

Introducción

El gasto en salud es aproximadamente 5.6% del PIB. Ahí se incluye el gasto público (el cual representa 46% del total), el prepago privado (2% del total) y el gasto de bolsillo (52% del total). Este último es muy alto e inequitativo debido en parte a que más de 50% de la población no tiene ningún tipo de seguro médico, lo que a su vez ocasiona que un gran número de familias incurra en gastos catastróficos en salud, es decir que desembolsen en este rubro 30% o más de su ingreso disponible. Los deciles más bajos de ingresos son los que tienen un mayor porcentaje de familias que sufre este tipo de imprevistos (Knaul *et al.*, 2001).

El objetivo de este trabajo es analizar si la distribución del gasto fiscal y público en salud es vertical y horizontalmente equitativa. La equidad horizontal a nivel hogar radica en que a las personas ubicadas en el mismo decil de gasto les corresponde el mismo monto de recursos fiscales y públicos.¹ La equidad horizontal estatal significa que el gasto per cápita estatal debe ser el mismo. La equidad vertical consiste en que a las personas en los hogares que se encuentran en los deciles más bajos de gasto reciben mayores recursos fiscales y públicos que aquéllas de hogares de los deciles más altos. En el ámbito estatal, la equidad vertical consiste en que el promedio de recursos per cápita deberá ser mayor para las entidades con un mayor grado de marginación que en las que sufren de un menor grado de marginación.

¹ El gasto per cápita considerado en todos los casos es un gasto promedio. Los resultados aquí presentados podrían variar si en cierto estado o decil de ingreso, las personas utilizan mayor o menor cantidad de servicios de salud que el promedio.

En la primera sección se estudia la distribución del gasto fiscal y público en salud per cápita para población amparada por la seguridad social (IMSS, ISSSTE) y para la población abierta. En la segunda sección se examina si hay equidad horizontal y vertical en el gasto en salud tanto en el ámbito estatal como a nivel hogar. Finalmente, en la tercera sección se incluyen conclusiones y recomendaciones.

Gasto fiscal y público en salud

El gasto público en salud se compone principalmente por: 1) las aportaciones del gobierno federal a los diferentes institutos de seguridad social; 2) las transferencias del gobierno federal a la SSA, a los servicios estatales de salud (Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud, FASSA), los cuales se entregan a través del ramo 33, así como los destinados a los programas IMSS-Solidaridad y Progresar;² 3) los recursos propios de las entidades federativas que se transfieren a los servicios estatales de salud; 4) las cuotas obrero-patronales, que son un impuesto a la nómina de los trabajadores cubiertos por la seguridad social, y que se pueden considerar como recursos públicos.³

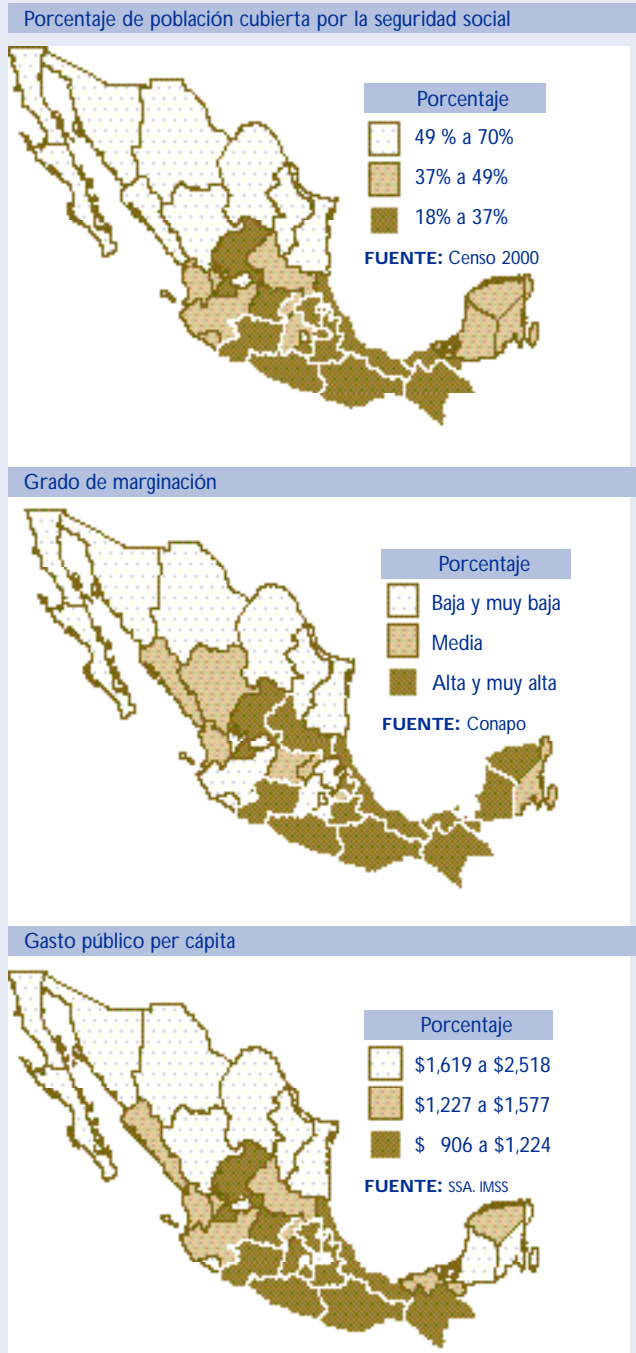
Cabe decir que el gasto fiscal es el gasto público con exclusión de las cuotas obrero-patronales en el caso del IMSS y de las cuotas obreras en el del ISSSTE, pues estos recursos son pagados por los trabajadores y los empleadores para tener derecho a la seguridad social.⁴

² Actualmente, programas IMSS-Solidaridad y Oportunidades.

³ No se incluyen las cuotas de recuperación debido a que éstas dependen del uso que los individuos den a los servicios de salud.

⁴ Para mayor detalle acerca de cómo se estimó el gasto fiscal y público para el IMSS, el ISSSTE y la población abierta, ver el anexo al final de este capítulo.

Figura 1. Inequidad en el gasto estatal según el grado de marginación



El gasto en salud para la población cubierta por la seguridad social

La seguridad social se obtiene principalmente a través de la fuente de trabajo. Los empleados del sector privado formal y sus familias están amparados por el IMSS, lo que significa 32 % de la población nacional. Los trabajadores del gobierno federal y sus familias están bajo el régimen del ISSSTE; de esa manera se favorece a 6% de los mexicanos. Hay otros servicios de salud dirigidos al personal de Pemex, de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Secretaría de Marina y de los gobiernos estatales; así se protege a otro tanto de mexicanos (2%).

Existe una gran variación en la población atendida por la seguridad social en los estados, lo cual se puede observar en la figura 1 (mapa del porcentaje de población cubierta por la seguridad social). Estas diferencias dependen en gran parte de la oferta de trabajos en el sector formal público y privado. En general, la región norte del país tiene una mayor cobertura y la suroeste, una menor. Chiapas es la entidad con cobertura más reducida, donde sólo 18% de la población cuenta con los servicios de la seguridad social; en el otro extremo se ubica Coahuila, en la cual 70% de la población presume de tener servicios de seguridad social.

En este estudio se analiza únicamente el gasto público en las personas derechohabientes del IMSS y del ISSSTE, organismos que atienden a 95% de los mexicanos con derecho a la seguridad social.

El gasto fiscal y público en salud para población atendida por el IMSS

El seguro de enfermedades y maternidad del IMSS está financiado por las contribuciones de los trabajadores, los patrones y el gobierno federal. Éste aporta un monto fijo e igual por cada asegurado titular, lo que corresponde a 13.9% de un salario mínimo del Distrito Federal. La suma total de las aportaciones depende del número de asegurados

titulares cubiertos por el IMSS. Cuando el total de las aportaciones del gobierno federal se divide entre el número de derechohabientes del IMSS, el gasto per cápita anual es de 821 pesos a escala nacional; en los estados variará en función del número de asegurados titulares.⁵ Si al gasto en servicios de salud se le agrega el gasto en recursos públicos (es decir, las actividades de salud pública y regulación que realiza la SSA), se obtiene el gasto fiscal, el cual corresponde a 961 pesos por persona amparada por el IMSS. La aportación de las cuotas obrero-patronales depende del número de salarios mínimos que percibe el trabajador. El gasto fiscal más la cuota obrero-patronal forman el gasto público; 2 606 pesos por derechohabiente del IMSS.

El gasto fiscal y público en salud para población del ISSSTE

Los recursos para financiar al ISSSTE están compuestos por las aportaciones obreras –a impuestos a la nómina–, las aportaciones patronales –contribuciones del gobierno–, y el déficit entre ingreso y gasto, el cual se paga con recursos fiscales. La suma de las aportaciones del gobierno como patrón y del déficit es de 1 611 pesos por derechohabiente (los trabajadores y sus familias). Cuando se incluye el gasto en bienes públicos, los afiliados a esta institución reciben, cada uno, 1 751 pesos en recursos fiscales. Si se agregan las cuotas que aportan los trabajadores, las personas amparadas por el ISSSTE reciben 2 322 en recursos públicos per cápita.

Para poder comparar los gastos fiscal y público otorgados a la población protegida por la seguridad social en su conjunto contra el gasto en población abierta, se agregó el gasto en el IMSS y el ISSSTE y se

dividió entre la población derechohabiente de ambas instituciones; así se obtuvo que el gasto fiscal, sin incluir gasto en bienes públicos, es de 943 pesos y si se consideran éstos, es de 1 083 pesos; el gasto público total es de 2 562 pesos.

El gasto público en salud para población abierta

Los recursos del gasto federal y estatal destinados a los servicios de salud para la población abierta, así como a los bienes públicos (salud pública y regulación, acciones para beneficio de las poblaciones abierta y amparada), provienen de los recursos destinados a los servicios estatales de salud, a la SSA, el gasto propio de los estados y de programas como el Progresista, el PAC y el IMSS-Solidaridad.⁶

Para entender como varían los recursos per cápita, se realizó una estimación de la división entre recursos destinados a los servicios de salud y a los bienes públicos. Para más detalles acerca de la manera como se llevó a cabo este ejercicio, ver el anexo al final de este capítulo. Se encontró que en el año 2000 se gastaron 140 pesos per cápita en bienes públicos.

El gasto en los servicios de salud que sólo benefician a la población abierta corresponde a 526 pesos por persona, en promedio, a escala nacional; una vez que se agrega el gasto en bienes públicos, el gasto fiscal promedio para este tipo de usuarios es de 666 pesos. En este caso, el gasto fiscal y el público son los mismos. Por otro lado, existen grandes diferencias en el gasto per cápita entre los estados. En la figura 2 se puede observar que la entidad con menos gasto es Puebla, 417 pesos por persona; mientras que en Baja California Sur se destinan a cada habitante 1 651 pesos.

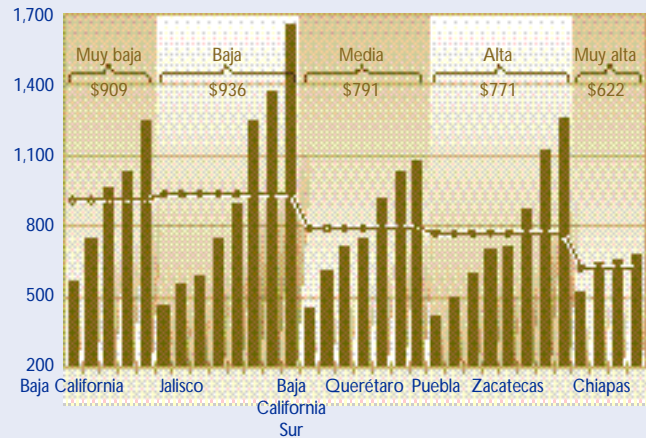
Con el propósito de saber de dónde provienen estas disparidades, se requiere desagregar las fuentes de financiamiento. En este sentido, los recursos federales que se destinan directamente a las secretarías

⁵ Si se estiman las aportaciones del gobierno federal como 13.9% de un salario mínimo del Distrito federal y se multiplica por el número de asegurados titulares del IMSS en junio del 2000, el gasto per cápita (incluyendo al hogar del asegurado) es de 912 pesos. En el anexo ubicado en la última página de este capítulo se encuentran las fórmulas para obtener el gasto per cápita en personas atendidas por el IMSS.

⁶ Se incluyen los recursos del FASSA, el PAC, el Progresista, el IMSS-Solidaridad, el gasto estatal en salud, en unidades centrales, en órganos desconcentrados y en organismos descentralizados.

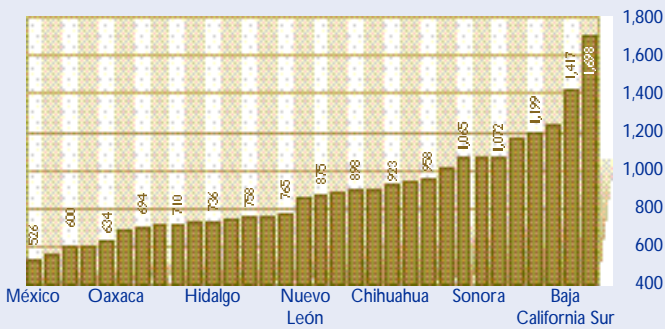
► Inequidad en el gasto del gobierno en salud

Figura 2. Gasto fiscal en población abierta por grado de marginalidad, 2000



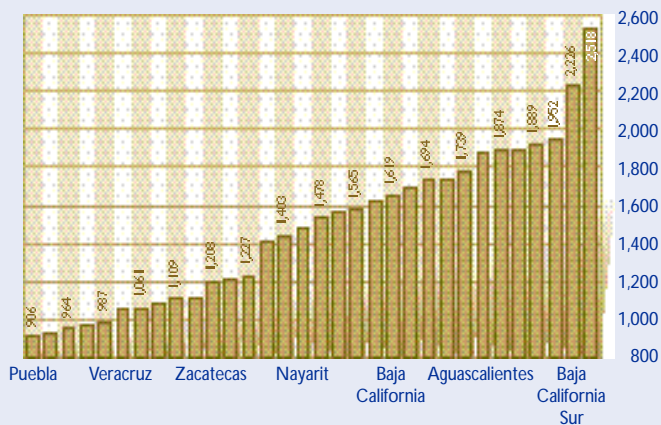
FUENTE: Censo 2000, CONAPO, SSA e IMSS

Figura 3. Gasto fiscal en salud per cápita por entidad federativa, 2000



FUENTE: Censo 2000, SSA e IMSS

Figura 4. Gasto público en salud per cápita, 2000



FUENTE: Censo 2000, SSA e IMSS

estatales de salud (Ramo 33), junto con el gasto propio de los estados, constituyen 63% de los recursos, mientras que los de los programas específicos, como el Progresá, el PAC y el IMSS-Solidaridad, representan 12%. El resto (25%) corresponde a gasto en unidades centrales, y organismos desconcentrados y descentralizados.

Inequidad en el gasto

La inequidad en el gasto fiscal y público en salud entre las diferentes entidades federativas

Equidad horizontal

¿Son equitativas las diferencias en gasto por persona entre los estados? Si consideramos que los habitantes de las entidades federativas son iguales, la equidad horizontal significa que todos ellos reciben los mismos recursos per cápita. Empero, en la investigación se encontró que tanto el gasto fiscal como el público por persona varían mucho entre las entidades federativas.⁷ El promedio nacional del gasto fiscal en salud es de 828 pesos per cápita; aunque, como se puede observar en la figura 3, las diferencias entre los estados son muy grandes.

El Estado de México recibe los menores recursos fiscales per cápita para salud: 526 pesos; el Distrito federal se ubica en la escala más alta en este rubro: 1 698 pesos. La diferencia entre ambos extremos es de 1 137 pesos. Otra manera de verlo es que por cada peso que se gasta en el Estado de México se gastan más de tres en el Distrito Federal.

El promedio nacional del gasto público en salud per cápita es de 1 405 pesos y también éste varía mucho entre las entidades (figura 4). Ahí se observa que es en Puebla en donde menos gasto público se destina a la salud: 906 pesos; en el lado contrario se ubi-

⁷ El gasto fiscal y público por estado se estimó ponderando el gasto per cápita del IMSS, el ISSSTE y la población abierta por el número de personas cubiertas por los rubros anteriores en cada entidad.

ca el Distrito Federal, con 2 518 pesos.⁸ La diferencia entre el que más recursos públicos recibe y el que menos, es de 1 612 pesos per cápita.

A continuación se analizan algunos de los factores que contribuyen a la diferencia en gasto fiscal y público entre los estados: el primero es la gran diferencia entre los recursos fiscales y públicos destinados a la población cubierta por la seguridad social y los recursos otorgados a la población abierta. La población amparada por la seguridad social (IMSS e ISSSTE) recibe 1.6 pesos por cada uno que reciben las personas pertenecientes a la población abierta provenientes de recursos fiscales.

Esta diferencia es sustancial si se considera que los recursos fiscales no incluyen impuestos a la nómina de los trabajadores del IMSS y del ISSSTE ni aportaciones patronales para el caso del primero de esos institutos. Cuando se incluyen los rubros antes mencionados, la diferencia es mucho mayor. Por cada peso gastado en población abierta se destinan 3.8 pesos a la población cubierta por el IMSS o el ISSSTE (cuadro 1).

El segundo factor es que la distribución de las personas amparadas por la seguridad social varía mucho entre los estados. Esta variación en cobertura, aunada a que se gasta menos en personas no cubiertas por la seguridad social, ocasiona parte de esta disparidad.

El tercer factor se refiere a que la distribución de recursos públicos destinados a la población abierta varía mucho entre las entidades, como se puede observar.

Equidad vertical

En este caso se analizó si la variación en gasto en salud per cápita responde a diferencias en necesidades;

⁸ Cabe destacar que el gasto del Ramo 12 se dividió proporcionalmente entre la población abierta del estado. Sin embargo, una parte de este presupuesto –que se destina a los diferentes institutos– en realidad se ejerce en el Distrito Federal, por lo que se subestima el monto de los recursos públicos gastados en la capital del país.

Cuadro 1. Gasto en salud per cápita en población abierta y en población cubierta por la seguridad social (2000)

Comparación con IMSS			
		Gasto fiscal	Gasto público
Gto. gubernamental per cápita (Pesos 2000)	Población abierta	666	666
	Derechohabientes IMSS	961	2,606
Pesos a población cubierta por IMSS por cada peso en población abierta		1.4	3.9
(Gto. P. abierta)/(Gto. D. IMSS)		69%	26%
((Gto. D. IMSS - Gto. P. abierta)/(Gto. D. IMSS))		31%	74%

FUENTE: Elaboración propia en base a IMSS 2000, SSA 2000, CENSO 2000

Comparación con ISSSTE			
		Gasto fiscal	Gasto público
Gto. gubernamental per cápita (Pesos 2000)	Población abierta	666	666
	Derechohabientes ISSSTE	1,751	2,322
Pesos a personas cubiertas por ISSSTE por cada peso en población abierta		2.6	3.5
(Gto. población abierta)/(Gto. D. ISSSTE)		38%	29%
((Gto. D. ISSSTE - Gto. P. abierta)/(Gto. D. ISSSTE))		62%	71%

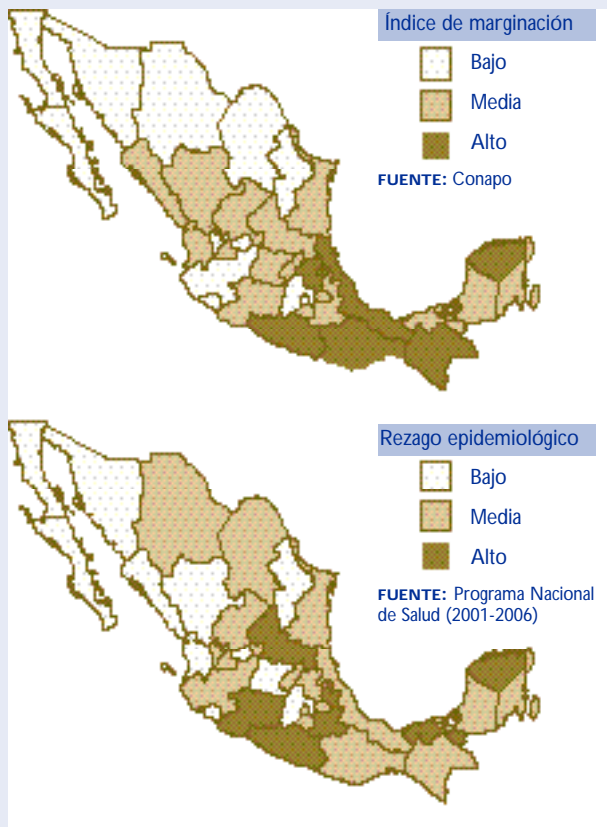
FUENTE: Elaboración propia en base a datos de la SSA 2000 y CENSO 2000

Comparación con personas cubiertas por la seguridad social			
		Gasto fiscal	Gasto público
Gto. gubernamental per cápita (Pesos 2000)	Población abierta	666	666
	Derechohabientes IMSS e ISSSTE	1,083	2,562
Pesos a personas cubiertas por IMSS e ISSSTE por cada peso en población abierta		1.6	3.8
(Gto. población abierta)/(Gto. D. IMSS e ISSSTE)		61%	26%
((Gto. D. IMSS e ISSSTE - Gto. P. abierta)/(Gto. D. IMSS e ISSSTE))		39%	74%

FUENTE: Elaboración propia en base a IMSS 2000, SSA 2000, CENSO 2000

NOTA: Para cálculos ver anexo 1

Si consideramos que los habitantes de las entidades federativas son iguales, la equidad horizontal significa que todos ellos reciben los mismos recursos per cápita. Empero, en la investigación se encontró que tanto el gasto fiscal como el público por persona varían mucho entre las entidades federativas

Figura 6. Relación entre el grado de marginación y rezago epidemiológico

El Estado de México recibe los menores recursos fiscales per cápita para salud: 526 pesos; el Distrito Federal se ubica en la escala más alta en este rubro: 1 698 pesos. La diferencia entre ambos extremos es de 1 137 pesos. Otra manera de verlo es que por cada peso que se gasta en el Estado de México se gastan más de tres en el Distrito Federal

es decir, que las personas que viven en estados con un mayor índice de marginación se les destinan mayores recursos per cápita.

Para ello se utilizó el índice de marginación elaborado por el Conapo (2000), en el cual se incluyeron medidas de escolaridad, de infraestructura en la vivienda, tamaño de localidad y del salario de la población económicamente activa dentro del hogar. En función de su índice de marginación, las entidades son clasificadas por el Conapo por grado de marginación baja, muy baja, media, alta y muy alta. En los mapas se muestra la distribución de los estados según su grado de marginación. Ahí se puede observar que los del norte son los menos marginados y en su mayoría tienen un grado de marginación bajo o muy bajo. En cambio, en los del sur los grados de marginación son alto y muy alto. La figura 1 incluye a las entidades según su gasto público en salud per cápita. Contrario a lo que se esperaría en una distribución equitativa vertical, si comparamos los tres mapas de esa figura, se puede observar que los estados del norte del país son los que tienen una mayor cobertura, un menor grado de marginación y, además, reciben más recursos públicos; en cambio, aquellos estados con un mayor nivel de marginación reciben menos recursos públicos (figura 5).⁹

Se utilizaron coeficientes de correlación de rangos de Spearman para encontrar la relación entre el gasto fiscal per cápita y el índice de marginación.¹⁰ Así se obtuvo que el coeficiente de correlación entre el gasto fiscal y el índice de marginación para los estados es de -43%, lo cual significa que si los ordenamos según el índice de marginación y el gasto fis-

⁹ Una medida comúnmente utilizada es el rezago epidemiológico, el cual está formado por: "Las enfermedades que son evitables con intervenciones de bajo costo son las que sobre todo dan origen al rezago epidemiológico" (Programa Nacional de Salud 2001-2006). En la figura 5 se puede observar que hay una relación cercana entre el índice de marginación y el rezago epidemiológico.

¹⁰ Los coeficientes de rangos de Spearman se calculan ordenando las variables a analizar de menor a mayor y obteniendo el rango de cada observación. Una vez que se tienen los rangos se efectúa la correlación entre los rangos.

cal per cápita, la correlación entre los rangos es negativa, es decir que las entidades con un mayor índice de marginación están correlacionados con una asignación de menores recursos fiscales per cápita que los que poseen un menor índice de marginación. Lo anterior sugiere una distribución de gasto fiscal inequitativa verticalmente.¹¹ El mismo ejercicio de comparación se llevó a cabo con el gasto público; entonces, el coeficiente de correlación de rangos de Spearman es de -46%, lo que expresa que la distribución del gasto público también es verticalmente inequitativa.¹²

Posteriormente analizamos cuáles de los factores que afectan la variación de los recursos per cápita correspondientes a los estados tienen tendencias inequitativas. El primer factor es que un mayor índice de marginación estatal se relaciona con una menor cobertura de la seguridad social en la entidad. El coeficiente de correlación de rangos de Spearman para el porcentaje de personas atendidas por la seguridad social en cada estado y el índice de marginación es de -42%. Si a lo anterior se suma que el gasto público y fiscal per cápita correspondiente a personas protegidas por la seguridad social es mayor, ello nos refleja una distribución inequitativa del gasto.

El segundo factor se refiere a que los recursos públicos gastados en la población abierta por entidad (en este caso los recursos públicos y fiscales son los mismos) son verticalmente inequitativos. Se puede observar que en promedio se gasta más en el grupo de estados con un grado de marginación baja (936 pesos) y muy baja (909 pesos) que en los estados con un grado de marginación alta (771 pesos) y muy alta (622 pesos). El coeficiente de correlación de rangos de Spearman entre gasto e índice de marginación es negativo (-31%). Es decir que las entidades con menores recursos per cápita están relacionadas con

una mayor marginación y las que cuentan con mayores recursos, con una menor marginación.

En un análisis más profundo de los recursos destinados a la población abierta, se encontró que la suma de los recursos que el gobierno federal entrega directamente a las secretarías estatales de salud (FASSA) a través del Ramo 33, y los recursos propios de los estados, tienen una distribución inequitativa entre estos últimos. El coeficiente de correlación de rangos de Spearman entre la suma de los recursos anteriores per cápita y el índice de marginación es de -35%. Sin embargo, también se halló que los recursos que se gastan en programas federales como el PAC, el Progres a y el IMSS-Solidaridad sí parecen estar distribuidos de manera equitativa (correlación de rangos de Spearman de 53%); es decir, aquellos estados con mayores índices de marginación son los que reciben más recursos per cápita a través de esos programas. Por desgracia, el porcentaje de los recursos totales gastado en este tipo de programas es mucho menor que lo que se transfiere directamente a las entidades, por lo que la distribución del gasto en su conjunto es inequitativa.

La inequidad vertical en el gasto público y privado en salud entre los hogares

La equidad vertical consiste en gastar diferentes montos en personas ubicadas en distintos niveles de gasto. Es decir, destinar más recursos fiscales y públicos a aquellas que se encuentran en los deciles más bajos de gasto y destinar menos recursos fiscales y públicos a las que se ubican en los deciles más altos de gasto. Para analizar si hay equidad vertical en el gasto fiscal y público en salud, se distribuyó a la población amparada por el IMSS, el ISSSTE y la población abierta entre deciles de gasto.¹³

¹¹ El análisis de equidad mediante la utilización de los coeficientes de rangos de Spearman se realizó siguiendo la metodología de Merino (1998).

¹² Tanto para el gasto fiscal como para el gasto público se rechaza la hipótesis de que el primero y el índice de marginación sean independientes con un 5% de confianza.

¹³ Lo ideal sería distribuir a la población entre deciles de ingreso; sin embargo, se utilizan deciles de gasto ya que se considera que la información del gasto es más confiable que la del ingreso. En cuanto a población cubierta por la seguridad social, se consideró a las personas de los hogares en los que por lo menos un miembro está afiliado a la seguridad social a través de su trabajo.

Cuadro 2. Distribución de hogares por cobertura según decil de gasto

Decil de gasto	Porcentaje nacional	IMSS	ISSSTE	Abierta	Otros
I	10%	1%	0%	17%	2%
II	10%	4%	1%	15%	5%
III	10%	8%	3%	12%	6%
IV	10%	10%	6%	10%	9%
V	10%	11%	8%	9%	10%
VI	10%	13%	10%	8%	10%
VII	10%	14%	14%	8%	10%
VIII	10%	13%	17%	7%	12%
IX	10%	14%	19%	7%	14%
X	10%	12%	22%	7%	22%
SUMA	100%	100%	100%	100%	100%

FUENTE: Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares 2000

NOTA: Se considera que una persona se encuentra cubierta por una institución de seguridad social si por lo menos un miembro del hogar se encuentra cubierto.

Figura 6. Gasto fiscal en salud per cápita para IMSS, ISSSTE y población abierta, 2000

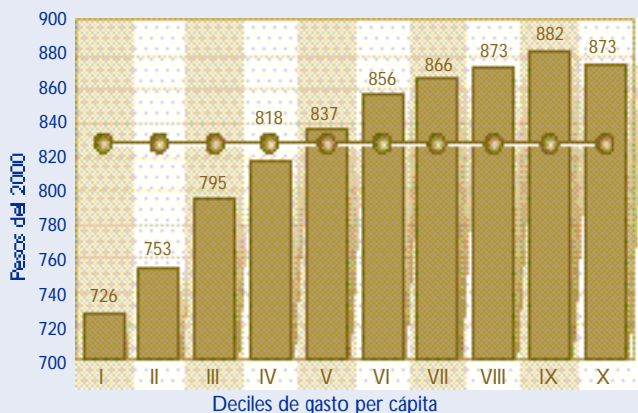
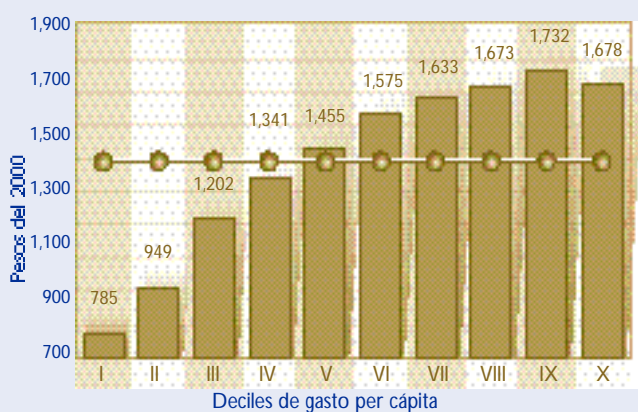


Figura 7. Gasto público en salud per cápita para IMSS, ISSSTE y población abierta, 2000



La distribución de los hogares cubiertos por el IMSS varía por decil de gasto. En el cuadro 2, el cual se obtuvo mediante la utilización de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares para el año 2000, se puede observar que sólo 1% de los hogares de los derechohabientes del IMSS se ubican en el decil más pobre (es decir, están englobados en ese 10% de la población más desamparada del país) y 12% en el decil más rico. En el caso del ISSSTE, únicamente 18% de sus derechohabientes se encuentran entre los cinco deciles más pobres (entre 50% de la población con menores recursos).

Con los datos de gasto fiscal y público per cápita, según cobertura, se estimaron estos rubros para cada decil de gasto. Como se puede ver en las figuras 6 y 7, la distribución por deciles es inequitativa, pues se gasta menos en la población más pobre que en la que tiene más recursos. El 40 % más pobre recibe recursos fiscales y públicos por debajo del promedio nacional. El índice de Gini es de 0.2 para el gasto fiscal y de 0.63 para el gasto público lo cual indica que existe una inequidad vertical mayor en el gasto público que en el fiscal.

La inequidad vertical en los gastos público y fiscal proviene de la subrepresentación de las personas atendidas por la seguridad social (IMSS, ISSSTE) en los deciles más bajos de gasto, y una sobrerrepresentación de la población abierta en los deciles más altos de gasto. Debido a lo anterior y aunado a que los gastos fiscal y público son mayores para las personas amparadas por la seguridad social que para la población abierta, existe inequidad vertical en estos rubros.

Conclusiones y recomendaciones

En este texto se presentó un diagnóstico de la situación del gasto público en salud y se realizó un análisis estadístico que muestra que existe inequidad horizontal y vertical en la distribución de los recursos fiscales y públicos per cápita en este sector.

El origen de estas inequidades es que se gasta más en las personas amparadas por la seguridad social

que en la población abierta, y la distribución de las personas incluidas en la seguridad social se encuentran subrepresentada en los deciles de menores ingresos de la población y sobrerrepresentada en los estados con menor marginación.

Otro factor que tiene un fuerte impacto en la distribución es que los recursos públicos destinados a la población abierta están repartidos de manera inequitativa entre la población de las diferentes entidades federativas. Esta inequidad se debe a las transferencias que se hacen a través del Ramo 33 a los servicios estatales de salud y al gasto propio de los estados. También se encontró que los recursos destinados a programas federales como el PAC, el Progresá y el IMSS-Solidaridad parecen tener una distribución más equitativa. Sin embargo, el porcentaje de los recursos totales otorgado a los servicios estatales de salud es mucho mayor que el dado a los programas federales, por lo que la distribución de los recursos dedicados a la población abierta en su conjunto resulta ser inequitativa en el ámbito estatal.

Para disminuir la inequidad horizontal del gasto fiscal en salud se debería otorgar el mismo monto de

recursos per cápita, sin importar si las personas gozan de un trabajo que les permite poseer los servicios de la seguridad social o de la entidad federativa en que residan. Si lo que se busca es una mayor equidad vertical se deberán destinar mayores recursos per cápita a las personas pertenecientes a hogares ubicados en los deciles más bajos de ingreso y menos a las personas en los deciles más altos de ingreso, de forma independiente a su fuente de trabajo.

Bibliografía

- INEGI (2001) XIII Censo Nacional de Población y Vivienda 2000, vol. 2. México.
- INEGI (2001a) Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2000, vol. 1. México.
- Knaul F, Méndez O, Murray CJL *et al.* (2001) The impact of extending universal pre-paid coverage on the fairness of financial finance and catastrophic health expenditures in Mexico. Ginebra: OMS, mimeo.
- Merino GA (1998) Las transferencias federales para la educación en México: Una evaluación de sus criterios de equidad y eficiencia. *Gestión y Política Pública* 7(2).
- SSA (2001) Programa Nacional de Salud 2001-2006. México.

ANEXO

Estimación del gasto en salud en población abierta

1. Bienes públicos per cápita = gasto en bienes públicos/ población total

En donde:

gasto en bienes públicos = gastos en salud pública y regulación =

(Ramo 12) * [Ramo 12 - (subfunción de atención médica) - (servicios de salud (PAC) de la subfunción de servicios compartidos)] + (FASSA + gasto estatal) * {[Ramo 12) - (subfunción de atención médica)- (subfunción de servicios compartidos)] / (Ramo 12)}

2. Gasto en servicios de salud per cápita = GPA / población abierta (censo 2000).

En donde:

GPA = Ramo 12 + FASSA + gasto estatal - gasto en bienes públicos.

3. Gasto fiscal per cápita = gasto en servicios de salud (GPA) per cápita + bienes públicos per cápita.
4. Gasto público per cápita = gasto fiscal per cápita.

Estimación del gasto en salud en población cubierta por el IMSS

1. Gasto en servicios de salud (GIMSS) per cápita = aportaciones del gobierno federal (Informe Financiero y Actuarial al 31 de diciembre de 2000) / derechohabientes (censo 2000)
Otra forma como se estimó el gasto en servicios de salud per cápita (GIMSS) = (número de asegurados titulares por estado (junio 2000) * contribución federal por asegurado (13.9% de un salario mínimo del Distrito Federal (2000)) / derechohabientes (censo 2000) ¹⁴
2. Gasto fiscal per cápita = GIMSS per cápita + gasto en bienes públicos per cápita
3. Gasto público per cápita = gasto fiscal per cápita + (cuotas obrero-patronales/ derechohabientes)

Estimaciones sobre el gasto gubernamental en derechohabientes del ISSSTE

1. Gasto gubernamental en servicios de salud per cápita = gasto gubernamental en servicios de salud (GISSSTE) / derechohabientes del ISSSTE (censo 2000)

En donde:

GISSSTE = déficit + {[subfunción de servicios médicos + subfunción de atención médica - déficit] * [% de cuota gobierno / (% cuota de gobierno + % cuota obrera)]}

2. Gasto fiscal per cápita = GISSSTE per cápita + gasto en bienes públicos per cápita
3. Gasto público per cápita = gasto fiscal per cápita + (cuotas obreras/ derechohabientes del ISSSTE)

En donde:

cuotas obreras = [subfunción de servicios médicos + subfunción de atención médica - déficit] * [% de cuota obrera / (% cuota de gobierno + % cuota obrera)]

¹⁴ Si bien estas estimaciones deberían dar el mismo gasto per cápita, la diferencia radica en parte en que para la segunda estimación no se tiene el número de meses que cotizan los asegurados titulares temporales.