043)
Dsexo	-0.1237*** (0.0014)	-0.1951*** (0.0033)	-0.0575*** (0.0029)	-0.0173*** (0.0030)	-0.3719*** (0.0037)	-0.1371*** (0.0037)
Dedad	0.0004*** (0.0001)	0.0018*** (0.0001)	-0.0016*** (0.0001)	0.0016*** (0.001)	0.0021*** (0.0021)	0.0056*** (0.0002)
Jefeedu	-0.0110*** (0.0001)	0.0023*** (0.0004)	0.0125*** (0.0004)	-0.0086*** (0.0004)	-0.0220*** (0.0003)	-0.0253*** (0.0003)
Drural	0.0961*** (0.0013)	0.1124*** (0.0028)	0.1959*** (0.0026)	0.0202*** (0.0029)	0.1142*** (0.0031)	-0.2800*** (0.0047)
Dpiso	0.3146*** (0.0022)	0.1285*** (0.0032)	0.2316*** (0.0050)	0.9246*** (0.0101)	0.1691*** (0.0065)	1.5753*** (0.0358)
Dtecho	-0.0921*** (0.0022)	-0.0093** (0.0028)	0.1555*** (0.0027)	-0.2791*** (0.0028)	-0.2124*** (0.0031)	-0.3276*** (0.0042)
Dagua	-0.2273*** (0.0018)	0.0517*** (0.0032)	0.0263*** (0.0039)	-0.3340*** (0.0048)	-0.6510*** (0.0043)	-0.7991*** (0.0056)
Log likelihood	-2651583.8	-578985.4	-600878.1	-517657.8	-511225.7	-366116.6
N	16094	3138	2915	3273	3315	3453

Fuente: Estimaciones propias basadas en la ENIGH.

Nota: Errores estándar en paréntesis. Las regresiones se realizaron ponderando por el factor correspondiente e incluyen hogares con gasto positivo en salud. Los hogares se ordenaron por ingreso per cápita. \*, \*\* y \*\*\* denotan significancia al 10%, 5% y 1% respectivamente.

La presencia de mujeres fértiles afecta negativamente a todos los quintiles, excepto en el cuarto. Como en el periodo anterior, el que el jefe del hogar sea mujer influye negativamente en la propiedad de enfrentar GCAT. La educación del jefe en los primeros dos quintiles no es un factor de protección financiera, ya que el efecto aunque bajo, es positivo.

Contrario al 2002, en este año el estar localizado en el estrato rural impacta positivamente sobre la probabilidad de incurrir en GCAT excepto para los hogares de mayores ingresos.

En cuanto a las variables relacionadas con las características de la vivienda, el tener piso firme tiene un impacto positivo, mientras que para las características del material del techo y la disponibilidad de agua entubada los signos varían.

### **Determinantes de las proporciones de gasto en salud**

Para observar cómo la condición de aseguramiento impacta a la proporción de gasto en salud y a cada rubro de gasto respecto al gasto total del hogar, se utilizaron modelos tobit, debido a la gran cantidad de datos censurados (gasto 0 en salud o en los rubros). Las estimaciones se realizaron para el año 2004, porque la disponibilidad de datos permite separar la condición de aseguramiento y ver el efecto que tiene el ser afiliado al SPSS; en este caso la variable Das no incluirá a los beneficiarios del Seguro Popular, y se introduce a los modelos la variable Dsp, refiriéndose a los afiliados del SPSS.

La Tabla 18 presenta los resultados del modelo tobit en que la variable dependiente es la proporción de gasto total en salud en relación al gasto total; en general los parámetros estimados son de alto nivel de significancia.

Tabla 18. Modelos tobit para la proporción de gasto en salud 2004

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
C	0.5246*** (0.0152)	0.1906*** (0.0191)	1.4767*** (0.0234)	5.7091*** (0.0302)	1.1451*** (0.0385)
Das	-0.2275*** (0.0116)	-0.5514*** (0.0096)	-1.1418*** (0.0086)	-0.2502*** (0.0096)	0.4056*** (0.0083)
Dsp	0.3069*** (0.0151)	0.3323*** (0.0190)	-0.4588*** (0.0247)	-1.1719*** (0.0357)	-1.7842*** (0.0408)
Niños	0.8227*** (0.0050)	1.4796*** (0.0059)	2.0502*** (0.0062)	1.5052*** (0.0079)	1.2779*** (0.0075)
Mayores	1.6252*** (0.0072)	1.8301*** (0.0081)	2.3211*** (0.0084)	1.6577*** (0.0096)	2.7113*** (0.0082)
Fértil	-0.4747*** (0.0051)	-0.7356*** (0.0054)	-0.3948*** (0.0049)	-0.3512*** (0.0058)	-0.6198*** (0.0053)
Dsexo	-0.1624*** (0.0096)	0.6287*** (0.0102)	-0.0183* (0.0093)	-1.1813*** (0.0106)	0.1147*** (0.0087)
Jefeedu	-0.0206*** (0.0012)	-0.0494*** (0.0012)	0.0055*** (0.0010)	-0.1169*** (0.0010)	-0.0971*** (0.0008)
Drural	0.3811*** (0.0091)	0.6735*** (0.0090)	0.3158*** (0.0093)	0.9399*** (0.0117)	0.9267*** (0.0107)
Dpiso	0.7282*** (0.0099)	0.8024*** (0.0149)	2.297*** (0.0193)	0.8543*** (0.0275)	4.7285*** (0.0372)
Dtecho	0.5364*** (0.0092)	0.4211*** (0.0093)	-0.957*** (0.0093)	-0.3175*** (0.0113)	0.0632*** (0.0118)
Dagua	0.1276*** (0.0098)	0.7122*** (0.0128)	-1.1287*** (0.0165)	-3.1953*** (0.0192)	-2.5434*** (0.0192)
Log likelihood	-13618831.8	-14522576.6	-14021374.1	-14383096.8	-13303971.9
N	4346	3825	4241	4261	4229
Valores censurados	1208	910	968	946	776

Fuente: Estimaciones propias basadas en la ENIGH.

Nota: Errores estándar en paréntesis. Las regresiones se realizaron ponderando por el factor correspondiente. Los hogares se ordenaron por ingreso per cápita. \*, \*\* y \*\*\* denotan significancia al 10%, 5% y 1% respectivamente.

En estos resultados puede observarse que el estar afiliado a los sistemas de aseguramiento tradicionales tiene un efecto negativo sobre el gasto de bolsillo de los hogares para todos los quintiles, excepto para el de mayor nivel de ingreso.

Enfocándonos a las demás variables de control, la presencia de niños en el hogar en todos los niveles de ingreso tiene un efecto positivo sobre la proporción del gasto destinada a salud, al igual que la presencia de adultos mayores. La presencia de mujeres en edad fértil en los hogares reduce los gastos de bolsillo; lo mismo sucede cuando el jefe del hogar es mujer, excepto para el segundo quintil. Para todos los niveles de ingreso, el que el hogar se sitúe en el estrato rural ejerce un efecto positivo sobre los gastos de bolsillo. De las variables referentes a las características de la vivienda, sólo el piso firme tiene signos positivos consistentes para todos los niveles de ingreso.

Como se observa en la composición del gasto en salud, el rubro en el que los hogares más gastan es en medicamentos, seguido por el no hospitalario y por el no hospitalario; un análisis interesante es estudiar cómo el estar afiliado al SPSS afecta a estos rubros, por lo que se realizaron estimaciones para la proporción del gasto en cada rubro respecto al gasto total del hogar.

La Tabla 19 presenta los resultados para la proporción de gasto en medicamentos, que merece atención especial por ser uno de los rubros que más genera gastos de bolsillo en los hogares. En estos modelos se observa que tanto el estar afiliado a los sistemas tradicionales, como el ser beneficiario del SPSS logra reducir el gasto de bolsillo en medicamentos, excepto para el cuarto quintil; sin embargo se observa en general que el peso de ser afiliado al SPSS es menor en magnitud que el de contar con un sistema tradicional. Este resultado sugiere que la cobertura del SPSS en cuestión del acceso a medicamentos no se ha igualado a la ofrecida por los otros sistemas de aseguramiento del Sistema de Salud en México.

Tabla 19. Modelos tobit para la proporción de gasto en medicamentos 2004

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
C	0.447*** (0.0079)	0.5442*** (0.0079)	0.9356*** (0.0139)	1.6892*** (0.0114)	-0.8600*** (0.0163)
Das	-0.6239*** (0.0061)	-0.617*** (0.0040)	-0.6857*** (0.0051)	-0.3813*** (0.0036)	-0.1264*** (0.0034)
Dsp	-0.4327*** (0.0080)	-0.471*** (0.0080)	-0.4587*** (0.0148)	0.1642*** (0.0134)	-0.9192*** (0.0174)
Niños	-0.0386*** (0.0026)	0.4043*** (0.0025)	0.2891*** (0.0037)	0.6173*** (0.0030)	0.1617*** (0.0031)
Mayores	0.6569*** (0.0037)	1.2615*** (0.0034)	1.2947*** (0.0050)	0.6307*** (0.0036)	1.1703*** (0.0034)
Fértil	-0.2487*** (0.0036)	-0.1816*** (0.0022)	-0.1422*** (0.0029)	-0.2583*** (0.0022)	-0.223*** (0.0022)
Dsexo	-0.0152*** (0.0050)	0.3572*** (0.0042)	-0.0104* (0.0056)	-0.0228*** (0.0040)	0.2134*** (0.0036)
Jefeedu	-0.0319*** (0.0006)	-0.0308*** (0.0005)	-0.0251*** (0.0006)	-0.048*** (0.0004)	-0.0458*** (0.0003)
Drural	0.162*** (0.0047)	0.0332*** (0.0038)	-0.0063 (0.0055)	0.106*** (0.0044)	0.8071*** (0.0044)
Dpiso	0.1911*** (0.0051)	-0.379*** (0.0062)	0.8698*** (0.0116)	-0.4475*** (0.0103)	1.9995*** (0.0159)
Dtecho	0.0231*** (0.0048)	-0.1259*** (0.0039)	-0.086*** (0.0056)	0.1292*** (0.0043)	0.0931*** (0.0049)
Dagua	-0.0128** (0.0051)	0.5782*** (0.0054)	-1.1329*** (0.0098)	-0.134*** (0.0073)	0.0251*** (0.0080)
Log likelihood	-10103701	-10405122.2	-10983911.8	-9960441.9	-9260519.5
N	4346	3825	4241	4261	4229
Valores censurados	1647	1221	1357	1282	1158

Fuente: Estimaciones propias basadas en la ENIGH.

Nota: Errores estándar en paréntesis. Las regresiones se realizaron ponderando por el factor correspondiente. Los hogares se ordenaron por ingreso per cápita. \*, \*\* y \*\*\* denotan significancia al 10%, 5% y 1% respectivamente.

Es interesante ver que para el primer quintil la presencia de menores disminuye el gasto en medicamentos para el quintil más bajo, contrastando con los demás niveles en que el signo del coeficiente es el esperado. Los adultos mayores elevan este rubro de gasto. Como en el caso de los modelos de la proporción de gasto total, se obtiene el resultado de que la presencia de mujeres en edad fértil reduce el gasto en medicamentos. Entre más años de educación tenga el jefe del hogar, menor será la proporción de gasto, mientras que el vivir en el estrato rural lo aumenta.

Para las variables de control relacionadas con las características de la vivienda, de nuevo se muestra inconsistencia en los signos, aunque los coeficientes estimados para todos los niveles de ingreso son significativos.

Las siguientes estimaciones corresponden a la proporción de gasto no hospitalario, que es la segunda causa de origen de los gastos de bolsillo (Tabla 20). Tanto el SPSS como los sistemas tradicionales reducen la proporción del gasto no hospitalario; en este rubro el efecto de la variable Dsp es mayor para todos los niveles de ingreso, excepto para el segundo quintil.

Tanto los niños como los adultos mayores tienen un efecto positivo sobre el gasto en servicios no hospitalarios, mientras que las mujeres en edad fértil reducen la proporción en casi todos los niveles de ingreso. En hogares en que el jefe del hogar es mujer, se encontró efecto negativo sólo en el primer y cuarto quintil.

El coeficiente estimado para los años de educación del jefe del hogar no es significativo en los hogares más pobres, contrastando con el efecto negativo que tiene en el segundo, cuarto y quinto quintil. Como en los modelos anteriores, el pertenecer al estrato rural aumenta la proporción del gasto de bolsillo en servicios no hospitalarios, y las variables relacionadas con las características de la vivienda presentan inconsistencia en la dirección de los efectos.

Tabla 20. Modelos tobit para la proporción de gasto no hospitalario 2004

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
C	-1.3800*** (0.0087)	-2.5204*** (0.0131)	0.2521*** (0.0120)	1.2108*** (0.0143)	-2.3039*** (0.0217)
Das	-0.3009*** (0.0066)	-0.5876*** (0.0064)	-0.6049*** (0.0044)	-0.3663*** (0.0046)	0.2750*** (0.0042)
Dsp	-0.4434*** (0.0087)	-0.1393*** (0.0130)	-1.4929*** (0.0136)	-1.0287*** (0.0173)	-1.4296*** (0.0220)
Niños	0.3393*** (0.0028)	0.6123*** (0.0039)	0.7715*** (0.0032)	0.8079*** (0.0038)	0.3864*** (0.0038)
Mayores	0.4346*** (0.0041)	0.4761*** (0.0055)	0.9625*** (0.0043)	0.5600*** (0.0046)	1.1868*** (0.0041)
Fértil	-0.0300*** (0.0029)	-0.2558*** (0.0036)	-0.0723*** (0.0025)	-0.1574*** (0.0028)	0.0606*** (0.0027)
Dsexo	-0.2669*** (0.0055)	0.2562*** (0.0068)	0.2414*** (0.0048)	-0.4485*** (0.0051)	0.5698*** (0.0044)
Jefeedu	-0.0001 (0.0007)	-0.0287*** (0.0008)	0.0067*** (0.0005)	-0.0341*** (0.0005)	-0.008*** (0.0004)
Drural	0.7108*** (0.0052)	0.5028*** (0.0060)	0.4614*** (0.0048)	0.5309*** (0.0056)	1.2921*** (0.0054)
Dpiso	0.3709*** (0.0056)	0.7958*** (0.0102)	0.3945*** (0.0098)	-1.5434*** (0.0130)	2.7552*** (0.0209)
Dtecho	0.3224*** (0.0052)	0.6507*** (0.0062)	-0.1779*** (0.0049)	0.2221*** (0.0055)	0.2621*** (0.0061)
Dagua	-0.1287*** (0.0056)	0.7309*** (0.0087)	-0.999*** (0.0084)	0.4692*** (0.0093)	-1.0894*** (0.0097)
Log likelihood	-9133064.6	-10179935.4	-9240631.9	-9403516.3	-8907691.8
N	4346	3825	4241	4261	4229
Valores censurados	2072	1632	1766	1720	1528

Fuente: Estimaciones propias basadas en la ENIGH.

Nota: Errores estándar en paréntesis. Las regresiones se realizaron ponderando por el factor correspondiente. Los hogares se ordenaron por ingreso per cápita. \*, \*\* y \*\*\* denotan significancia al 10%, 5% y 1% respectivamente.



Tabla 21. Modelos tobit para la proporción de gasto hospitalario 2004

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
C	-78.362*** (0.2085)	-83.0453*** (0.2545)	-77.4271*** (0.2874)	-53.4035*** (0.2632)	-50.4431*** (0.4284)
Das	8.1028*** (0.0987)	7.0289*** (0.0848)	-2.3638*** (0.0634)	-0.9323*** (0.0906)	-0.8387*** (0.0634)
Dsp	5.3557*** (0.1317)	6.6736*** (0.1643)	5.1153*** (0.1735)	-8.9267*** (0.3614)	-1.8604*** (0.3143)
Niños	11.3236*** (0.0467)	11.7423*** (0.0499)	13.5674*** (0.0426)	6.9543*** (0.0694)	10.3349*** (0.0510)
Mayores	9.7221*** (0.0637)	4.2371*** (0.0745)	0.0456 (0.0661)	5.3876*** (0.0852)	3.9304*** (0.0595)
Fértil	0.6225*** (0.0465)	-1.8734*** (0.0511)	0.2959*** (0.0379)	1.8059*** (0.0540)	-2.4879*** (0.0426)
Dsexo	3.2625*** (0.0904)	2.153*** (0.0934)	-3.4471*** (0.0731)	-7.0365*** (0.1067)	-6.0677*** (0.0716)
Jefeedu	-0.2341*** (0.0115)	0.0265*** (0.0105)	0.114*** (0.0073)	-0.3669*** (0.0096)	-0.345*** (0.0061)
Drural	-4.9648*** (0.0839)	0.0449 (0.0839)	-2.0464*** (0.0707)	6.3565*** (0.1053)	-9.6775*** (0.0926)
Dpiso	7.3465*** (0.1008)	11.0731*** (0.1699)	25.1963*** (0.2354)	0.4169* (0.2230)	19.6476*** (0.4161)
Dtecho	-0.0156 (0.0850)	6.165*** (0.0880)	-8.2591*** (0.9671)	-1.9077*** (0.1047)	-0.7193*** (0.0914)
Dagua	-1.7672*** (0.0951)	-7.8415*** (0.1154)	2.7450*** (0.1328)	-21.0586*** (0.1507)	-9.3895*** (0.1375)
Log likelihood	-1669710.4	-1785345.6	-1956753.4	-2007575.1	-2018697.8
N	4346	3825	4241	4261	4229
Valores censurados	4148	3618	4001	4027	3926

Fuente: Estimaciones propias basadas en la ENIGH.

Nota: Errores estándar en paréntesis. Las regresiones se realizaron ponderando por el factor correspondiente. Los hogares se ordenaron por ingreso per cápita. \*, \*\* y \*\*\* denotan significancia al 10%, 5% y 1% respectivamente.

La Tabla 21 muestra los resultados para el tercer componente del gasto en salud: el gasto hospitalario. Para este rubro, la protección de los sistemas de aseguramiento tradicionales no muestra tener un impacto negativo en los gastos de bolsillo hospitalario en los primeros dos niveles de ingreso; los coeficientes resultaron positivos para dichos quintiles. En los hogares afiliados al SPSS la situación no es diferente: sólo tiene asociación negativa con la proporción de gasto hospitalario para los hogares de mayores ingresos.

Mostrando consistencia con los modelos anteriores, los niños y los adultos mayores tienen un impacto positivo en el gasto hospitalario, al igual que las mujeres en edad fértil para el primer, tercero y cuarto quintil. En los hogares cuyo jefe de familia es mujer y se encuentran en los primeros dos niveles, la proporción de gasto hospitalario es mayor, situación contraria a los quintiles superiores.

Los años de educación del jefe del hogar son un factor de protección financiera en los hogares del primer, tercero y quinto quintil. En este caso, los signos obtenidos para las características de la vivienda mostraron mayor consistencia entre los niveles de ingreso, resultando un impacto positivo cuando en la vivienda hay piso firme, negativo cuando hay techo firme y acceso a agua entubada.

### **Impacto potencial del SPSS (2005)**

Como ejercicio adicional, se presenta una simulación del efecto que el SPSS pudo haber tenido en el 2005 para compararlo con los resultados reales y mostrar las brechas entre el impacto potencial y el observado. Debido a que no se disponen de datos de los hogares afiliados al SPSS en la ENIGH del 2005, se seleccionó una cantidad de hogares que equivaldría a los registros de la CNPSS. La selección se realizó creando una distribución de probabilidad de afiliación al SPSS por medio de un modelo logit.

Los hogares se ordenaron por decil de ingreso para mantener concordancia con los registros del SPSS. Cabe recordar que la definición de los niveles de los ingresos en la ENIGH se hizo ordenando los niveles por ingreso per cápita, método que no necesariamente coincide por el usado por la CNPSS para determinar el régimen de contribución de las familias.

*Tabla 22. Hogares seleccionados para simulación 2005*

	Afiliados a	Hogares no	Avance	Selección por Logit	
	SPSS	Asegurados	Afiliación		
	Registros <sup>1</sup>	ENIGH	% sobre no asegurados en ENIGH <sup>2</sup>	Hogares	% sobre no asegurados en ENIGH
D1	2,259,314	2,431,394	92.92	2,258,273	92.88
D2	1,114,894	2,079,422	53.62	1,111,857	53.47
D3	136,961	1,740,098	7.87	137,133	7.88
D4	26,115	1,584,088	1.65	26,456	1.67
D5	8,101	1,369,790	0.59	7,935	0.58
D6	4,789	1,260,284	0.38	625	0.05
D7	2,811	1,075,033	0.26	3,019	0.28
D8	1,811	1,018,508	0.18	1,945	0.19
D9	1,052	896,384	0.12	1,683	0.19
D10	184	1,001,400	0.02	200	0.02
Total	3,556,032	14,456,401	24.60	3,549,126	24.55

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH. <sup>1</sup> Registros de la CNPSS.

Nota: <sup>2</sup> El porcentaje se calcula considerando los hogares afiliados en los registros de la CNPSS sobre el total de hogares en la ENIGH. En la ENIGH para la construcción de los deciles se ordenan los hogares por su ingreso per cápita, procedimiento que no necesariamente coincide con el de la CNPSS. Cálculos usando el factor de expansión correspondiente.

Para el modelo logit de la probabilidad de afiliación al SPSS se tomaron los datos de la ENIGH de 2004, año para el cuál el Módulo de Programas Sociales permite identificar los hogares derechohabientes del Seguro Popular; las estimaciones se realizaron para cada nivel de ingreso y los resultados se muestran en el Anexo 4. Los

coeficientes de estos modelos fueron imputados a los datos de la ENIGH 2005 para generar la distribución de probabilidad de afiliación. Se seleccionaron los hogares que resultaron con mayor probabilidad de afiliación hasta completar cantidades equivalentes al porcentaje que representan los hogares que la CNPSS reporta como afiliados, bajo el supuesto de que sólo hogares que no cuentan con protección de los sistemas tradicionales fueron afiliados al SPSS. Los hogares seleccionados para la simulación y las aproximaciones de los porcentajes se muestran en la Tabla 22.

Para simular el cambio en los patrones de gasto en salud se condujeron pruebas de hipótesis de diferencias entre medias de la proporción de gasto en salud por decil entre los hogares asegurados en los sistemas tradicionales y los asegurados por el SPSS, sobre los datos de la ENIGH 2004; se invoca al teorema de límite central que establece que para muestras grandes es posible utilizar el supuesto de normalidad (Freund et al., 2000). Los resultados (Anexo 5) indican que en ningún caso se rechaza la hipótesis nula de igualdad entre las medias. Asumiendo que en 2005 las diferencias entre medias de la proporción de gasto en salud entre asegurados por sistemas tradicionales y afiliados al SPSS se comportarían de manera semejante (siendo no significativas), se supuso que los hogares seleccionados como afiliados al SPSS pudieron haber ajustado sus patrones de gasto en salud hasta quedar en proporciones semejantes a las reportadas por los hogares afiliados a los sistemas tradicionales; bajo este criterio, se imputaron las medias de las proporciones de gasto en salud de los que reportaron algún tipo de aseguramiento diferente al SPSS por decil a los seleccionados como afiliados al SPSS. En el Anexo 6 se muestran los valores que fueron imputados.

Además del rechazo en las pruebas de hipótesis de las diferencias entre medias, este supuesto se basa en el hecho de que el principio de la justicia en el financiamiento implica que el diseño del sistema de salud equilibre los pagos entre todos los hogares, es

decir, que contribuyan en proporciones semejantes de su ingreso. Aunque el Seguro Popular no es comparable en la oferta de servicios con sistemas como el IMSS o el ISSSTE, la definición de la cobertura se estima que se atiende el 100% de las acciones necesarias para la prevención y el combate de epidemias, y el 95% de los principales procedimientos de diagnóstico y terapéuticos; el 5% restante corresponde a enfermedades de baja incidencia y se financian a través del FPGC; estos porcentajes debieran reflejarse como reducciones en el gasto de bolsillo, que es el principal factor de inequidad del financiamiento de la salud y el origen de los gastos catastróficos.

*Tabla 23. Simulación del impacto del SPSS sobre la incidencia de Gastos Catastróficos*

	Observado	Selección por logit	
	Hogares con GCAT	Hogares con GCAT	Diferencia con observado
Q1	194,239 1.04%	61,774 0.33%	68.20%
Q2	137,248 0.73%	131,496 0.70%	4.19%
Q3	110,957 0.59%	110,957 0.59%	0.00%
Q4	140,208 0.75%	139,270 0.74%	0.67%
Q5	74,096 0.40%	74,096 0.39%	0.00%
Total	656,748 3.49%	517,593 2.76%	21.19%

Fuente: Cálculos propios con base en la ENIGH.

Nota: Los hogares están ponderados por el factor de expansión correspondiente. El porcentaje se calcula sobre los hogares que resultaron con gasto positivo en salud. Hogares ordenados de acuerdo al ingreso per cápita.

En la Tabla 23 se muestran los resultados que por quintil de ingreso podrían obtenerse sobre los gastos catastróficos si el estar afiliado al SPSS diera una protección financiera semejante a la brindada por los otros sistemas de aseguramiento y, por lo tanto, si los hogares ajustaran sus patrones de gasto y se comportaran como los demás asegurados. La incidencia observada de GCAT en 2005 fue de 3.49%, cifra cercana al

3.36% de 2004; si la protección financiera del SPSS se hubiera ajustado a la de los otros sistemas, la incidencia de GCAT hubiera sido 2.76%, con una reducción del 21.19% en la cantidad de hogares.

Como resultado obvio de la distribución de los afiliados al SPSS, las mayores reducciones en la incidencia serían posibles en el primer nivel de ingresos. En el 2005 hubo 194,239 hogares que enfrentaron gasto catastrófico; si se hubiera logrado el ajuste en el gasto de bolsillo en salud la incidencia se hubiera reducido en más de la mitad (61,774 hogares). La diferencia para el segundo quintil entre lo observado y los resultados de la simulación es mucho más baja (4.19%). Es interesante observar que en el resto de los quintiles las diferencias son casi nulas.

Estos resultados muestran evidencia del potencial que tiene el SPSS para mejorar los indicadores de la carga financiera sobre todo en los hogares más pobres. El aspecto más importante que se debe perseguir es que los afiliados hagan uso efectivo de las prestaciones del SPSS, para que no tengan que enfrentar desembolsos al momento de la utilización de los servicios (gastos de bolsillo). Si los hogares afiliados reducen su gasto en salud hasta alcanzar proporciones similares a los demás asegurados, los beneficios del SPSS en la protección financiera se harán más evidentes.

### **Índice de Justicia en la Contribución Financiera**

Por último se presenta el Índice de Justicia en la Contribución Financiera, definido en (10), utilizado para comparar diferentes distribuciones de la carga financiera entre los hogares; esta medida asigna un mayor peso en la distribución a los hogares que enfrentan gastos catastróficos. Generalmente es usado para comparar casos de diferentes países; sin embargo, por el enfoque de este análisis en el gasto de bolsillo, el refinamiento de los cálculos incluyendo las contribuciones al sistema que no fueron

tomadas en cuenta, se deja la comparación internacional para estudios posteriores. En este caso utilizamos el IJCF para analizar los cambios en la distribución de la carga en México a través del tiempo.

En el periodo post-crisis se observa una disminución en la equidad de la contribución financiera de los hogares al sistema de salud por medio del gasto de bolsillo, que se revirtió hasta 2002. Es interesante observar que en el 2004, año en el cuál ya se había implantado el SPSS no se observaron mejoras en el índice; de la misma manera en 2005 el nivel observado es menor que en el 2002.

*Tabla 24. Índice de Justicia en la Contribución Financiera*

1992	0.8790
1994	0.8853
1996	0.8785
1998	0.8652
2000	0.8719
2002	0.8894
2004	0.8875
2005	<i>Observado: 0.8827</i>
	<i>Simulado: 0.8886</i>

Fuente: Cálculos propios con base en las ENIGH.

Nota: Se incluyen hogares con gasto positivo en salud observado y simulado.

Aun y si la cantidad de hogares afiliados al SPSS (simulación) ajustara sus niveles de gasto como se describió con anterioridad, el IJCF se ubicaría en un nivel cercano al 2002. De la diferencia tan baja observada entre el IJCF real y el potencial del 2005, podemos inferir que, por lo menos con los avances de afiliación para este año, el establecimiento del SPSS no marcó gran diferencia en la justicia financiera.

Hay que recordar que en la simulación se supuso que los hogares afiliados al SPSS reducirán su gasto hasta proporciones similares a los asegurados por otros sistemas. Sin embargo, con un ajuste de este tipo las brechas de la carga financiera entre niveles de ingreso persistirían, y por lo tanto no se observan mejoras significativas en el Índice de Justicia de la Contribución Financiera simulado. Si el objetivo es lograr una distribución más justa, es decir, proporciones de gasto semejantes, la reducción del gasto de bolsillo es una condición necesaria, más no suficiente; mientras persista la inequidad en la capacidad de pago, difícilmente se lograrán mejores indicadores de justicia.



## VI. Conclusiones

La salud es un derecho fundamental de toda persona y un elemento importante de la formación de capital humano, por lo que se debe promover un acceso equitativo a los bienes y servicios orientados a preservarla y a mejorarla. La vía por la cual estos bienes y servicios llegan a la población son los sistemas de salud, que incluyen a los proveedores de servicios, los agentes que los financian, los administran y las instituciones que fijan las políticas. El diseño de los sistemas de salud está relacionado con su desempeño.

La OMS (2000) establece que los sistemas deben interesarse no sólo en mejorar las condiciones de salud. Uno de los objetivos fundamentales debe ser el proveer protección financiera a sus usuarios frente a los costos en que se incurre. El mecanismo para lograr esta protección es el diseño financiero mismo: el financiamiento del sistema debe brindar mecanismos por medio de los cuáles el riesgo de enfrentar gastos excesivos en salud sea enfrentado por los usuarios del sistema en su conjunto, y no por los individuos. La forma de lograr este objetivo son los sistemas de aseguramiento, ya que privilegian un prepago por el cual los usuarios son derechohabientes a los servicios médicos; de esta manera los desembolsos al hacer uso de los servicios son menores (o inexistentes), reduciendo los riesgos de enfrentar gastos excesivos en salud.

El Sistema Mexicano, desde su origen en 1943, arrastró una marcada segmentación: las instituciones tradicionales como el IMSS y el ISSSTE sólo se dirigieron a los trabajadores formales, dejando a un lado a más de la mitad de la población que no contaba con acceso a estas instituciones. La población no asegurada tiene que hacer frente a sus necesidades de salud desembolsando parte de su ingreso al

momento de la utilización de los servicios (gasto de bolsillo), lo que los lleva a una situación de desprotección financiera.

Para atender las debilidades con que evolucionó el sistema de salud mexicano, en el 2003 se creó el Sistema Protección Social en Salud, como un mecanismo para garantizar un acceso a los servicios de salud efectivo, oportuno, de calidad y sin desembolso al momento de la utilización; este sistema surgió bajo la lógica de que el aseguramiento (preago) es la mejor forma de financiarlos. Debido a que los grupos más pobres son los que tienen menor acceso a los sistemas de protección en salud, el SPSS hace de ellos su objetivo principal de cobertura.

Basándonos en el enfoque de la carga financiera que enfrentan los hogares por motivos de salud, esta investigación contribuye a la evaluación del SPSS. Específicamente, nos enfocamos en el impacto sobre las variables de la contribución financiera de los hogares al sistema de salud (centrándonos en los gastos de bolsillo), la incidencia de gastos catastróficos, los determinantes de los gastos del bolsillo y el Índice de Justicia de la Contribución Financiera.

### **Contribución financiera y composición del gasto en salud**

Analizando la contribución financiera de los hogares (proporción de gasto en salud sobre la capacidad de pago) observamos que ésta representa una carga mayor para los hogares con niveles más bajos de ingreso, y generalmente es aún más grande para los que no cuentan con ninguna protección social en salud. Este hecho nos muestra evidencia de la desprotección financiera de los grupos de población más vulnerables, ya que tienen que desembolsar mayores proporciones de su capacidad de pago en bienes y servicios de salud. En los periodos post-crisis (1996, 1998 y 2000) la carga financiera fue mayor; si se llegase a enfrentar otra situación de crisis económica, los hogares con

menores ingresos que no cuenten con aseguramiento podrían encontrarse en un escenario similar, teniendo menos ingreso disponible para satisfacer necesidades diferentes a las de salud.

Es importante comparar las contribuciones financieras de los hogares afiliados al SPSS, contra los afiliados a los sistemas tradicionales y contra los no asegurados. Los hogares afiliados al SPSS en los niveles de ingreso más bajo dedican más proporción de su capacidad de pago al gasto en salud que los asegurados por otros sistemas, e incluso que los no asegurados (en el año 2004). De este resultado podemos concluir que en los hogares que cuentan con SPSS en los quintiles más bajos no han disminuido su patrón de gasto en salud a los niveles que supondría una protección financiera por lo menos similar a la de los otros sistemas.

Descomponiendo el gasto en los rubros de servicios hospitalarios, no hospitalarios y medicamentos, se observa que los rubros en que los hogares incurren en mayores desembolsos son el de medicamentos, seguidos por el no hospitalario y el hospitalario; es importante notar que muy poca proporción del gasto en salud se destina al prepago. En promedio en los hogares no asegurados de quintiles de ingreso más bajos, el gasto en medicamentos es el que representa mayores proporciones; por lo tanto, es importante que el SPSS provea un abasto adecuado y suficiente para que pueda reducir de manera efectiva el gasto de bolsillo de los hogares más vulnerables. A partir de la información del 2004 en los dos primeros niveles de ingreso de los afiliados al SPSS podemos observar que en promedio se dedica menor gasto a los medicamentos que en los no asegurados; un patrón similar se observa para el gasto no hospitalario, correspondiente a la mayoría de las acciones en salud que provee el SPSS.

En el análisis de la composición del gasto en salud resalta el hecho de que en los quintiles superiores de los afiliados al SPSS el prepago promedio privado es cero.

Aunque uno de los principios fundamentales del SPSS es una mayor democratización en el acceso a los servicios de salud para aumentar la inclusión, resulta necesario analizar si se están creando distorsiones de mercado. Estas distorsiones de mercado pueden surgir de una decisión racional de los hogares de preferir un aseguramiento público subsidiado sobre adquirir un seguro privado aunque su capacidad de pago le permita adquirirlo.

### **Incidencia de gastos catastróficos**

Cuando la carga financiera es mayor al 30% de la capacidad de pago, se considera que el hogar enfrenta gastos catastróficos de salud (GCAT). Los hogares que en 1992 y 1994 se vieron en esta situación representaron casi un 4% del total, cifra que aumentó en los periodos posteriores. Fue hasta 2002 cuando el gasto catastrófico disminuyó a 3.3 por ciento. En los periodos de 2004 y 2005, años en los que ya operaba el SPSS, la mayor protección financiera que se esperaba obtener al ofrecer un sistema de aseguramiento a las personas que antes no podían acceder a él no se reflejó en cambios significativos en los gastos catastróficos; en 2004 la cifra fue de 3.36% y para 2005 fue 3.49%. Es relevante notar que la mayor incidencia de los GCAT se da en los hogares no asegurados y tiene una relación inversa con el nivel de ingreso; esto se traduce en que los hogares pobres que no cuenten con ningún sistema de protección social en salud son más susceptibles de empeorar su condición económica debido a gastos excesivos en salud.

Comparando la incidencia de gastos catastróficos por grupos de aseguramiento, observamos que el porcentaje de hogares afiliados al SPSS que incurrieron en GCAT es mayor que en los asegurados por otro sistema, e incluso que la incidencia entre los no asegurados. A pesar de que el SPSS tiene como prioridad brindar protección financiera

en salud a los hogares que antes no tenían acceso al aseguramiento, los resultados no reflejan mejoras significativas en la protección financiera medida por la incidencia de GCAT en comparación con los otros grupos.

### Determinantes de la ocurrencia de gastos catastróficos

Además de mostrar las cifras promedio de incidencia de gastos catastróficos, analizamos los determinantes de su probabilidad de ocurrencia. La Tabla 25 resume los efectos de las variables más relevantes. Podemos concluir que el contar con algún tipo de aseguramiento resulta un factor de protección contra los gastos de catastróficos solamente para el quintil 3 y el 5. Es importante notar la asociación negativa en los quintiles más pobres; para este sector de los hogares, el contar con aseguramiento no se refleja en mayor protección frente a los gastos catastróficos en salud por lo que, a pesar de los esfuerzos de afiliación del SPSS, la vulnerabilidad financiera no ha disminuido.

*Tabla 25. Conclusiones de los determinantes de incurrir en Gastos Catastróficos (2004)*

	Asociación de la variable con la probabilidad de incurrir en GCAT				
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Aseguramiento	+	+	-	+	-
Menores	+	+	+	+	+
Adultos mayores	+	+	+	+	+
Mujeres en edad fértil	-	-	-	-	-
Mujer como jefe del hogar	-	-	-	-	-
Edad del jefe del hogar	+	-	+	+	+
Educación del jefe del hogar	+	+	-	-	-
Estrato rural	+	+	+	+	-

Nota: + (-) denota asociación positiva (negativa) entre la variable y la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos.

La presencia de menores, adultos mayores en el hogar y la edad del jefe del hogar, aumenta la probabilidad de enfrentar gastos catastróficos en salud, debido a que

estos grupos de edad enfrentan mayor riesgo de sufrir enfermedades. La presencia de mujeres en edad fértil, así como hogares con mujeres como jefes del hogar, presentan relación negativa con la probabilidad de enfrentar gastos excesivos en salud.

La educación del jefe del hogar se asocia de manera negativa con los gastos catastróficos sólo en los quintiles superiores en los que los años de del jefe del hogar promedio de la muestra son sustancialmente mayores. Para el primer nivel de ingreso en el 2004 la media de los años de escolaridad fue de 4, mientras que para el quintil 5 fue de 12. Solamente los niveles de educación superiores resultan en un factor de protección financiera en materia de salud.

Por último, los hogares localizados en zonas rurales resultan más vulnerables financieramente. Hay que recordar que los gastos catastróficos en salud no incluyen costos de transporte, que se intuye sean mayores en zonas rurales ya que no se tiene el mismo acceso a servicios e instalaciones que en las localidades urbanas; la consideración de estos gastos, podría arrojar resultados más adversos originados por las desventajas geográficas.

### **Determinantes de las proporciones de gasto**

Los resultados de los determinantes de las proporciones del gasto se resumen en la Tabla 26, enfocándonos la relación de la condición de aseguramiento con cada rubro de gasto. De las asociaciones obtenidas con el gasto total, podemos concluir que los sistemas tradicionales efectivamente reducen el gasto de bolsillo, excepto para los hogares de mayores ingresos. Caso contrario ocurre en los hogares afiliados al SPSS, donde el estar afiliado a este nuevo sistema no resulta en disminuciones del gasto de bolsillo para los hogares más pobres.

*Tabla 26. Conclusiones de los determinantes de las proporciones de gasto (2004)*

		Asociación del sistema de aseguramiento con el rubro de gasto correspondiente				
		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Gasto total	Aseguramiento tradicional	-	-	-	-	+
	SPSS	+	+	-	-	-
Medicamentos	Aseguramiento tradicional	-	-	-	-	-
	SPSS	-	-	-	+	-
No hospitalario	Aseguramiento tradicional	-	-	-	-	+
	SPSS	-	-	-	-	-
Hospitalario	Aseguramiento tradicional	+	+	-	-	-
	SPSS	+	+	+	-	-

Nota: + (-) denota asociación positiva (negativa) entre el estar afiliado al sistema indicado sobre el rubro de gasto.

En el rubro de los medicamentos en particular, en casi todos los casos tanto el SPSS como los demás sistemas reducen el gasto de bolsillo en este rubro. Respecto al gasto no hospitalario, sólo en los hogares más ricos el estar asegurado no resulta en disminuciones en este rubro. Vale la pena resaltar el resultado del rubro de los gastos hospitalarios en los hogares más pobres: ni para el SPSS ni para los sistemas tradicionales, la condición de aseguramiento reduce las proporciones de este tipo de gasto. De esta conclusión, es posible inferir que hay que buscar una protección efectiva en este rubro; si bien es menos probable que un hogar tenga que gastar en servicios hospitalarios que en las demás categorías, este rubro está contribuyendo a elevar los gastos de bolsillo.

### **Impacto potencial del SPSS**

Comparando los resultados de la incidencia de gastos catastróficos observados con los resultantes de la simulación para el 2005, se puede concluir que hacen falta mayores esfuerzos para explotar el potencial que tendría el SPSS si contribuyera de una

manera efectiva a ajustar a la bajo los patrones de gasto de los afiliados con los de los derechohabientes de los otros sistemas. Las diferencias de la incidencia observada con la potencial son bajas en el tercer, cuarto y quinto nivel de ingreso, sin embargo para los niveles más bajos, las diferencias son significativas.

Si por medio del SPSS en el 2005 se hubiera logrado una protección financiera que resultara en una reducción de las proporciones de gasto en salud de sus afiliados hasta niveles semejantes a los demás asegurados, la incidencia de gastos catastróficos se pudo haber reducido en un 68.2% el primer nivel de ingreso, y en un 4.19% en el segundo quintil. El ajuste de los gastos de bolsillo se hubiera traducido en 517,593 menos hogares con gastos catastróficos.

### **Índice de Justicia en la Contribución Financiera**

Cuando las contribuciones financieras al sistema de salud, en proporción a la capacidad de pago son iguales para todos los individuos, se habla de justicia en la distribución. En México en el periodo post-crisis se observa una disminución en la equidad de la contribución financieras por medio del gasto de bolsillo, que se revirtió hasta 2002. En los últimos dos años, en los cuales ya se había implantado el SPSS no se observaron mejoras en el índice, pasando de 0.8894 en 2002 a 0.8827 en 2005. Si el SPSS ofrece protección financiera efectiva a sus afiliados, esperaríamos observar en periodos posteriores mejoras el índice, que pueden lograrse por medio de una mayor afiliación, así como por reducciones de la proporción del gasto en salud.

Sin embargo, para lograr una distribución más justa, no sólo es necesario enfocarse en el gasto de bolsillo en salud, sino en la distribución del ingreso. Aunque los hogares más pobres reduzcan efectivamente su nivel de gasto de bolsillo en salud, si no se eleva su capacidad de pago, difícilmente se reducirán las brechas en las



contribuciones financieras entre los distintos grupos de ingreso, y por lo tanto el IJCF no reflejará mejoras significativas ya que su ingreso disponible después de satisfacer las necesidades básicas seguirá siendo reducido.

### **Recomendaciones de política**

Como curso de acción principal, en base a los resultados obtenidos se sugiere que los mayores esfuerzos para lograr reducir los gastos de bolsillo en salud se dirijan a los hogares más pobres, ya que a pesar de que por ley ahora pueden tener acceso a un sistema de aseguramiento a su alcance y con un prepago subsidiado, éste no está desembocando en una protección efectiva frente a gastos que pueden significar pérdidas importantes en su bienestar.

El objetivo del SPSS de garantizar acceso sin desembolso al momento de la utilización, no se está cumpliendo; el contar con el derecho a recibir los servicios sin hacer desembolsos, no se está reflejando en ajustes de los patrones de gasto de los afiliados. No es suficiente el lograr los objetivos de número de personas beneficiarias. Aunque las campañas de afiliación han sido agresivas y se reflejan en los indicadores, resulta necesario el realizar un diagnóstico y seguimiento cercano a los afiliados para contar con información que permita diseñar otro tipo de campañas encaminadas a que efectivamente ejerzan su derecho a recibir los servicios sin pagar por ellos.

La segunda recomendación se enfoca en los factores de edad. Sólo el 5.8% de las personas afiliadas son adultos mayores, y la presencia de ellos en el hogar aumenta tanto la proporción de gasto en salud como el riesgo de incurrir en gastos catastróficos, debido a las vulnerabilidades físicas propias de los adultos mayores. Según las proyecciones de población más del 47% de la población en este rango de edad para el 2006 (Sistema Nacional de Información en Salud, 2006b) no cuenta aún con

aseguramiento, por lo que resulta necesario realizar esfuerzos para aumentar la cobertura entre adultos mayores, ya que son un alto factor de riesgo financiero que se incrementará en el futuro por la transición demográfica. De la manera similar a los adultos mayores, los niños son un grupo de riesgo por su edad, por lo que también es un grupo que requiere de atención especial.

En tercer lugar, hay que considerar el aspecto geográfico. De manera general, se encontró que para los hogares rurales el consumir bienes y servicios de salud resulta más caro en proporción a su capacidad de su pago. Si a esto se le agrega que enfrentan mayores costos de transacción por otros gastos que tienen que enfrentar, como el transporte hacia localidades con mayor disponibilidad de servicios, el reto de disminuir su vulnerabilidad financiera resulta mayor, por lo que romper con la brecha geográfica en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios es un aspecto fundamental.

En cuarto lugar, destaca la evidencia de la educación del jefe del hogar, que sólo resulta un factor de protección financiera para los niveles de ingreso superior, que al mismo tiempo son los que tienen un mayor nivel de escolaridad promedio. El aumentar el nivel de escolaridad de los hogares no es parte de la política de salud, pero si consideráramos aisladamente que un mayor nivel de educación podría ser un factor de protección financiera porque se tiene de mejor información ante los riesgos de salud y su prevención, una vía para reducir el efecto adverso que tiene la baja escolaridad de los hogares más vulnerables son las campañas de prevención que deben realizarse de manera focalizada, identificando las necesidades específicas de estos grupos.

En quinto lugar, resulta necesario observar el rubro de origen del gasto en salud. El SPSS y los otros sistemas de aseguramiento reducen el gasto de bolsillo en medicamentos, pero ninguno de ellos se asocia negativamente con las proporciones de gasto hospitalario en los hogares más pobres. Si bien es menos probable que un hogar

tenga que gastar en servicios hospitalarios que en las demás categorías, en términos absolutos este rubro requiere de mayores desembolsos y provoca pérdidas de bienestar más significativas. Al considerar que el mayor riesgo de empobrecimiento es para los que de por sí ya tienen bajos niveles de vida, surge la necesidad de plantear estrategias no sólo en el SPSS, sino en el diseño del sistema de salud en conjunto, que realmente protejan al grueso de la población de los gastos excesivos.

Un punto aparte que requiere de atención es la no demanda de servicios de salud. Recordando que los datos de gasto reflejan la utilización de los servicios por los que hay que hacer desembolsos directos, sería positivo si la ausencia de gasto significara la ausencia de desembolsos, pero no la ausencia de utilización de servicios. Sin embargo, esto es poco probable, y hay que establecer cuándo la no demanda se da por postergación en la atención, por la falta de capacidad de pago de los servicios, o por una percepción de no necesidad. Aunque es complicado determinar el por qué de la no demanda, es fundamental acercarse a la población para detectar las razones y crear la percepción de necesidad de atención médica o, en su caso, enfocarse en la capacidad de pago.

El modificar el sistema de salud para disipar inequidades en el acceso al aseguramiento es un avance relevante. Los esfuerzos en la afiliación son significativos, pero el éxito de esta política será cumplir en etapas futuras de manera tangible con sus objetivos de protección y justicia financiera.

### **Extensiones**

Reconociendo la heterogeneidad al interior del país, es necesario contar con mejores fuentes de información que permitan realizar análisis a nivel local que ayuden a los tomadores de decisión a mejorar el desempeño al interior de sus estados, atendiendo

las necesidades específicas de la población a su cargo. Además, hay que recordar que los hogares afiliados al SPSS sólo pudieron ser identificados para el 2004, periodo en el que el SPSS apenas tenía un año de funcionamiento. De esta situación puede resultar que para la fecha de levantamiento de la encuesta, los hogares afiliados al SPSS no sean representativos, además de que el ajuste esperado en los patrones de gasto no pueda ser captado.

Como extensiones de este análisis se dejan el refinamiento de los cálculos para ver el total de las contribuciones financieras al sistema de salud, incluyendo las derivadas de las aportaciones de cuotas a los sistemas de protección y el gasto del gobierno por hogar derivado de los impuestos generales, así como el ajuste de los datos con la información de Cuentas Nacionales.

Un punto relevante para estudios posteriores es ver si este sistema de aseguramiento está provocando distorsiones de mercado. Una distorsión puede surgir del alto componente de subsidiariedad del SPSS y en el principio de no exclusión, que puede llevar a que familias con alta capacidad de pago a aprovechar el subsidio y desplazar otro tipo de aseguramiento. Respecto al mercado laboral, es importante analizar si el SPSS está provocando una sustitución de las instituciones creadas para los trabajadores formales (IMSS o ISSSTE), y que además brindan otro tipo de protección social como las pensiones.

Cabe resaltar que esta investigación se concentra en la parte de la demanda de los bienes y servicios y salud, por lo que resulta necesario profundizar en el análisis de las condiciones de oferta. Puntos clave del buen funcionamiento del SPSS son la disponibilidad de infraestructura, personal médico y administrativo, e insumos para poder llegar a su población objetivo. No sólo la cantidad de oferta es importante, sino

también la calidad que se influirá en los niveles de satisfacción de los usuarios y, por lo tanto, en el uso efectivo de los servicios.

Las condiciones de la oferta están directamente relacionadas con los recursos disponibles. Considerando el alto grado de subsidiariedad del SPSS, entre más crezca la afiliación, mayor será la necesidad de recursos públicos para atender a los asegurados. Este hecho requiere de un análisis profundo de la sustentabilidad financiera del programa a fin de procurar recursos que posibiliten su permanencia, desarrollo y maduración.

Otro punto importante es analizar la definición de las intervenciones. Según lo establecido en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CNPSS, 2006), las intervenciones cubiertas por el SPSS cubren el 100% de la atención necesaria a la prevención del combate de epidemias, y el 95% de los principales procedimientos en el rubro de hospitalización y cirugía; el resto queda cubierto por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. Considerando estas especificaciones de cobertura, debiera suceder que los afiliados al SPSS tuvieran reducciones significativas en sus niveles de gasto si es que las intervenciones definidas realmente son las que generan los mayores desembolsos de los hogares.

Una línea de investigación interesante es ver si los afiliados realmente acuden al SPSS cuando requieren de servicios de salud o si están demandando servicios de proveedores distintos que implican desembolsos, y sobre todo los determinantes de ese comportamiento. Posiblemente entre los determinantes se encuentren la percepción de la calidad del SPSS, la suficiencia de recursos para atender una demanda de servicios públicos mayor que la que antes se tenía que satisfacer, la disponibilidad de los servicios o la accesibilidad geográfica a los centros de atención.

Como el objetivo último de los sistemas de salud es asegurar buenos niveles de salud a la población para que se pueda desarrollar adecuadamente, parte fundamental para futuras evaluaciones es el impacto del SPSS sobre los indicadores de salud principalmente en grupos vulnerables, analizando variables como la mortalidad infantil, la morbilidad y la esperanza de vida, entre otros.

## Referencias

- Arreola H., Garduño J., Soto H., Granados V., Martínez E. (2003a). Los efectos de la salud sobre el crecimiento económico: hallazgos macroeconómicos y macroeconómicos. En O. Muñoz, L. Durán, J. Garduño, H. Soto (ed.), *Economía de la Salud* (pp. 33-47). México: IMSS.
- Arreola, H., Soto, H., Garduño J.(2003b). Los determinantes de la no demanda de atención a la salud en México. En FUNSALUD (ed.) *Caleidoscopio de la Salud* (pp. 173-183). Consultado en Junio 15 en <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/librocaleido.htm>
- Arreola H., Garduño J., Soto H., Granados V., Martínez E. (2003c). Pobreza y salud: una relación dual. En O. Muñoz, L. Durán, J. Garduño, H. Soto (ed.), *Economía de la Salud* (pp. 33-47). México: IMSS.
- Barro, R.J. (1996). Health and economic growth. En Organización Panamericana de la Salud (ed.) *Health, human capital and economic growth*. Consultado en Agosto 24 de 2001, en <http://www.paho.org/English/HDP/HDD/barro.pdf>
- Bautista, S. (2004). Evaluación del efecto de Oportunidades sobre la utilización de servicios de salud en el medio rural. *Serie: Documentos de investigación de SEDESOL* (9).
- Clavero, A., Álvarez, M.L. (2005). Una revisión de modelos econométricos aplicados al análisis de demanda y utilización de servicios sanitarios. *Revista de Economía Pública* 173, 129-162.
- Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (2004). *Investing in health for economic development*. México: UDLA

- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (varios años). *Informes de Resultados*. Consultado en Septiembre 30 de 2006, en <http://www.salud.gob.mx/>
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2006). *Catálogo Universal de Servicios 2006*. Consultado en Marzo 6 de 2006, en <http://www.salud.gob.mx/>
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2004). *Manual Básico para la Inscripción de las Familias*. Mimeo
- Comisión Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos (2004). *Programa Nacional de Derechos Humanos*. Consultado en Octubre 2 de 2006, en <http://www.gobernacion.gob.mx/comisiondh/>
- Diario Oficial de la Federación (2006). *Aviso por el que se dan a conocer las cuotas familiares del Sistema de Protección Social en Salud*. Consultado en Agosto 30 de 2006, en <http://www.salud.gob.mx/>
- Dirección General de Evaluación del Desempeño (2005). *Estrategia de Evaluación*. Consultado en Febrero 3 de 2006, en <http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/evaluacion/seguropopular/seguropopular.htm>
- Dirección General de Evaluación del Desempeño (2003a). *Documento técnico número 1: Protección Financiera*. Consultado 21 de Agosto de 2006, en [http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/ened2002/doc\\_tecnicos/documento1.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/ened2002/doc_tecnicos/documento1.pdf)
- Dirección General de Evaluación del Desempeño (2003b). *Documento técnico número 2: Gasto de bolsillo por entidad federativa*. Consultado 21 de Agosto de 2006, en [http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/ened2002/doc\\_tecnicos/documento2.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/ened2002/doc_tecnicos/documento2.pdf)



- Frenk J., Knaul, F.M., Gómez-Dantés, O. (2004). *Financiamiento Justo y Protección Social Universal: La Reforma Estructural del Sistema de Salud en México*. Secretaría de Salud. Consultado en 30 de Enero de 2006, en <http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/evaluacion/seguropopular/seguropopular.htm>
- Freund J.E., Miller, I., Miller, M. (2000). *Estadística matemática con aplicaciones* (6° ed.). México: Prentice Hall.
- Gujarati, D.N. (1997). *Econometría*. (3° ed.). Bogotá: McGraw Hill.
- Hunt, P. (2005). *The right of every one to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. Consultado en Marzo 8 de 2006, en [http://www2.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/rth/rapporteur.shtm](http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/rapporteur.shtm)
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. (Varios años). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*.
- Knaul, F., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O. (2005a). Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México. *Salud Pública de México*, 47(S1), S54-S65.
- Knaul, F., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., Martínez, A. (2005b). Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. *Salud Pública de México*, 47, 430-439.
- Knaul, F., Arreola, H., Borja, C., Méndez, O., Torres, A.C. (2003). El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares. En FUNSALUD (ed.) *Caleidoscopio de la Salud* (pp. 275-291). Consultado en Junio 15 en <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/librocaleido.htm>
- Ley General de Salud. (2003). *Diario Oficial de la Federación*. Consultado en Febrero 2 de 2006, en <http://www.salud.gob.mx/>

- Mayer, D. (2001). The long-term impact of health on economic growth in Mexico, 1950-1995. *Journal of International Development*, 13(1), 123-126.
- Murray, C.J.L., Xu K., Klavus, J., Kawabata, K., Hanvoravongchai, P., Zeramdini, R. (2003). Assessing the distribution of household financial contributions to the health system. En Murray, C.J. y Evans D.B. (eds.), *Healths systems performance assessment: debates, methods and empiricism* (pp. 513-531).  
Genova, OMS
- Nigenda, G., Orozco, E., Olaiz, G. (2003). La importancia de los medicamentos en la operación del Seguro Popular. En FUNSALUD (ed.) *Caleidoscopio de la Salud* (pp. 263-273). Consultado en Junio 15, en <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/librocaleido.htm>
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Consultado en Marzo 2 de 2006, en <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>
- Organización Mundial de la Salud (2006). *World Health Statistics 2006*. Consultado en Noviembre 30 de 2006, en [http://www.who.int/whosis/whostat2006\\_healthsystems.xls](http://www.who.int/whosis/whostat2006_healthsystems.xls)
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *The world health report 2000, Health systems: improving performance*. Consultado en Mayo 8 de 2006, en <http://www.who.int/whr/2000/en/>
- Parker, S.W., Wong, R. (1997). Household income and health care expenditures in Mexico. *Health Policy*, 40 (3), 237-255
- Pérez-Rico, R., Sesma-Vázquez, S., Puentes-Rosas, E. (2005). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: estudio comparativo por grado de marginación. *Salud Pública de México*, 47(S1), S47-S53

- Rubalcava, L.N. (2003). Salud y negociación en el hogar: un ejemplo de política social. En O. Muñoz, L. Durán, J. Garduño, H. Soto (ed.), *Economía de la Salud* (pp. 27-31). México: IMSS.
- Secretaría de Salud. (2006a). *Las Cuentas en Salud en México 2001-2005*. Consultado el 4 de Diciembre de 2006 en [http://sinais.salud.gob.mx/sicuentas/docs/LasCuentasEnSaludEnMexico\\_2001-2005.pdf](http://sinais.salud.gob.mx/sicuentas/docs/LasCuentasEnSaludEnMexico_2001-2005.pdf)
- Secretaría de Salud. (2006b). *Método de afiliación, seguro popular*. Consultado en Enero 30 de 2006, en <http://www.salud.gob.mx/>
- Secretaría de Salud. (2005). *Sistema de Protección Social en Salud, elementos conceptuales, financieros y operativos*. México: Secretaría de Salud. Consultado en Marzo 16 de 2006, en <http://www.salud.gob.mx/>
- Secretaría de Salud. (2004). *Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*. Consultado en Abril 30 de 2006, en <http://sinais.salud.gob.mx/sicuentas/>
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. Consultado en Febrero 10 de 2006, en <http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/evaluacion/publicaciones/publicaciones.htm>
- Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., Sosa-Manzano, C.L., Gómez-Dantés O. (2005). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Pública de México*, 47(S1), S37-S46
- Sistema Nacional de Información en Salud. (2006a). *Boletín de información estadística No. 25, 2005*. Consultado el 4 de Diciembre de 2006 en [http://sinais.salud.gob.mx/sicuentas/tabs\\_bds/BIE25\\_vIV.zip](http://sinais.salud.gob.mx/sicuentas/tabs_bds/BIE25_vIV.zip)
- Sistema Nacional de Información en Salud. (2006b). *Población asegurada y no asegurada 2000-2006*. Consultado en Noviembre 2 de 2006 en <http://sinais.salud.gob.mx/poblacion/poblacion.htm>

- Torres, A.C. (2003). Análisis de los determinantes del gasto de bolsillo en salud en México: 1992-2000. *Gaceta de Economía*, 9(17), 40-76
- Torres, A.C., Knaul, F. (2003). *Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000*. En FUNSALUD (ed.) *Caleidoscopio de la Salud* (pp. 209-225). Consultado en Junio 15, en <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/librocaleido.htm>
- Wooldridge, J.M. (2001). *Introducción a la econometría: Un enfoque moderno*. México: Thomson Learning.
- Xu, K., Klavus, J., Kawabata, K., Evans, D.B., Hanvoravongchai, P., Ortiz, J.P., et al. (2003a) Household health system contributions and capacity to pay: definitional, empirical, and technical challenges. En Murray, C.J. y Evans D.B. (eds.), *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism* (533-542). Genova, OMS
- Xu, K., Klavus J., Aguilar-Rivera, A.M., Carrin, G., Zeramdini, R., Murray, C.J.L. (2003b). Summary measures of the distribution of household financial contributions to health. En Murray, C.J. y Evans D.B. (eds.), *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism* (pp. 543-555). Genova, OMS
- Zurita, B., Lozano, R., Ramírez, T., Torres, J.L. (2003). Desigualdad e Inequidad en Salud. En FUNSALUD (ed.) *Caleidoscopio de la Salud* (pp. 29-39). Consultado en Junio 15 en <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/librocaleido.htm>

## **Anexos**

### **Anexo 1. Derechos y Obligaciones de los Afiliados**

El titular recibe la Carta de Derechos y Obligaciones de los Afiliados, en donde se le informa a la familia que por ser beneficiarios tienen derecho a:

1. Recibir servicios integrales de salud especificados en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES).
2. Recibir atención médica con un trato digno, respetuoso y de manera igualitaria.
3. Recibir atención médica en el centro de salud, donde el personal podrá canalizar al paciente para recibir atención personalizada.
4. Ser atendidos en caso de urgencia en cualquiera de los hospitales del Sistema
5. Recibir los medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete correspondientes al CASES.
6. Contar con orientación respecto a las acciones médicas incluidas en el CASES y los procedimientos para recibirlas.
7. Recibir información suficiente sobre el estado de salud y los padecimientos de manera veraz, oportuna y comprensible.
8. Solicitar una segunda opinión con personal médico del sistema.
9. Decidir libremente sobre su atención médica.
10. Otorgar o no su consentimiento para aceptar o rechazar tratamientos o procedimientos médicos.
11. Contar con un expediente clínico de uso confidencial y restringido.
12. Presentar sus quejas ante el Módulo de Afiliación y Orientación que deben ser atendidas en un plazo de 90 días.
13. Recibir la Tarjeta Única de Salud (TUSALUD) que lo identifica como beneficiario del Sistema y le proporciona acceso a los servicios.

14. Recibir la Cartilla Nacional de Salud.
15. No pagar cuotas de recuperación por las acciones de salud incluidas en el CASES.

Así mismo, se establecen las obligaciones:

1. Los titulares deben proporcionar la Cédula de Características Socioeconómicas del Hogar, con datos fidedignos y completos, además de ofrecer los documentos de identificación oficial de los integrantes.
2. Solicitar la información detallada y precisa de las acciones incluidas en CASES.
3. Solicitar orientación acerca de la unidad de salud correspondiente.
4. Hacer un uso responsable de los servicios de salud.
5. Dar un trato respetuoso al personal de los servicios de salud.
6. Colaborar con el personal para facilitar la prestación del servicio, ajustándose a horarios, procedimientos y proporcionando información de sus padecimientos.
7. Participar activamente en el cuidado de su salud, practicando las actividades que les indique el personal médico para desarrollar conductas saludables y prevenir enfermedades.
8. Cumplir con los tratamientos indicados.
9. Presentar la credencial TUSALUD para identificarse y comprobar la vigencia de sus derechos.
10. Presentar la Cartilla Nacional de Salud en toda atención médica.
11. Continuar participando en las actividades establecidas para apoyar al funcionamiento de las unidades de salud.
12. Los titulares de familias beneficiarias de Oportunidades, deben cumplir con todas las acciones de corresponsabilidad relativas al componente de salud para recibir los apoyos del programa.

13. Los titulares deben avisar cuando alguno de los miembros de la familia se incorpore a alguna institución federal o estatal de seguridad social.
14. Solicitar al personal médico información acerca de riesgos y alternativas de los tratamientos o intervenciones correspondientes.
15. Solicitar información para presentar quejas o consultas.
16. Notificar el nacimiento de un miembro de la familia.
17. Las complicaciones de padecimientos podrán generar pagos (cuotas de recuperación) que deberá cumplir el asegurado.
18. Solicitar información de los procedimientos de reafiliación 30 días antes de que se venza su vigencia y entregar la cuota correspondiente al siguiente periodo.
19. En el caso de que se afecte el desarrollo del Seguro Popular, se haga mal uso de la credencial TUSALUD, se afecte los intereses de la institución o se proporcione información falsa, los beneficios se cancelarán.

## Anexo 2. Indicadores de Resultados del SPSS

Indicadores de resultados	
Rubro	Indicadores
1. Presupuesto Ejercido	1.1 Presupuesto transferido en el periodo
2. Número de familias afiliadas	2.1 Familias contra la meta programada
	2.2 Familias en el periodo correspondiente
	2.3 Familias encabezadas por mujeres
	2.4 Promedio de integrantes por familia
	2.5 Familias beneficiarias de Oportunidades
	2.6 Familias beneficiarias de Oportunidades encabezadas por mujeres
	2.11 Familias por decil de ingreso
	2.7 Familias pertenecientes a localidades con más del 40% de población indígena
	2.12 Porcentaje de familias por decil de ingreso
	2.8 Familias pertenecientes a localidades con más del 40% de población indígena encabezadas por mujeres
	2.13 Familias reafiliadas
	2.9 Familias de regiones de alta y muy alta marginación
	2.14 Municipios y localidades con familias afiliadas
	2.10 Familias encabezadas por mujeres en regiones de alta y muy alta marginación
	2.15 Familias por tipo de localidad
3. Número de personas afiliadas	3.1 Número de personas afiliadas
	3.2 Número de mujeres afiliadas
	3.3 Número de personas pro rango de edad
	3.4 Número de mujeres por rango de edad
4. Cuotas captadas	4.1 Monto promedio de cuotas captadas por familia
	4.2 Monto promedio de cuotas captadas por familia en el régimen contributivo
5. Servicios otorgados	5.1 Promedio de consultas por servicio
	5.2 Promedio de estancia hospitalaria por género
	5.3 Promedio de partos atendidos
	5.4 Porcentaje de defunciones por género
6. Número de unidades incorporadas al SPSS	6.1 Número de unidades médicas en la red del SPSS

Fuente: CNPSS (2006).



### Anexo 3. Estadísticas Descriptivas

		1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2005
Hogares en ENIGH		10,530	12,815	14,042	10,952	10,108	17,167	22,595	23,174
Medias	Gasto	6141133.32	7255.58	10204.97	14229.98	20706.56	25748.68	30405.78	30091.03
	Ingreso	6864417.51	6653.65	9006.44	13201.15	19845.62	21387.61	24394.92	26418.78
	Ingreso per capita	1821233.87	1818.77	2485.35	3935.75	6034.25	6364.61	7203.57	8067.73
	Gasto per capita	1657811.14	2020.53	2902.22	4219.58	6418.89	7828.05	9272.81	9548.30
	Capacidad de pago	4727340.52	5726.97	7706.81	10911.83	16617.09	21210.36	25063.90	25161.72
	Mayores	0.19	0.20	0.19	0.19	0.20	0.22	0.23	0.23
	Jefeedu	5.89	6.01	6.54	6.56	7.00	7.13	7.51	7.52
	Jefeedad	43.92	44.75	44.58	45.54	46.26	47.05	47.27	47.29
	Fértil	1.22	1.20	1.20	1.15	1.12	1.10	1.10	1.09
	Niños	0.57	0.55	0.55	0.47	0.42	0.40	0.39	0.38
	Tamaño de hogar	4.72	4.60	4.53	4.31	4.16	4.12	4.15	4.04
Frecuencias	Dmayor	14.80	15.58	15.24	15.61	16.14	16.86	18.34	17.93
relativas	Dsexo	13.96	14.69	16.17	17.54	18.33	20.01	23.29	23.17
(%)	Dniños	83.01	80.84	81.43	78.80	77.14	76.36	75.36	29.34
	Drural	37.55	38.96	37.35	38.01	36.30	36.45	36.45	34.51
	Dtecho	54.40	57.30	60.75	61.09	64.87	64.17	65.35	67.26
	Dpiso	82.11	84.34	86.15	87.45	89.09	89.07	89.72	89.40
	Dagua	79.16	80.89	84.62	85.95	89.85	88.56	88.47	88.22

Fuente: Cálculos propios en base a las ENIGH.

Nota: Las frecuencias relativas se refieren a hogares en que el valor de la variable dicotómica es 1. Los cálculos se realizaron tomando en cuenta el factor de expansión correspondiente.

---

---

**Anexo 4. Evolución de Gasto en Salud por Nivel de Ingreso**

---

---

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
1992	546.71	810.67	1212.69	1292.20	2481.28
1994	499.16	868.37	1115.98	1481.79	2844.36
1996	441.41	640.85	977.18	1171.79	2177.07
1998	471.14	582.20	1173.46	1136.57	1917.30
2000	623.39	866.60	997.73	1430.47	2192.97
2002	499.29	893.59	961.06	1263.07	2697.38
2004	648.98	931.43	1154.53	1760.14	2682.34
2005	651.99	822.85	1281.29	2084.42	2407.20

---

---

Fuente: Construcción propia con base en ENIGH.

Nota: Promedios por nivel de ingreso incluyendo hogares con gasto positivo en salud. Los valores se expresan en términos, deflactados con Índice Nacional de Precios al Consumidor (base segunda quincena de junio de 2002) de diciembre de cada año.

**Anexo 5. Modelo logit de la probabilidad de afiliación al SPSS 2004**

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
C	-3.0358*** (0.0103)	-2.201*** (0.011)	-3.331*** (0.0013)	-2.443*** (0.014)	-1.083*** (0.016)	-1.834*** (0.020)	-2.900*** (0.025)	-7.530*** (0.067)	-7.981*** (0.506)	-13.076*** (1.057)
Dniños	0.7277*** (0.0056)	0.146*** (0.006)	0.317*** (0.006)	0.173*** (0.007)	-0.212*** (0.010)	-0.696*** (0.012)	-0.545*** (0.016)	0.456*** (0.012)	-1.971*** (0.034)	2.153*** (0.026)
Dmayor	0.0377*** (0.0064)	-0.517*** (0.008)	0.198*** (0.008)	0.308*** (0.008)	-0.184*** (0.011)	-0.502*** (0.011)	0.708*** (0.013)	-0.588*** (0.020)	-1.032*** (0.022)	1.327*** (0.027)
Dfertil	-0.4620*** (0.0070)	-0.062*** (0.008)	0.156*** (0.008)	0.352*** (0.010)	-0.688*** (0.010)	-0.865*** (0.010)	-0.657*** (0.013)	0.515*** (0.017)	0.991*** (0.018)	1.019*** (0.038)
Dsexo	-0.2716*** (0.0062)	-0.235*** (0.007)	-0.904*** (0.008)	-0.406*** (0.009)	-0.774*** (0.010)	-0.394*** (0.010)	-0.411*** (0.014)	-1.072*** (0.018)	0.170*** (0.014)	1.281*** (0.024)
Jefeedu	0.0129*** (0.0008)	0.006*** (0.001)	-0.044*** (0.001)	-0.069*** (0.001)	-0.060*** (0.001)	-0.009*** (0.001)	-0.066*** (0.001)	-0.096*** (0.001)	-0.181*** (0.018)	0.028*** (0.003)
Drural	0.7803*** (-0.0002)	0.626*** (0.006)	0.295*** (0.006)	0.510*** (0.007)	0.114*** (0.008)	0.659*** (0.009)	1.197*** (0.012)	1.654*** (0.012)	-0.623*** (0.017)	1.740*** (0.024)
Dpiso	0.5964*** (0.0054)	-0.082*** (0.006)	0.716*** (0.009)	-0.428*** (0.009)	-0.188*** (0.013)	-0.083*** (0.016)	-0.756*** (0.021)	1.994*** (0.058)	6.688*** (0.506)	6.690*** (1.056)
Dtecho	-0.1936*** (0.0060)	-0.078*** (0.006)	-0.691*** (0.006)	-0.860*** (0.007)	-0.632*** (0.009)	-0.985*** (0.009)	-0.260*** (0.011)	-0.554*** (0.012)	-1.702*** (0.013)	-1.269*** (0.026)
Dagua	-0.4488*** (0.0050)	-0.858*** (0.006)	0.239*** (0.008)	-0.100*** (0.009)	-0.876*** (0.012)	-0.455*** (0.013)	0.207*** (0.019)	1.746*** (0.035)	-0.848*** (0.020)	-1.213*** (0.034)
Log likelihood	1341518.6	1170188	1059575	821639.7	581350.7	526925.4	346661.3	329285.2	229274.26	100461
N	2425883	2462136	2465669	2466511	2406248	2421902	2355438	2358074	2223719	2173142

Fuente: Estimaciones propias basadas en la ENIGH.

Nota: Errores estándar en paréntesis. Las regresiones se realizaron ponderando por el factor correspondiente. Los hogares se ordenaron por ingreso per cápita. \*, \*\* y \*\*\* denotan significancia al 10%, 5% y 1% respectivamente.

**Anexo 6. Prueba de hipótesis de diferencias entre medias de la proporción  
de gasto en salud 2004**

		Asegurados	Asegurados por SP	Estadístico Z	P Valor
D1	Media	3.459	4.317	0.005	0.498
	D.E.	213.115	298.915		
D2	Media	3.330	3.278	0.000	0.500
	D.E.	260.627	195.162		
D3	Media	3.249	3.377	0.001	0.500
	D.E.	267.718	191.387		
D4	Media	3.418	4.328	0.005	0.498
	D.E.	252.961	206.543		
D5	Media	3.001	4.261	0.008	0.497
	D.E.	216.667	196.890		
D6	Media	3.207	2.551	-0.005	0.502
	D.E.	214.753	100.427		
D7	Media	3.235	3.859	0.004	0.498
	D.E.	219.483	180.208		
D8	Media	3.885	3.082	-0.004	0.502
	D.E.	295.006	267.448		
D9	Media	3.705	2.143	-0.010	0.504
	D.E.	244.209	123.609		
D10	Media	3.103	3.410	0.002	0.499
	D.E.	180.843	129.365		

Fuente: Cálculos propias con base en la ENIGH.

Nota: Las pruebas se realizaron bajo el supuesto de normalidad, invocando el teorema de límite central para muestras grandes. Cálculos usando el factor de expansión correspondiente. Hogares ordenados por ingreso *per cápita*.

---

**Anexo 7. Medias de la proporción de gasto en salud en hogares  
asegurados por sistemas diferentes al SPSS 2005**

---

	Media
D1	5.8750
D2	4.0042
D3	2.7800
D4	3.2276
D5	3.1934
D6	3.6623
D7	3.8004
D8	3.6981
D9	3.0966
D10	2.9863

---

Fuente: Cálculos propios con base a la ENIGH.

Nota: No se incluyen hogares afiliados por Seguro Popular. Cifras calculadas usando el factor de expansión correspondiente. Hogares ordenados por ingreso *per cápita*.