

# El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia financiera y los gastos catastróficos de los hogares

Felicia Marie Knaul, Héctor Arreola, Christian Borja, Óscar Méndez,  
Ana Cristina Torres

## Introducción

Uno de los desafíos compartidos por muchos de los sistemas sociales y económicos es alcanzar la justicia en la repartición de la carga financiera y de la protección contra el riesgo de pérdidas financieras. En el ámbito de la salud, éste es un reto particularmente importante y a la vez difícil de alcanzar, debido a la naturaleza impredecible y a menudo catastrófica del gasto en este rubro. Gran parte del discurso en los países que viven un proceso de reforma del sector salud se centra en su diseño financiero y en la justicia de su financiamiento (Behrman, 1985; Londoño y Frenk, 1997; OMS, 2000).

La justicia del financiamiento es un aspecto de especial importancia para el sector de salud mexicano. El marco de la OMS para medir el desempeño de los sistemas de salud, presentado en el *Informe de la Salud en el Mundo 2000*, mostró que la posición de México con respecto a otros países se vio muy afectada por su pobre alcance en cuanto a la justicia financiera. La falta de un esquema de aseguramiento en salud afecta a más de la mitad de la población, y eso se traduce no sólo en gastos catastróficos sino también en menor acceso y calidad en los servicios de salud e ineficiencia en el uso de los recursos.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 (SSA 2001) ofrece una respuesta a esta problemática con el establecimiento del Seguro Popular de Salud (SPS), a fin de extender la cobertura del aseguramiento a toda la población. En abril del 2003 se aprobó una reforma a la Ley General de Salud; con

ello se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y se elevó a rango de ley el esfuerzo de ampliar el aseguramiento (SSA 2003b). Esta acción, combinada con el mejoramiento de la calidad de la atención, promoverá una reducción en los gastos catastróficos en salud de las familias, un sistema con mayores incentivos para el gasto eficiente en este campo y una atención más equitativa y accesible para toda la población.

Este documento aplica el marco y la metodología de la OMS (2000) para analizar el efecto potencial en la justicia financiera y en la prevalencia de los gastos catastróficos en salud con la puesta en marcha del Seguro Popular a través del SPSS. La metodología hace uso del índice de justicia en la contribución financiera del sistema de salud (IJCF) desarrollado por ese organismo mundial (OMS, 2000). Este indicador mide tanto el peso de los gastos de bolsillo que llevan al empobrecimiento a los hogares, como la equidad vertical y horizontal del sistema financiero

---

Agradecemos el apoyo financiero e institucional de la Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Ref. 38391-D), del Centro de Análisis Social y Económico y del Consejo Competitividad y Salud de FUNSALUD. Nuestra gratitud también para Ana Mylena Aguilar, Octavio Gómez D., Eduardo González Pier, Héctor Hernández Llamas, Rafael Lozano, Alejandra Martínez, Juan Pablo Ortiz, Christopher Murray, Guillermo Soberón, Ke Xu y Paola Zúñiga por su colaboración en las investigaciones y/o excelentes sugerencias sobre el análisis. Recibimos excelentes comentarios en la conferencia del LACEA 2003 de Marcelo Delajara. Un documento en el que se aplicó un modelo similar para simular cambios en el aseguramiento a través del Seguro de Salud para la Familia del IMSS fue presentado a la OMS para su inclusión en un texto sobre el desempeño de los sistemas de salud. El presente análisis no es una publicación oficial y se aplican las advertencias usuales relativas a la responsabilidad del autor.

en salud. Las estimaciones que presentamos se basan en la organización financiera establecida en el decreto de reforma publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 15 de mayo del 2003 (SSA 2003b). Dado que la fórmula exacta para la contribución familiar se establecerá en la reglamentación y aplicación de dicho decreto, para este estudio suponemos que esa contribución sea equivalente a 5% del ingreso disponible (gasto total menos gasto en alimentos) de los hogares.

La introducción de una reforma de ese calibre constituye un cambio trascendente que permite y requiere una evaluación profunda de sus repercusiones en la justicia del financiamiento del sistema de salud. Este trabajo ofrece resultados importantes para la evaluación futura del SPSS. También hace aportaciones a la literatura internacional en dos sentidos: por investigar el impacto de una reforma en la justicia financiera en salud, y por aplicar la metodología de la OMS a una reforma.

Este estudio contribuye, asimismo, a ampliar la literatura acerca de la equidad en el financiamiento de la salud. Investigaciones anteriores han analizado en qué medida el sistema impositivo logra el objetivo social de redistribuir el ingreso (Kakwani, 1977; Wagstaff *et al.*, 1989; Wagstaff y Van Doorsaler, 1993 y 1998; Aronson *et al.*, 1994; Rasell *et al.*, 1994; Kakwani *et al.*, 1997). A la vez, el análisis de la progresividad mediante el índice de Kakwani se ha aplicado a varios países miembros de la OCDE (Wagstaff *et al.*, 1989; Wagstaff y Van Doorsaler, 1993 y 1999; Rasell *et al.*, 1994).

La bibliografía sobre la equidad en el financiamiento de la salud en naciones en desarrollo es más escasa; de ahí que este estudio contribuya a extender el conocimiento actual. Varios analistas han demostrado que las familias, entre ellas las pobres, asignan una gran proporción de su presupuesto a los gastos de bolsillo en salud (Frenk *et al.*, 1994; Hotchkiss *et al.*, 1998). Otros han encontrado que hay una gran dependencia de los sistemas nacionales de salud en los pagos directos, que oscilan entre 30% y 60% de

su financiamiento (González y Parker, 1999; Suárez, 1999; Valladares y Barillas, 1999; Lasprilla *et al.*, 1999; Wagstaff, 2002). Ke Xu *et al.* (2003) han llevado a cabo un análisis de los gastos catastróficos en 59 países. Varios de la región latinoamericana presentan tasas particularmente altas; entre ellos, Argentina, Brasil, Colombia, Paraguay y Perú. Estos autores hacen referencia a la notable relación entre la prevalencia de gastos catastróficos en salud y la capacidad de una nación de ofrecer mecanismos sociales para juntar riesgos financieros en salud y de proporcionar mecanismos de aseguramiento a la población.

En el caso de México, la riqueza de las encuestas disponibles y el reconocimiento que se ha dado a la importancia económica y para la salud del gasto privado, han fomentado la generación de un gran número de investigaciones. Uno de los estudios pioneros fue el de Frenk *et al.* (1994), en el cual se informa que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 1992 y las cuentas nacionales, el gasto de los hogares en la salud constituye de 40% a 50% de la inversión total en salud y se convierte en una carga importante para las familias. Las Cuentas Nacionales en Salud, que se iniciaron con ese trabajo y que hoy se producen en la SSA, resultaron ser un insumo clave para la medición de la justicia financiera que presentamos más adelante. Otro estudio, elaborado por González y Parker (1999), calcula el índice de Kakwani y subraya que los gastos directos son regresivos mientras que otras fuentes de financiamiento tienden a la progresividad.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS) señala que la mitad del gasto total en salud proviene de fuentes privadas, con lo cual se remarca la necesidad de ofrecer aseguramiento y planes para ello a la población mexicana que ha quedado excluida de los seguros formales. El informe anual *Salud: México 2002* indica que 3.9% de los hogares en México incurrieron en gastos catastróficos, y que los hogares pobres y los no asegurados tuvieron el mayor riesgo de sufrir empobrecimiento debido a este tipo

de gastos (SSA 2003). El análisis elaborado para la formulación del PNS profundiza y amplía, para el caso de México, el marco de la OMS para medir el desempeño de los sistemas de salud. Estos ejercicios constituyen un ejemplo de cómo la evidencia empírica nacional e internacional ha sido en México un insumo importante para la toma de decisiones y la formulación de políticas en el ámbito de la reforma del sector.

Este documento se divide en ocho secciones. La segunda de ellas provee información sobre el financiamiento de la salud en general; la tercera describe el marco de la OMS para medir el desempeño de los sistemas de salud y la justicia de la contribución financiera; la cuarta se refiere al financiamiento de la salud en México; la quinta presenta los datos y los supuestos utilizados para realizar las proyecciones del efecto de extender el Seguro Popular basado en la reforma que crea el SPSS; la sexta proporciona datos relacionados con la justicia financiera, los que muestran la situación previa a la operación del SPSS; la séptima detalla los resultados de las proyecciones y el impacto potencial del SPSS en el mejoramiento de la justicia financiera en el país. La sección final provee un resumen de los resultados más destacados, así como las conclusiones.

### El financiamiento de la salud<sup>1</sup>

De acuerdo con Victor Fuchs, “La raíz de la cuestión, a menudo ignorada en las discusiones públicas, es que el público debe pagar la atención en todo sistema de financiamiento. [...] el costo final recae sobre las familias y personas incluso cuando el mecanismo de pago da la impresión de que las facturas se envían a otra parte” (Fuchs, 1988).

Los fondos para los servicios de salud provienen de los hogares por medio de deducciones en la nómina, impuestos sobre los ingresos, impuestos al va-

lor agregado incorporados en el precio de bienes y servicios, pagos directos por atención de salud y primas a seguros privados.

Existen tres grandes mecanismos de financiamiento de los servicios de salud: recaudación del Estado (mediante impuestos generales y específicos), cotizaciones a la seguridad social (frecuentemente recaudadas a través de impuestos sobre la nómina, impuestos de otra índole u otras cotizaciones) y pagos privados (que comprenden pagos directos y pagos de primas de seguros privados). Los dos primeros tipos de financiamiento corresponden a sistemas de aseguramiento, los cuales necesitan agrupar diversos riesgos y cumplen con la característica de proteger tanto a ricos como a pobres de los gastos en salud catastróficos y/o empobrecedores. La estructura del sistema impositivo refleja las preferencias de cada país con respecto a la solidaridad y la progresividad, así como su estructura económica. La proporción de la población amparada por la seguridad social mediante impuestos sobre la nómina varía en función del volumen del mercado laboral formal. Es importante recalcar que los regímenes financiados por el sector público y de seguro social pueden proteger a todos los ciudadanos, pero no siempre lo hacen, ya que a menudo se excluyen algunos grupos de la población, como los pobres y los trabajadores informales.

Existen dos clases de pagos privados: primas a seguros privados y pagos directos de bolsillo al momento de hacer uso de los servicios. Los seguros privados constituyen casi siempre un bien disponible sólo para un reducido grupo de población, que generalmente corresponde a los habitantes de zonas urbanas, con capacidad de pago y sin padecimientos preexistentes.

Los pagos directos se efectúan la mayoría de las veces en el lugar donde se presta el servicio y cada consumidor elige, en función de sus ingresos, cuánto desea y puede adquirir –es decir, su demanda–. Los gastos catastróficos, que son capaces de provocar empobrecimiento, sobrevienen porque el límite má-

<sup>1</sup> Esta sección y la siguiente constituyen un resumen de una parte del documento de Murray *et al.* (2000).

**Figura 1.** Objetivos del Sistema de Salud OMS (2000)

	Nivel	Distribución	
Salud	✓	✓	} Eficiencia
Trato adecuado	✓	✓	
Justicia en el financiamiento		✓	
	Calidad	Equidad	

FUENTE: Informe de la Salud en el Mundo, 2000. OMS.

**“La raíz de la cuestión, a menudo ignorada en las discusiones públicas, es que el público debe pagar la atención en todo sistema de financiamiento. [...] el costo final recae sobre las familias y personas incluso cuando el mecanismo de pago da la impresión de que las facturas se envían a otra parte”**  
(Fuchs, 1998)

ximo del costo del servicio es la capacidad de pago máxima del individuo en el momento de la adquisición. Deberá entonces prescindirse de la atención necesaria si el costo de ésta excede la capacidad de pago. Además, los pagos directos se fragmentan entre los consumidores, lo cual minimiza la capacidad del sistema de buscar la solidaridad y la agrupación de riesgos. El financiamiento a través de pagos directos del bolsillo se caracteriza por una repartición injusta del financiamiento de la salud y es capaz de generar pérdidas financieras para el sistema y riesgos de empobrecimiento para las familias. Por eso, el pago de bolsillo se considera una de las formas menos eficientes y menos justas de financiar un sistema de salud (Frenk *et al.*, 1994; OMS, 2000; Xu *et al.*, 2003).

#### **El marco de la OMS para la evaluación del desempeño del sistema de salud y el ICF**

La medida de justicia en el financiamiento que se aplica en el presente documento es parte del marco que empleó la OMS para la medición del desempeño de los sistemas de salud (OMS, 2000; Murray y Frenk, 2000a). En este marco destacan tres objetivos intrínsecos: el mejoramiento de la salud, la capacidad y calidad de respuesta adecuada del sistema ante las expectativas de la población, y la justicia en la contribución financiera (figura 1). Estos tres objetivos implican cinco categorías de desempeño, pues en lo que se refiere a la salud y la capacidad de respuesta adecuada se consideran aspectos tanto de nivel como de distribución. El desempeño de los sistemas de salud se mide en términos de sus logros en cada uno de estos objetivos, a partir de otorgar un peso relativo a cada objetivo y tomando en cuenta el nivel de gasto en salud del país y el nivel de educación de la población (Gakidou *et al.*, 2000a).

Los objetivos intrínsecos del marco utilizado por la OMS no incluyen el incremento o el decremento del monto gastado en salud. Mientras que el nivel de gasto en salud es con claridad un determinante im-

portante de los logros de un sistema de salud en los tres objetivos señalados, en sí mismo no es un objetivo intrínseco. Con un nivel de gasto dado, toda sociedad querrá la máxima cantidad posible de la combinación socialmente deseada de salud, capacidad de respuesta y justicia en el financiamiento; éste es el concepto de *desempeño* o *eficiencia*. La elección sobre el nivel de financiamiento total es una decisión de política muy importante, pero a diferencia del logro en salud, la capacidad de respuesta y la justicia financiera, un mayor o menor consumo de atención médica no es inequívocamente mejor.

El análisis en este documento se basa en el marco empírico para la justicia del financiamiento del sistema de salud desarrollado por la OMS para el *Informe de la Salud en el Mundo 2000*.<sup>2</sup> Para evaluar la justicia en la contribución financiera es necesario calcular la contribución al sistema de salud de cada hogar a partir de los datos provenientes de las encuestas nacionales de ingresos y gastos, así como incorporar información concerniente a las cuentas nacionales y los esquemas impositivos y de aseguramiento privado.

La contribución financiera de los hogares está definida como:

$$HFC_h = \frac{HE_h}{ENSI_h} \quad (1)$$

donde  $HFC_h$  es la contribución financiera del hogar h al sistema de salud;  $HE_h$  es el gasto en salud del hogar h, y  $ENSI_h$  es el ingreso efectivo menos el gasto de subsistencia del hogar h.

No obstante,  $HFC$  es aproximado con la siguiente fórmula:

$$HFC_h = \frac{\text{Gasto total en salud}_h}{\text{Ingreso efectivo}_h} = \frac{HS_h}{(Exp + aTax - alim)_h} \quad (2)$$

<sup>2</sup> Estudios recientes –como el de Xu *et al.* (2003)– han modificado el cálculo del indicador. Para este texto nos basamos en el marco de la OMS (2000) para poder comparar el ICF alcanzado por México con la calificación de otros países.

donde  $HS_h$ , que es el numerador, es la suma del gasto de bolsillo y el de aseguramiento en salud. En otras palabras, el numerador incluye todas las contribuciones financieras al sistema de salud que son atribuibles a cada hogar, ya sea por medio de los impuestos, las contribuciones a la seguridad social, los seguros privados o el gasto directo de bolsillo.

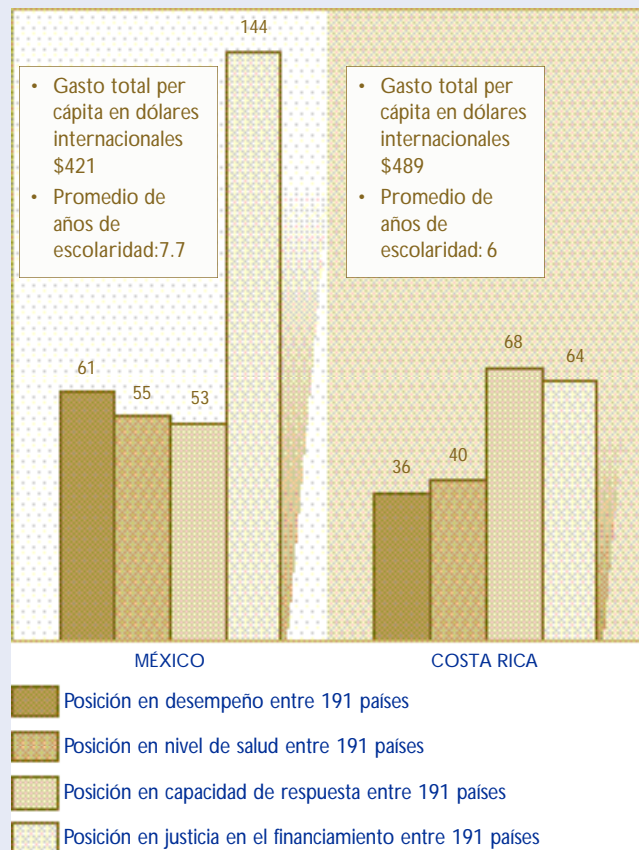
El denominador del  $HFC$  es una medida del ingreso efectivo del hogar menos el gasto de subsistencia. Se utilizan variables de gasto como proxy del ingreso: gasto total per cápita ( $Exp_h$ ) y el gasto per cápita en alimentos ( $alim_h$ ).

El gasto total del hogar ( $Exp_h$ ) se refiere a la cantidad que se desembolsa en cada hogar para el pago de todos los bienes y servicios, entre ellos los gastos en especie y el autoconsumo.  $Alim$  se refiere a la cantidad gastada en bienes alimenticios en cada hogar, incluyendo el autoconsumo de la producción de alimentos. El cálculo del gasto en alimentos involucra la suma de todos los rubros considerados como bienes no lujosos (excluye el gasto en bebidas alcohólicas, tabaco y todo tipo de alimentos consumidos fuera del hogar). En el caso de México, esta información se extrae directamente de la Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH; INEGI, 2000).

Por otra parte, el denominador excluye los pagos impositivos, con excepción de los impuestos generales (impuesto sobre productos del trabajo, impuesto sobre la renta, etcétera) y las contribuciones a la seguridad social que pueden ser atribuidas a la salud ( $aTax_h$ ). Esto se debe a que la variable de gasto total ya incluye los impuestos aplicados a los bienes y servicios por concepto del impuesto al valor agregado, los impuestos especiales sobre productos y servicios, entre otros.

La distribución del  $HFC$  en la muestra proporciona información sobre los hogares que soportan la carga de financiar el sistema de salud. Cuando un hogar gasta más de 30% de su ingreso efectivo de no subsistencia, se considera como un gasto catastrófico o semicatastrófico en salud.

**Figura 2.** Comparación del desempeño de los Sistema de Salud en México y Costa Rica según la OMS (2000)



FUENTE: Informe de la Salud en el Mundo, 2000. OMS.

**Un problema del sistema de salud mexicano es el alto porcentaje de gasto en salud que proviene del bolsillo de los hogares. En 2002, 58% del gasto en salud en México correspondió a pago de bolsillo de los hogares; en el último trimestre de ese año, 3.9% de los hogares tuvo gastos catastróficos en salud; es decir, empleó en este rubro 30% o más de su ingreso disponible**

El ICF permite comparar diferentes distribuciones del *HFC* entre los países:

$$ICF = 1 - 4 \left[ \frac{\sum_{i=1}^n \frac{HFC_h - \overline{HFC}}{0.125n}^3}{0.125n} \right] \quad (3)$$

El índice se eleva al cubo para hacer más énfasis en los gastos catastróficos, es decir, se le da una mayor ponderación a los valores extremos de la distribución.

### El financiamiento de la salud en México

La puntuación de México en el marco para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud basado en datos de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) de 1996 lo ubicó en el lugar 51 en términos de logro general y en el 61 en desempeño, entre 191 países (OMS, 2000). La posición de México estuvo por debajo de las de varias naciones de la región; entre ellas, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Paraguay y Venezuela.

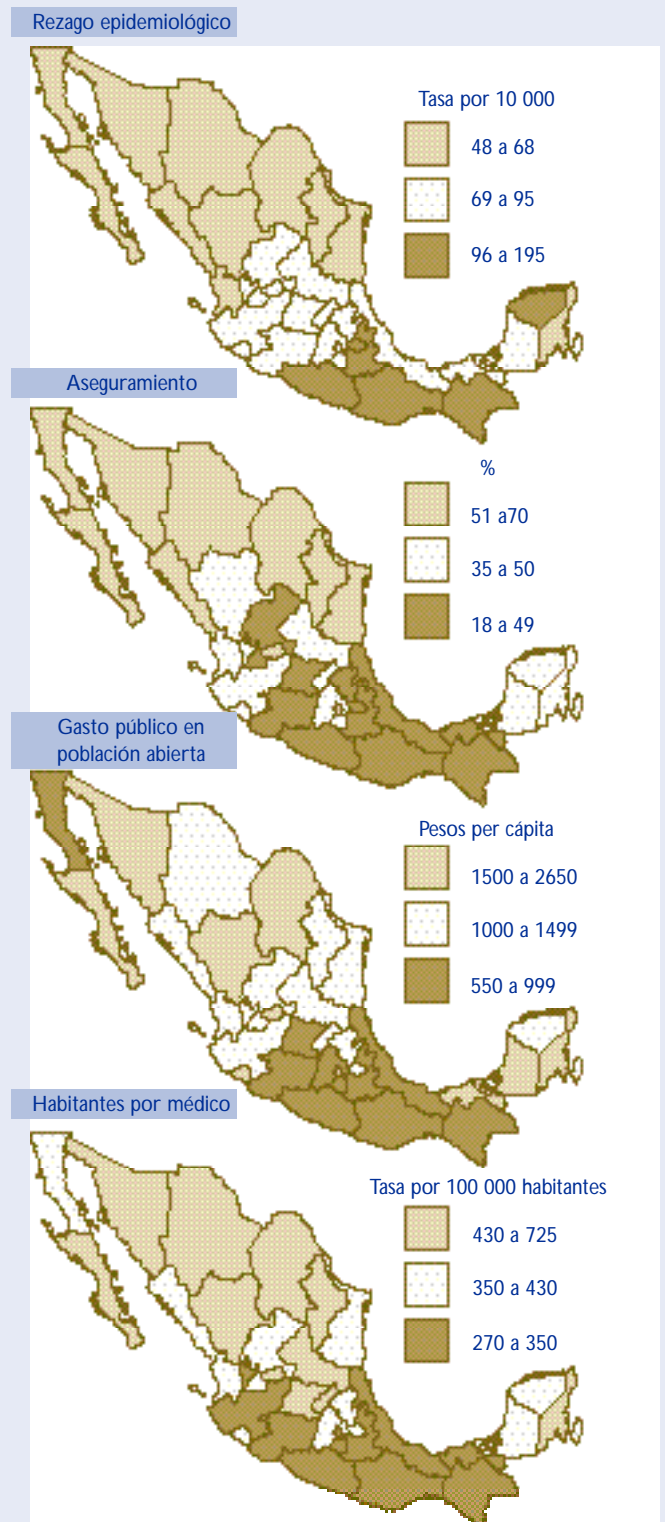
Como se mencionó anteriormente, estas cifras expresan los resultados en cada uno de los objetivos intrínsecos del sistema: salud, capacidad de respuesta y justicia en el financiamiento. En el objetivo salud, México se ubicó en la posición 55 del mundo en nivel y en 65 en distribución; en capacidad de respuesta, ocupó el lugar 53 en nivel y el 108 en distribución; en justicia de financiamiento –la cual tiene un peso importante en el cálculo global–, México obtuvo la posición 144, detrás de Argentina, Costa Rica, Venezuela y Uruguay, aunque adelante de Brasil y Chile. El desempeño del sistema de salud mexicano se vio afectado sobre todo por los resultados mediocres obtenidos en la justicia del financiamiento lo cual lo ubicó en la posición global 61. En contraste, Costa Rica –con un gasto per cápita en salud similar y un promedio de años de escolaridad semejante a los de México– se situó en la posición 36 en cuanto a desempeño global, debido, en gran parte, a un mejor desempeño en la justicia del financiamiento (figura 2).

El bajo desempeño del sistema de salud mexicano reflejó la falta de protección financiera que padece la mayoría de la población. El sistema de salud anterior a la generación del SPSS se basó –como en varios países de América Latina– en un modelo de financiamiento fragmentado, en el cual las personas pobres y las que se integraron al sector informal de la economía tenían un menor acceso a las prestaciones en salud y carecían de oportunidades para participar en los esquemas de aseguramiento. La fragmentación del sistema de salud entre asegurados (sector formal, amparado sobre todo por el IMSS y el ISSSTE) y no asegurados (sector informal y los que están fuera del mercado laboral) agravó la inequidad y el riesgo de que ocurran gastos catastróficos. Según SSA (2003), en el año 2002 55% de la población del país carecía del aseguramiento en salud.

Otro problema del sistema de salud mexicano fue, y lo es todavía, el alto porcentaje del gasto en salud que proviene directamente de las familias a través del gasto de bolsillo y que provoca gastos catastróficos, en especial entre los pobres y los no asegurados. En 2002, 58% del gasto en salud en México correspondió a pago de bolsillo de los hogares; en el último trimestre de ese año, 3.9% de los hogares tuvo gastos catastróficos en salud; es decir, empleó en este rubro 30% o más de sus ingresos (SSA, 2003).

El aseguramiento, el gasto público en salud y, por ende, la infraestructura y los recursos humanos en salud se concentran en los estados más ricos (principalmente en el norte del país), mientras que las entidades más pobres, en donde se acumula el rezago epidemiológico de enfermedades del subdesarrollo, tienen menos inversión en la salud y más escasas posibilidades de acceso a la protección financiera que ofrece el aseguramiento (figura 3). En Chiapas y Oaxaca, por ejemplo, sólo 22% y 21%, respectivamente, de los hogares cuenta con aseguramiento en salud (SSA, 2003). La cobertura del aseguramiento también es regresiva a nivel del ingreso de los hogares (figura 4); alrededor de 10% del quintil más bajo está ase-

**Figura 3.** Correlación entre pobreza, rezago epidemiológico, aseguramiento, gasto en salud y número de habitantes por médico



FUENTE: Estimaciones propias con datos del Censo General de Población y Vivienda 2000, INEGI; Salud: México 2002, SSA

**Figura 4.** El aseguramiento en México



FUENTE: Estimaciones propias a partir de los datos de la ENIGH, 2000.

**Cuadro 1.** Organización según fuente de aportación de los seguros públicos en México con el Sistema de Protección Social en Salud

Seguros públicos	Aportantes		
Seguro de enfermedades y maternidad del IMSS	Obrero	Patrón	Estado nacional (cuota social)
Seguro médico del ISSSTE	Empleado	Gobierno federal	Estado nacional (cuota social)
Sistema de protección social en salud	Familia	Gobierno estatal   federal	Estado nacional (cuota social)

FUENTE: Frenk J, Secretario de Salud. Presentación ante la Conferencia Nacional de Gobernadores (Conago) julio del 2003.

***El Seguro Popular tiene como objetivo acercar los servicios de salud a la población no asegurada y a su vez disminuir el riesgo de empobrecimiento por gastos catastróficos en salud***

gurado, mientras que para el quintil más rico de la población la cifra es mayor a 60%.

Para hacer frente a este reto, México se encuentra inmerso en una reforma del sector salud, que ha puesto una especial atención al aspecto financiero. Esta reforma se formalizó con la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), de acuerdo con las modificaciones a la Ley General de Salud publicadas en mayo de 2003 (SSA, 2003b).

Una herramienta esencial de la reforma del sistema de salud consiste en ofrecer por primera vez a todas las familias no aseguradas el acceso a un aseguramiento subsidiado a través del Seguro Popular de Salud (SPS). Éste es el instrumento que permitirá brindar protección financiera a todos los mexicanos. Se trata de una opción de aseguramiento público en materia de salud para las familias y los ciudadanos y ciudadanas que por su condición laboral y socioeconómica no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social. El SPS tiene como objetivo acercar los servicios de salud a la población no asegurada y a su vez disminuir el riesgo de empobrecimiento por gastos catastróficos en salud (SSA, 2003a). En 2002 se inició la incorporación al SPS en cinco estados del país. La reforma establece una cobertura voluntaria universal para el año 2010 y un proceso paulatino de extensión al 14.3% de la población cada año.

El financiamiento del SPSS proviene de tres fuentes: el gobierno federal, los gobiernos estatales y las familias. La cuota social federal es de 15% de un salario mínimo por familia afiliada al sistema y la aportación solidaria federal es 1.5 veces la cuota social. A su vez, la cuota solidaria estatal es la mitad de la cuota social federal. Esta estructura financiera tiene múltiples ventajas; entre ellas, la de homologar la estructura financiera del IMSS, el ISSSTE y la SSA (cuadro 1).

La aportación solidaria familiar está diseñada para promover la justicia financiera y garantizar que ninguna familia se empobrezca por su aportación al sistema de salud. Además, y según la lógica de la OMS, se propone una cuota similar para cada familia

de acuerdo con su capacidad de pago. Para el funcionamiento del SPS, mediante un estudio socioeconómico se clasifica a la población de acuerdo con su nivel de ingresos, y a partir de ello se determina la cuota o contribución anual de la familia.

En esta investigación, la contribución del hogar se definió en términos de su ingreso disponible después de satisfacer sus necesidades básicas en alimentación. Se aplicó un nivel de 5% del ingreso disponible, definido como el gasto total del hogar menos su gasto en alimentación.

### Datos y métodos

Los datos de este análisis provienen de la ENIGH de 2000 (INEGI, 2000), encuesta de corte transversal que comprende una muestra nacional representativa de 10 108 hogares. Los cuestionarios empleados son similares a los que se aplican en las encuestas sobre ingresos y gastos en muchos países del mundo (OIT, 1992); se recopilan datos detallados acerca de cada fuente de ingresos y gastos de la familia, y se reúne información individual sobre la afiliación a la seguridad social, la participación en el mercado laboral, los salarios, la educación y las características sociodemográficas básicas.

Los datos sobre los gastos en salud que se utilizaron en el presente análisis se agruparon en el cuarto trimestre de ese año (del 12 de septiembre al 20 de diciembre de 2000) y se basan en los gastos que se realizaron durante los tres meses previos a la encuesta. Los cálculos se basan en proyecciones de una extensión del Seguro Popular a toda la población no asegurada, según la ENIGH 2000. La proyección que se llevó a cabo consiste en imponer la nueva estructura financiera a los parámetros de gastos existentes en 2000. Asimismo, se definió como hogar no asegurado a aquel en donde ningún miembro declara tener derecho a la cobertura de algún organismo de seguro, público o privado. Se supuso, además que un pago individual a la seguridad social, cubre a una familia entera.

La primera etapa de la proyección consiste en cubrir a todas las familias no aseguradas, sin reducir sus gastos de bolsillo. En la siguiente, se reducen los pagos de bolsillo de las familias aseguradas con la cobertura simulada del SPS (que son las familias actualmente no aseguradas). Esta suposición se basa en la idea de que una vez que las familias reciban el aseguramiento tendrán menor tendencia a efectuar pagos de bolsillo para la atención de la salud.

Se realizaron varios ejercicios de proyección del impacto del SPSS. El primero de ellos consistió en reducir el nivel de gastos de bolsillo en forma *global*, lo cual se hace de dos maneras: primero, mediante la estimación de la reducción esperada según el padrón de gasto actual de los asegurados; en segundo lugar, con reducciones progresivas del gasto en salud de 1% hasta 100%. Para estimar el padrón de gasto que hubieran tenido las familias no aseguradas al comportarse como las aseguradas, se llevaron a cabo regresiones Tobit para cada quintil, a fin de calcular el efecto del aseguramiento en el sector formal actual en el nivel del gasto de bolsillo. Las variables de control son: el nivel educativo del jefe del hogar, el número de niños en la familia, el número de mujeres de entre 15 y 45 años, y el número de adultos mayores de 65 años; también se incluyeron variables dicotómicas para cada estrato. Con los resultados de estas regresiones, se estimó la reducción esperada en el gasto de bolsillo de las familias no aseguradas.

A la vez, se proyectaron las repercusiones de la extensión de la cobertura a la población entera y por estrato geográfico (áreas del país con determinada densidad de población). El uso de “estratos” geográficos expresa el hecho de que la encuesta se divide en cuatro tipos de localidades: ciudades con más de 100 mil habitantes; ciudades de 15 mil a 99 999 habitantes; pequeñas ciudades de 2 500 a 14 999 habitantes, y zonas rurales con menos de 2 500 habitantes.

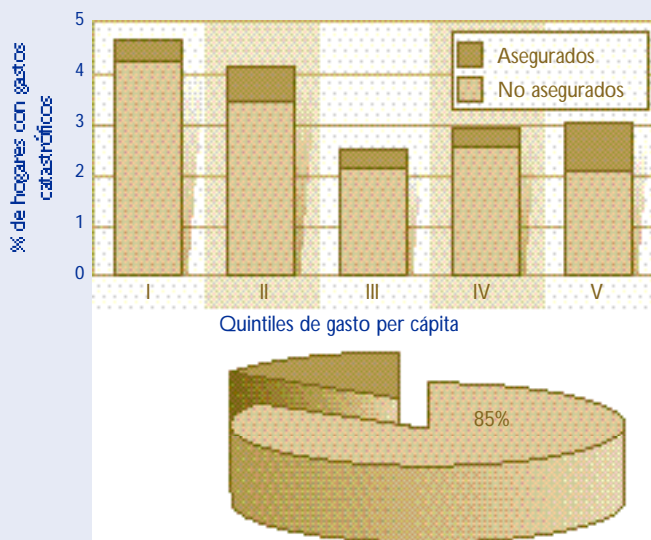
La otra proyección consistió en reducir categorías particulares de gastos. Esto es, se aminoran los gastos directos de cada rubro –medicamentos (con o sin receta), maternidad, atención ambulatoria, hospitali-

**Cuadro 2.** Simulación<sup>1</sup> del impacto de la cobertura universal del Seguro Popular (con base en contribuciones equivalentes al 5% del gasto disponible)

	Introducción del seguro popular								
	NO	SÍ							
	Valor inicial	Reducción en gasto de bolsillo							
	0%	20%	40%	60%	80%	100%	Tobit		
IICF	0.915	0.915	0.952	0.975	0.986	0.989	0.989	0.954	
% hogares con contribuciones a la salud mayores a 30% del gasto disponible	3.4	3.6	2.8	1.6	0.6	0.4	0.4	2.6	

<sup>1</sup> Utilizando datos de la ENIGH, 2000, relativos al segundo trimestre del año. Datos deflactados en el periodo de referencia.

**Figura 5.** Hogares con gastos catastróficos en salud



FUENTE: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2000.

zaciones, ortopedia y de aparatos- en una proyección no acumulativa entre rubros. Se simula una disminución de 50% y luego de 100% para cada categoría de gasto. Por ejemplo, los gastos en medicamentos se redujeron en 50% y después en 100%, sin cambiar ningún otro aspecto de los gastos directos de salud.

### La justicia financiera y el empobrecimiento por gasto en salud

El empobrecimiento por gastos en salud afecta a un número considerable de hogares en México. La proporción de éstos que gastan en la salud más de 50% de sus ingresos disponibles es de 0.9%, en tanto que la proporción que destina para ese fin más de 30% es de 3.4%. Esto equivale a casi 800 mil familias por trimestre, cuyos gastos de salud representan más de un tercio de sus ingresos disponibles y que ponen en riesgo su capacidad para financiar otras necesidades básicas.

Definir un gasto catastrófico en relación con el ingreso familiar disponible tiene la ventaja de ser una medición progresiva, la cual incluye los gastos nominalmente bajos que resultan ser, sin embargo, catastróficos para las familias más pobres, con un ingreso disponible muy reducido (Murray *et al.*, 2000). A pesar de las ventajas de utilizar esta medición, implica una subestimación del fenómeno, es decir, no incluye una medición explícita del empobrecimiento absoluto: los hogares que gastaron en este rubro menos de 30% de sus ingresos disponibles, pero que por esa razón cruzaron la línea de la pobreza absoluta, o que ya estando debajo de ese parámetro agudizaron su empobrecimiento y alejaron sus oportunidades para salir de esa situación. Otros autores han señalado este punto y en algunos países esta consideración ya está presente en el diseño de sus programas de salud. En análisis posteriores se están incluyendo estos grupos en el estudio de los gastos catastróficos (Wagstaff y Van Doorslaer, 2002).

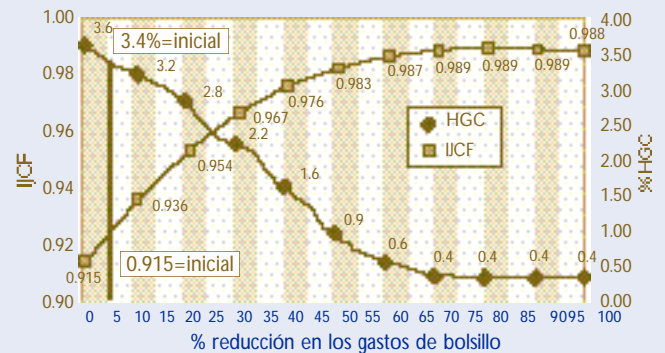
También es importante convertir la cifra trimestral en un análisis del efecto de los gastos en salud a

través del tiempo. En otras palabras, mediante una cifra trimestral no se sabe si los hogares enfrentan un gasto alto y repetitivo o si eso ocurre una sola vez. Además, la definición de lo que es catastrófico depende no sólo del monto sino también del periodo que se considera. Para un hogar extremadamente pobre, cuyo ingreso apenas satisface sus necesidades básicas (alimentación, pero también, por ejemplo, vivienda) durante un mes, o aun una semana, gastar más de 30% de su ingreso neto de alimentación podría ser catastrófico porque quizá significaría, incluso, perder su hogar. Aunque la ENIGH no permite medir la periodicidad del gasto, se sabe por otros estudios (Torres, 2003; Arreola *et al.*, 2003) que los gastos catastróficos están relacionados con las enfermedades crónicas, las cuales, como ya mencionamos, son más comunes entre los hogares pobres. Si se supusiera que 50% de los 800 mil hogares se empobrece dos veces en el año, el número total hogares que anualmente sufren de gastos catastróficos –medidos como 30% de su gasto disponible– es de aproximadamente dos millones.

Los gastos directos tienden a la regresividad en México, al igual que en muchos otros países del mundo. En su totalidad, las contribuciones a la salud (HFC) son regresivas y se concentran entre la población más pobre. Esta tendencia es más evidente cuando los quintiles son medidos como una función del gasto total del hogar menos el gasto en alimentos, que se presenta como una aproximación del ingreso total disponible de los hogares. El 85% de los hogares con gastos catastróficos (gastos en salud que exceden 30% de su ingreso después de pagar la alimentación) son no asegurados y los gastos catastróficos son más comunes entre los quintiles de más bajos ingresos (figura 5).

El IJCF de México, según los datos de la ENIGH 2000, es de 0.915. Tiende a ser inferior en los pequeños centros urbanos y en las zonas rurales, lo cual indica mayor regresividad y empobrecimiento. Mientras que en los centros urbanos y en las grandes ciudades alcanza un nivel de 0.958, en los munic-

**Figura 6.** Implicaciones sobre la justicia financiera de modificar el gasto de bolsillo en salud aplicando el Seguro Popular



FUENTE: Estimaciones propias a partir de los datos de la ENIGH. 2000.

**Cuadro 3.** Simulación del impacto del aseguramiento universal a través del Seguro Popular

	OMS (2000) ENIGH 1996 <sup>1</sup>	Valor inicial ENIGH 2000 <sup>2</sup>	Escenario de reducción del gasto de bolsillo con reforma 2003, ENIGH 2000	
			Tobit	40% de reducción en gasto de bolsillo
Índice de justicia en la contribución financiera	0.903	0.915	0.943	0.975
Hogares con gastos catastróficos (HFC > .3)	3.4%	3.4%	2.6%	1.6%
Posición en el mundo entre 191 países según la calificación publicada en OMS (2000).	144	127	72	16

<sup>1</sup> Cifra publicada en el Informe de la salud en el mundo, OMS (2000), basado en la ENIGH 1996.

<sup>2</sup> Cálculos propios sobre la base de los resultados de la ENIGH 2000.

**Con la puesta en marcha del SPSS y el aumento en la cobertura del SPS se puede esperar una mejoría considerable en la justicia financiera aun con reducciones menores en el gasto de bolsillo de los hogares**

**Cuadro 4.** Índice de justicia en la contribución financiera según la clasificación de la OMS (2000)

Posición OMS	País	Índice
3-5	Bélgica	0.979
6-7	Alemania	0.978
8-11	Noruega	0.977
8-11	Japón	0.977
8-11	Finlandia	0.977
8-11	Reino Unido	0.977
12-15	Suecia	0.976
16	México con SPSS, ENIGH, 2000 (Escenario Reducción 40%) <sup>1</sup>	0.975
20-22	Canadá	0.973
23-25	Holanda	0.972
26-29	Cuba	0.971
26-29	España	0.971
35-36	Francia	0.968
37-39	Uruguay	0.966
45-47	Guyana	0.961
54-55	Estados Unidos de América	0.954
64-65	Costa Rica	0.948
68	Bolivia	0.946
71 - 72	México con SPSS, ENIGH 2000 (Escenario Tobit, padron de gasto de asegurados) <sup>2</sup>	0.943
88-89	Panamá	0.935
88-89	Ecuador	0.935
90 - 96	Argentina	0.934
98	Venezuela	0.931
108	Barbados	0.926
116	Jamaica	0.921
125 - 127	México, ENIGH, 2000 (Valor inicial sin reforma)	0.915
144	México, ENIGH, 1996 (OMS, 2000)	0.903
147	Belice	0.901
155	República Dominicana	0.892
158	Guatemala	0.889
166	Nicaragua	0.874
169	Chile	0.864
177	El Salvador	0.846
178	Paraguay	0.842
179	Honduras	0.834
185	Perú	0.805
190	Brasil	0.623

<sup>1</sup> Simulación de aseguramiento de toda la población al SPSS, escenario de reducción en los gastos de bolsillo en salud entre población SPSS del 40%

<sup>2</sup> Simulación de aseguramiento de toda la población al SPSS, escenario de gasto en salud similar a las familias con seguridad social.

FUENTE: Estimaciones propias a partir de los datos de la ENIGH, 2000 y OMS, 2000.

pios con habitantes de entre 2 500 y 99 999 es de alrededor de 0.865 a 0.933, y en las zonas rurales llega a 0.838.

### Proyecciones del impacto del SPS en la justicia financiera y los gastos catastróficos

La extensión de la cobertura del SPS tiene un efecto notable en el ICF y en los gastos catastróficos, de acuerdo con los resultados de las proyecciones (cuadro 2). Se estima un mejoramiento del ICF de 0.915 a 0.952, con una reducción de 20% en los gastos de bolsillo, y de 0.975 y 0.986 con reducciones de 40 y 60%, respectivamente. Según el modelo Tobit –que aplica el padrón de gasto de bolsillo de las personas que en la actualidad cuentan con el amparo de la seguridad social–, el aumento sería de un nivel de 0.954. La reducción en la proporción de hogares cuyo gasto en salud excede 30% de su capacidad de pago es de 3.4% de la población; y de 2.8%, 1.6%, 0.6%, con una reducción de 20%, 40% y 60%, respectivamente, en el gasto de bolsillo, y a 2.6% según el modelo Tobit. En otras palabras, se espera que con la cobertura universal del SPSS y una contribución familiar de 5% del ingreso disponible habrá una reducción de por lo menos la mitad (3.4%-1.6%) en la proporción de hogares con gastos catastróficos, si se toma como medida una reducción de 40% en los gastos de bolsillo.

Un mejoramiento de esta magnitud sería suficiente para mover a México de la posición mundial número 144 (correspondiente a datos de 1996, publicados por la OMS en 2000) al lugar 16 en el mundo en cuanto a protección financiera, según la calificación de ese organismo mundial en el 2000 (cuadro 3). Esta posición corresponde a una calificación cercana a la de Canadá y Holanda (cuadro 4).

Si la reducción en el gasto de bolsillo es menor, como ocurriría en una situación en la que este tipo de desembolso de los no asegurados presente comportamientos similares al de los asegurados en la actualidad (modelo Tobit), la posición de México de

todos modos tendría una mejoría considerable al pasar de la posición 144 a la 72 en el mundo, lo cual se acerca a la ubicación de Costa Rica.

Además de considerar los cambios discretos en términos de la reducción del gasto de bolsillo, se proyectó el efecto en forma continua para poder identificar el nivel de reducción del gasto de bolsillo en el cual se empieza a ver una mejoría en el IICF y en la proporción de hogares con gastos catastróficos (figura 6). Con una contribución familiar basada en el ingreso disponible y establecida al nivel de 5%, se demuestra que con una reducción mínima de apenas 5% en el gasto de bolsillo se empieza a ver una mayor justicia financiera. Este resultado es importante porque significa que con la puesta en marcha del SPSS y el aumento en la cobertura del SPS se puede esperar una mejoría considerable aun con reducciones menores en el gasto de bolsillo de los hogares.

Los resultados del aumento simulado en la cobertura del seguro por densidad de población –rural a urbana– se presentan en el cuadro 5. Éstos corresponderían a las repercusiones en el IICF del aumento de la cobertura del SPS a escala subnacional. Estas cifras no son acumulativas, es decir, expresan el cambio marginal en el IICF nacional y de la proporción del total de hogares con gastos catastróficos, al cubrir áreas de distinta densidad de población. Por ejemplo, revelan el impacto marginal derivado de cubrir únicamente las áreas rurales del país.

Las mayores ganancias en el IICF y en la proporción de hogares con gastos catastróficos se alcanzan en las localidades más pequeñas y en las áreas rurales (menos de 2 500 habitantes). En segundo lugar, el efecto ocurre al cubrir las zonas metropolitanas y las grandes ciudades. Si se ampliase la cobertura del seguro sólo a las zonas metropolitanas de México, el IICF aumentaría hasta 0.928, suponiendo una reducción de 40% en el gasto de bolsillo. Si se cu-

<sup>3</sup> Este resultado es más notable con los datos de las ENIGH de 1994 y 1998, en donde el efecto producido cuando se cubren las áreas rurales y las grandes ciudades es considerablemente mayor que el que se observa cuando se atienden otras partes del país.

**Cuadro 5.** Impacto en el IICF y empobrecimiento nacional, ante cambios subnacionales en la cobertura (con base en contribuciones equivalentes a 5% del gasto disponible)

Valores iniciales	
* Ninguna reducción en gasto de bolsillo	
IICF	0.915
% Hogares con gastos catastróficos (HFC >0.3)	3.4

Cobertura de la población por área geográfica (no acumulativa)		Reducción en gasto de bolsillo					
		0%	20%	40%	60%	80%	100%
1 Áreas con > 100,000 habitantes	IICF	0.918	0.924	0.928	0.930	0.930	0.929
	% Hogares con HFC >0.3	3.6	3.3	2.8	2.6	2.6	2.6
2 15,000 a 99,999 habitantes	IICF	0.915	0.918	0.920	0.921	0.920	0.920
	% Hogares con HFC >0.3	3.4	3.4	3.3	3.3	3.2	3.2
3 2,500 a 14,999 habitantes	IICF	0.913	0.923	0.929	0.931	0.932	0.931
	% Hogares con HFC >0.3	3.4	3.3	3.0	2.7	2.7	2.7
4 Áreas con < 2,500 habitantes	IICF	0.912	0.933	0.944	0.949	0.949	0.948
	% Hogares con HFC >0.3	3.6	3.2	2.7	2.3	2.2	2.2
1, 2, 3 Áreas con > 2,500 habitantes	IICF	0.916	0.935	0.946	0.951	0.952	0.951
	% Hogares con HFC >0.3	3.5	3.1	2.4	1.7	1.6	1.6

FUENTE: ENIGH 2000.

**Las mejorías más trascendentes se obtienen mediante la reducción de los gastos en medicamentos y en atención ambulatoria. Al eliminar estos dos gastos de bolsillo, desciende la proporción de hogares con gastos catastróficos: de 3.4%, a 1.9% y 2.2%, respectivamente**

**Cuadro 6.** Simulación del impacto de la cobertura universal del Seguro Popular por rubro de gasto (con base en contribuciones equivalentes a 5% del gasto disponible)

Valores iniciales						
* Con cambios a la legislación del IMSS y ninguna reducción en gasto de bolsillo						
IICF		0.915				
% Hogares con gastos catastróficos (HFC>0.3)		3.4				
		Maternidad	Medicamentos	Atención ambulatoria	Hospitalización	Aparatos
50%	IICF	0.924	0.944	0.937	0.929	0.919
	% Hogares con HFC>0.3	3.3	2.7	2.9	3.5	3.5
100%	IICF	0.926	0.954	0.946	0.932	0.920
	% Hogares con HFC>0.3	3.3	1.9	2.2	3.2	3.4

FUENTE: Estimaciones propias a partir de los datos de la ENIGH 2000.

**Los resultados sugieren que a través del nuevo modelo de financiamiento del sistema de salud con el SPSS se puede esperar una mejoría importante en la justicia financiera y en los gastos catastróficos, especialmente al cubrir zonas rurales**

briesen las zonas rurales, el IICF aumentaría hasta 0.944.

La proporción de hogares con gastos catastróficos también disminuye de modo considerable cuando estas regiones reciben el SPSS. Se produce una caída de 21% (de aproximadamente 3.4% a 2.7%), tomando como supuesto una disminución de los gastos directos de al menos 40%. La reducción es similar a lo que ocurre cuando se da cobertura a las grandes áreas metropolitanas de más de 100 mil habitantes. Este resultado refleja el hecho de que los centros metropolitanos incluyen a una gran proporción de la población, pero la mayoría de las familias en las zonas rurales son pobres.<sup>3</sup>

Los resultados de la proyección del efecto en el IICF y el nivel de gastos catastróficos resultantes de reducciones en determinadas categorías de gastos directos en salud se muestran en el cuadro 6. Cada columna de este cuadro corresponde a una categoría particular de gastos. Las mejorías más trascendentes se obtienen mediante la reducción de los gastos en medicamentos y en atención ambulatoria. Al eliminar estas dos categorías de gasto de bolsillo, desciende la proporción de hogares con gastos catastróficos: de 3.4%, a 1.9% y 2.2%, respectivamente.

Cabe señalar que la reducción de los gastos de maternidad, hospitalización y aparatos no tiene un impacto muy grande. La principal causa de ello es el hecho de que la incidencia del gasto en estos rubros tiende a ser baja y se concentra más entre la población de mayores recursos. Por ejemplo, en el primer quintil de no asegurados –donde se concentran los pobres–, los medicamentos y la atención ambulatoria representan 53% y 35%, respectivamente, del gasto en salud, mientras que el rubro de hospitalización representa 5% y el de maternidad, 7%. Este padrón de gasto se diluye conforme aumenta el ingreso, de tal manera que para el quintil más rico, es 34% para ambulatorio, 31% para medicamentos, 20% para hospitalización, 6% para maternidad y 10% para otros rubros.

## Conclusiones

El marco de la OMS para la evaluación del desempeño del sistema de salud sostiene que la justicia en la contribución financiera constituye un objetivo intrínseco de este sector. Esta noción de justicia analiza el alcance del sistema para evitar que los hogares efectúen pagos catastróficos de salud, y para lograr la equidad vertical y horizontal. Estos elementos de justicia se incorporan mediante un examen de la contribución de cada hogar al sistema de salud en impuestos, seguro social, seguro privado y pagos directos de bolsillo en relación con su capacidad de pago. El IJCF es una medida empírica correspondiente a esta noción de justicia en el gasto en salud.

Este ensayo se abocó a considerar las repercusiones en la justicia financiera –medida a través del IJCF, y en la proporción de hogares con gastos catastróficos en salud–, con la extensión universal del seguro popular, como una acción del SPSS; también se analizó, mediante ejercicios de proyección de cobertura, el mejoramiento esperado en el nivel de justicia del financiamiento al ampliar la inscripción al SPS.

Desde el punto de vista metodológico, los resultados sugieren la utilidad de definir y conceptualizar los gastos catastróficos en términos del ingreso disponible (el ingreso que le queda al hogar después de satisfacer sus necesidades más básicas, medidas a través de su gasto en alimentación). El nivel de gasto en salud que resulta ser catastrófico para cada hogar, varía en función de los recursos familiares disponibles. Para una familia pobre el gasto en salud podría ser una carga insoportable, incluso si la cuantía absoluta no fuera muy elevada. El análisis efectuado también sugiere la importancia de considerar el empobrecimiento en términos absolutos por gasto en salud, y profundizar el análisis del gasto en salud a través del tiempo, pues la definición de lo que es catastrófico depende no sólo del monto sino también del periodo que se debe considerar.

Los resultados cuantitativos sugieren que a través del nuevo modelo de financiamiento del sistema de salud propuesto con el SPSS y con una reducción moderada en el gasto de bolsillo de los hogares, se puede esperar una mejoría considerable en el IJCF y en el porcentaje de hogares con gastos catastróficos. Con una reducción de apenas 5% en el gasto de bolsillo, se percibe una mejoría en la proporción de hogares con gastos catastróficos y en la justicia del financiamiento de la salud. Se estima que una disminución de 20% a 30% en el gasto de bolsillo de la población no asegurada –lo que correspondería a una condición similar al que tienen los hogares actualmente asegurados– tendrá como resultado un aumento importante en el IJCF en relación con el nivel inicial, y una reducción de casi 25% en el porcentaje de hogares con empobrecimiento.

El aseguramiento de la población en las áreas rurales y la reducción del gasto de bolsillo en medicamentos y en atención ambulatoria tendrán el efecto más notorio en la justicia del financiamiento y en el nivel de empobrecimiento, lo cual es más evidente en la población pobre. Dado que la extensión de la cobertura del SPS comenzará por las poblaciones más desamparadas, en los primeros años es probable que exista una mejoría notable en la justicia financiera y una reducción en el empobrecimiento por gasto en salud.

Las estimaciones pueden traducirse como metas y mediciones del desempeño sobre las cuales evaluar el resultado del proyecto de reforma. El análisis muestra las mejorías que se pueden esperar en el IJCF y en la prevalencia de los gastos catastróficos en salud, con lo cual se ha elaborado un método para examinar los resultados de las políticas de salud en materia de la justicia del financiamiento. Al comparar los costos del programa con las metas de reducción de gastos catastróficos y de la justicia financiera es factible establecer mediciones de costo-beneficio, las cuales serían un tema de estudio en el futuro. El análisis también puede ser adaptado para evaluar el desempeño en materia de justicia financiera en otras esferas de las políticas públicas.

## Bibliografía

- Aronson R, Johnson P, Lambert P (1994) Redistributive effect and unequal income tax treatment. *Economic Journal* 104, pp. 262-70.
- Arreola H, Knaul F, Méndez O *et al.* (2003) *Disposición a pagar por un seguro de salud público en México*. México, FUNSALUD-INSP. Documento de trabajo.
- Behrman P (1995) *Health sector reform in developing countries: making health development sustainable*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, Harvard University Press.
- Conapo (2000) *La situación demográfica en México*. México, Conapo.
- Frenk J, Lozano R, González Block MA *et al.* (1994) *Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México. Informe final*. México, FUNSALUD.
- Fuchs VR (1988) *Who shall live? Health, economics, and social choice*. Gran Bretaña, World Scientific Publications.
- Gakidou EE, Frenk J, Murray CJL (2000) Defining and measuring health inequality. *Bull World Health Organ* 78(1), pp. 42-52.
- Gakidou EE, Frenk J, Murray CJL (2000a) *Measuring preferences on health system performance assessment: results of a key informants survey in 35 countries*. Ginebra, OMS/GPE, documento de trabajo núm. 20.8.
- González Pier E, Parker S (1999) *Equity in the finance and delivery of health care: results from Mexico*. México: Documento elaborado para el proyecto OPS/PNUD-Banco Mundial, EquiLAC/IHEP project.
- Hotchkiss DR, Rous JJ, Karmacharya K, Sangraula P (1998) Household health expenditures in Nepal: Implications for health care financing reform. *Health Policy and Planning* 13(4), pp. 371-83.
- INEGI (2000) *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. México, INEGI.
- Kakwani N (1977) Measurement of tax progressivity: an international comparison. *Economic Journal* 87, pp. 71-80.
- Kakwani N, Wagstaff A, Van Doorslaer E (1997) Socioeconomic inequality in health: measurement, computation and statistical inference. *Journal of Economic Surveys* 11(1), pp. 87-104.
- Lasprilla E, Obando C, Encalad E, Lasprilla C (1999) Health sector inequalities and poverty in Ecuador. En: Greene E, Zevallos V, Suárez R (eds.). *Health systems inequalities and poverty in Latin America and the Caribbean*. Resultados del proyecto OPS/PNUD/Banco Mundial, EquiLAC/IHEP
- Londoño JL, Frenk J (1997) Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. *Health Policy* 41(1), pp. 1-36.
- Murray CJL, Frenk J. (2000) World Health Report 2000: A step towards evidence-based health policy. *Lancet* 357(9269), pp. 1698-1700.
- Murray CJL, Frenk J (2000a) A WHO framework for health system performance assessment. *Bull World Health Organ* 78(6).
- Murray CJL, Knaul F, Xu K, Mugrove P, Kawabata K (2000) *Defining and measuring fairness of financial contribution*. Ginebra, OMS, Global Programme on Evidence, documento de trabajo núm. 24.
- Murray C, Evans D. (2003) *Health System Performance Assessment, Debates, Methods and Empiricism*. Ginebra, World Health Organization.
- OIT (1992) *Household income and expenditure surveys. Statistical sources and methods*. Ginebra, OIT.
- OMS (2000) *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Ginebra, OMS.
- OMS (2001) *Report: meeting of interested parties, evidence and information for policy*. Ginebra, OMS.
- OMS (2003) *Reporte: metodología OMS de análisis de la equidad del financiamiento de la salud*. Ginebra, OMS.
- Preker A, Carrin G, Dror D, Jakab M, Hsiao W, Arhin-Tenkorang D (2002) Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bull World Health Organ* 80(2).
- Rasell E, Bernstein J, Tang K (1994) The impact of health care financing on family budgets. *International Journal of Health Services* 24(4), pp. 691-714.
- SSA (2001) *Programa Nacional de Salud (2001-2006)*. México, SSA.
- SSA (2002) *Salud: México 2001. Información para la rendición de cuentas*. México, SSA.
- SSA (2003) *Salud: México 2002. Información para la rendición de cuentas*. México, SSA.
- SSA (2003a) Reglas de operación e indicadores de gestión y evaluación de Programa Salud Para Todos (Seguro Popular de Salud). *Diario Oficial de la Federación*, 26 de mayo de 2003.
- SSA (2003b) Sistema de Protección en Salud: Hacia un sistema universal de salud. Firma del decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. *Diario Oficial de la Federación*, 15 de mayo de 2003.
- Suárez R M (1999) Summary of results and policy implications. En: Greene E, Zevallos V, Suárez R (eds.). *Health systems inequalities and poverty in Latin America and the Caribbean*. Resultados del proyecto OPS/PNUD/Banco Mundial, EquiLAC/IHEP, mimeo.
- Torres AC (2003) Análisis del gasto en salud en México. México, ITAM, tesis de licenciatura.
- Valladares R, Barillas E (1999) *Health sector inequalities and poverty in Guatemala*. En: Greene E, Zevallos V, Suárez R (eds.). *Health systems inequalities and poverty in Latin America and the Caribbean*. Resultados del proyecto OPS/PNUD/Banco Mundial, EquiLAC/IHEP
- Van Doorslaer E, Jones A (2003) Inequalities in self-reported health: validation of a new approach to Measurement. *Journal of Health Economics* 22, pp. 61-87.
- Wagstaff A (2002) Poverty and health sector inequalities. *Bull World Health Organ* 80, pp. 97-105.

- Wagstaff A (2002b) Measuring equity in health care financing: reflections on and alternatives to WHO's fairness of financial contribution index. *Health Economics* 11, pp. 103-15.
- Wagstaff A, Paci P, Joshi H (2001) *Inequalities in health: who you are? Where you live? or who your parents were? Evidence from a cohort of British 33-years olds*. Washington, D. C., Banco Mundial.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E (1993) Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective. En: Wagstaff A, Van Doorslaer E, Rutten F (eds). *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford, Oxford Medical Publications.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E (1998) Equity in the finance and delivery of health care: an introduction to the equity project. En: Barer ML, Getzen TE, Stoddart GL (eds.). *Health, health care and health economics: perspectives on distribution*. Londres, John Wiley and Sons, pp. 179-207.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E (1999) Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *Journal of Health Economics* 18, pp. 263-290.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E (2001) What makes the personal income tax progressive? A comparative analysis for fifteen OECD countries. *International Tax and Public Finance* 8, pp. 299-315.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E (2002) *Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-98*. Washington, D. C., Banco Mundial.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P (1989) Equity in the finance and delivery of health care: some tentative cross-country comparisons. *Oxford Review of Economic Policy* (5), pp. 89-112.
- Wagstaff A, Van Doorslaer E, Paci P (2002) *Overall vs. socioeconomic health inequality: a measurement framework and two empirical illustrations*. Washington, D. C., Banco Mundial.
- Wibulpolprasert S, Tangcharoensathien V (2001) Health systems performance what's next? *Bull World Health Organ* 79(6).
- Xu K, Evans D, Kawabata K *et al.* (2003) Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 362, pp. 111-7.

