

NÚMERO 302

JOHN SCOTT

Desigualdad en salud y en los recursos para la
salud en México

JUNIO 2004



www.cide.edu

• Las colecciones de **Documentos de Trabajo** del **CIDE** representan
• un medio para difundir los avances de la labor de investigación, y
• para permitir que los autores reciban comentarios antes de su
• publicación definitiva. Se agradecerá que los comentarios se hagan
• llegar
• directamente al (los) autor(es).

• D.R. © 2004. Centro de Investigación y Docencia Económicas,
• carretera México-Toluca 3655 (km. 16.5), Lomas de Santa Fe,
• 01210, México, D.F.
• Tel. 5727•9800 exts. 2202, 2203, 2417
• Fax: 5727•9885 y 5292•1304.
• Correo electrónico: publicaciones@cide.edu
• www.cide.edu

• Producción a cargo del (los) autor(es), por lo que tanto el contenido
• así como el estilo y la redacción son su responsabilidad.

.....

Agradecimientos.

Este trabajo aparecerá como un capítulo del Reporte de la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud (2004). Se agradecen los comentarios recibidos de los miembros de la comisión, en particular de los coordinadores del Reporte, de David Mayer, y de la Unidad de Análisis Económico de la Secretaría de Salud.

Resumen

Este trabajo presenta un análisis de la evidencia disponible sobre la desigualdad de la salud y los recursos públicos y privados disponibles a los hogares para acceder a la salud. A pesar de que la desigualdad de la salud ha sido un tema prioritario en años recientes en la agenda académica y de las políticas públicas en México, como internacionalmente, persisten limitaciones importantes en la información disponible para responder aún la pregunta comparativa más básica: ¿Es México un país de alta, media o baja desigualdad en salud y recursos para la salud? Encontramos niveles de desigualdad relativamente altos en indicadores de salud objetivos, considerados a partir de observaciones a nivel individual. Por otro lado, encontramos que la distribución del gasto público en salud en su conjunto es ligeramente regresiva en términos absolutos (los hogares ricos obtienen más recursos que los pobres), aunque altamente progresiva en términos relativos (los hogares pobres obtienen mayores recursos como proporción de su ingreso original). Se verifica un contraste profundo (y creciente) entre el gasto ejercido a favor de la población no asegurada, que es altamente progresivo y pro rural y el gasto en beneficio de la población asegurada, que es regresivo y pro urbano. La equidad del gasto público en salud en su conjunto aumentó en forma importante entre 1996 y 2002: la participación del quintil más pobre pasó del 8 al 15 por ciento. Dado el grado de desigualdad en la distribución del ingreso original, el gasto público tiene un impacto redistributivo notable: reduce casi a la mitad la desigualdad original de los recursos ejercidos por los hogares en salud. A pesar de estos logros, se identifican cuatro retos fundamentales para las políticas públicas. Primero, en términos comparativos, México presentaba hacia finales de la década pasada el segundo impacto redistributivo más bajo del gasto público en salud entre ocho países de la región, en parte por las limitaciones en la equidad pero, principalmente, por el bajo esfuerzo presupuestal. Segundo, un análisis preliminar de desigualdades en la calidad y el costo de los servicios públicos utilizados por los hogares sugiere que las estimaciones de incidencia reportadas subestiman (sobrestiman) el grado de regresividad (progresividad) de los beneficios reales obtenidos del gasto público en salud. Tercero, persiste una brecha amplia entre la distribución de las necesidades objetivas de salud y los recursos para la salud disponibles a los hogares, aun después del gasto público. Finalmente, el impacto redistributivo del gasto público en bienes y servicios de salud depende del acceso de los hogares a otros insumos, complementarios con éstos en la producción de la salud (nutrición, educación, acceso a agua potable y servicios sanitarios, calidad de la vivienda), que también presentan altos niveles de desigualdad en México. Para garantizar un impacto efectivo en las brechas de salud de los pobres, los avances necesarios en términos de esfuerzo presupuestal y equidad en la provisión de servicios de salud pública, deberán acompañarse por políticas que aseguren la eficiencia de estos servicios y una concepción amplia e implementación coordinada de la política pública en salud como un esfuerzo multi-sectorial.

Abstract

The paper presents an analysis of the evidence available on inequalities in health and public and private health care resources in Mexico. Though health inequality has received much attention in recent years in both the academic and public policy agendas in Mexico, as internationally, there remain important limitations in the information available to answer even the most basic comparative question: Is Mexico a country with high, medium or low inequality in health and health resources? We find relatively high levels of inequality in objective health measures, considered on the basis of individual observations. On the other hand, we find that the distribution of public spending on health as a whole is mildly regressive in absolute terms (richer households obtain more resources than poorer ones), but highly progressive in relative terms (poorer households obtain more resources as a proportion of their original income). A deep (and growing) contrast is observed between health spending on the uninsured, which is progressive and pro-rural, and on the insured, which is regressive and pro-urban. The equity of public health spending overall shows an important increasing trend between 1996 and 2002, with an increase in the share of resources benefiting the poorest quintile from 8% to 15%. Given the degree of inequality in the distribution of original income, the redistributive impact of public spending is impressive: it reduces the original inequality in health spending almost by a half. Despite these achievements, we identify four basic challenges for public policy. First, in comparative terms, at the end of the last decade Mexico presented the second worse redistributive impact of public health spending among eight countries in the region, due in part to limits in equity but mainly to a low budgetary effort. Secondly, a preliminary analysis of inequalities in the quality and costs of public services used by households suggests that the reported incidence results underestimate (overestimate) the degree of regressivity (progressivity) of the actual benefits obtained from public health spending. Third, a wide gap remains between the distribution of objective health needs and the health resources available to households, even after public spending. Finally, the redistributive impact of public spending on health goods and services (as these are traditionally classified), depends on the access of households to other inputs, complementary to these in the production of health (nutrition, education, access to clean drinking water and sanitary services, housing quality), which also present high levels of inequality in Mexico. To ensure an effective impact of public health spending on the health gaps of the poor, the necessary progress in budgetary effort and equity in the provision of public health services will have to be accompanied by policies to achieve efficiency in these services and a broad conception and coordinated implementation of public health policy as a multi-sectoral effort.

Introducción

En la última década se ha producido un crecimiento acelerado en la literatura internacional sobre pobreza y salud, y más generalmente (considerando toda la población) sobre la desigualdad económica en la salud y en los recursos para la salud.¹ Este interés se ha motivado, en gran parte, por una serie de iniciativas globales del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud,² quienes han logrado establecer el tema efectivamente, tanto en la agenda académica como en la agenda de las políticas públicas. La literatura relevante incluye desde los fundamentos éticos y técnicas de medición de la salud poblacional y su distribución,³ hasta estudios empíricos comparativos sobre la desigualdad de la salud, del financiamiento de la salud y del acceso a los recursos públicos para la salud, a partir de la disponibilidad de bases de datos con una cobertura creciente de países.⁴

En este capítulo se analizará, en el contexto de estos desarrollos, la evidencia disponible para México sobre la distribución de la salud y los recursos para la salud en función del ingreso de los hogares. Una diferencia clara entre los problemas de salud y pobreza analizados por la *Comisión de Macroeconomía y Salud* (CMS) en el ámbito global y la agenda correspondiente de la CMMS,⁵ es que en el primer caso se enfatizaron los retos más urgentes de los países de ingresos bajos, mientras que en el caso de México se trata de un país de ingresos medios con logros en salud, en general y en promedio, correspondientes a este nivel de ingresos. Sin embargo, México es también un país de alta desigualdad económica y bajo financiamiento público de la salud⁶ ejercido por medio de un sistema institucional segmentado en su financiamiento y distribución de beneficios (sección 3). Esta desigualdad en los recursos para la salud podría sugerir por sí misma una alta desigualdad en estados de salud,⁷ pero se tiene información más directa que indica que algunas de las brechas de salud que afectan a las poblaciones pobres dentro del país se acercan más a los retos que enfrentan los países de ingresos bajos que a las condiciones medias de salud del país. Por ejemplo, según datos reportados en Secretaría de Salud (2001), una mujer en un municipio indígena

¹ Por "desigualdad económica" en la salud se entenderá la desigualdad en estados de salud medida en función de las características socioeconómicas del hogar. Es decir, calculamos las medidas de desigualdad ordenando a los hogares en función de su condición socioeconómica, no su estado de salud. Ver sección 2.

² Banco Mundial (1993), OMS (2000, 2002), BID (EquiLAC), Comunidad Europea (*ECuity Project*).

³ Murray, *et al.* (2002), (2003).

⁴ Wagstaff (2001, 2002).

⁵ Con relación al reporte internacional de la CMS, el análisis del presente capítulo para el caso de México corresponde al análisis sobre este tema en el Reporte del Grupo de Trabajo I, sobre Salud, Crecimiento Económico y Reducción de la Pobreza (sección 4, "Salud y Pobreza"), basado a su vez en Wagstaff (2001).

⁶ México presenta la *treceava* distribución más desigual del ingreso entre 111 países reportados en Banco Mundial (2003), y está en el lugar 149 de 191 países en la proporción del gasto total en salud financiado públicamente reportados en OMS (2001).

⁷ Ver abajo, sección 6.

de Guerrero enfrenta un riesgo de morir al dar a luz (28.3 muertes por cada 10,000 niños nacidos vivos) casi seis veces superior al promedio nacional; la tasa de mortalidad infantil municipal más alta en México en 1999 (103 muertes por cada 1000 nacidos vivos) era equivalente al promedio nacional hace más de medio siglo, y 11 veces mayor a la tasa municipal más baja en el país para ese mismo año (9 muertes por cada 1000 nacidos vivos), una brecha similar a la que separa a Bangladesh de Estados Unidos.⁸

En estas condiciones, la necesidad de incrementar la capacidad redistributiva al interior del país para asegurar un acceso adecuado a la salud para las poblaciones pobres, es comparable a la necesidad, cuantificada por la CMS, de incrementar las transferencias internacionales desde países de ingresos altos para el financiamiento de la salud en países de ingresos bajos. La diferencia fundamental es que en el presente caso el mecanismo redistributivo relevante es el Estado, y en particular las instituciones públicas que integran el sistema nacional de salud, por lo que se puede cuantificar tanto la magnitud del esfuerzo redistributivo necesario tomando como dados los niveles de eficiencia y equidad del gasto público en salud observados en México actualmente, como posibles reformas al sistema para alcanzar la misma meta con aumentos más modestos en el esfuerzo presupuestal, a partir de mejoras en la eficiencia y equidad de los instrumentos que implementan este gasto.

Por las razones anteriores, el reto de la equidad en la salud y en el financiamiento para la salud se ha convertido en años recientes en un tema central en la agenda de investigación y el debate de las políticas públicas en México. El *Programa Nacional de Salud 2001-2006* parte de un diagnóstico detallado sobre los retos de la equidad en la salud y en el financiamiento de la salud, reflejo de la acumulación del conocimiento en estos temas en México en la última década.

A pesar de estos avances, persisten retos importantes en la información y el análisis distributivo sobre la salud disponibles para México. En particular, se pueden identificar tres limitaciones básicas en la literatura reciente, analizadas a continuación: a) la disponibilidad limitada de medidas “relevantes” de desigualdad en salud (en un sentido preciso que se define abajo, en la subsección 2.1), b) la disponibilidad limitada, hasta recientemente, de estimaciones sobre la distribución del gasto público en salud entre los hogares, y la incidencia redistributiva de este gasto en el total de los recursos disponibles para la salud, y en gran medida por las razones anteriores, c) la ausencia del caso de México de las principales bases de datos y estudios comparativos internacionales sobre el tema.

El capítulo está estructurado de la siguiente manera. En lo que resta de la presente sección se presenta una reseña crítica de la literatura sobre la desigualdad de la salud y los recursos para la salud en México, con el fin de

⁸ Banco Mundial (2001).

motivar la agenda de investigación que se desarrolla en las siguientes secciones. La sección 2 presenta indicadores de la desigualdad en la salud en México estimados a partir de las principales bases de información disponibles actualmente, y los interpreta desde una perspectiva comparativa. La sección 3 analiza la distribución de los beneficios del gasto público entre los hogares. La sección 4 considera la distribución del financiamiento del gasto y analiza el impacto redistributivo neto del gasto público en los recursos para la salud ejercidos por los hogares. La sección 5 analiza la desigualdad en la calidad y costo de los servicios públicos que reciben los hogares. Finalmente, la sección 6 identifica e interpreta las conclusiones principales del capítulo y deriva implicaciones para las políticas públicas.

1. Antecedentes

1.1 Evidencia y estudios sobre desigualdad en salud

Son escasos los estudios para México que reportan medidas de desigualdad en estados de salud, especialmente si se consideran cuatro requisitos básicos para las medidas de desigualdad:

- i) que sean sensibles a la distribución en su conjunto (no sólo a los valores extremos),
- ii) que se basen en indicadores objetivos de las condiciones de salud de la población,
- iii) que se basen en información a nivel de las personas o los hogares, y
- iv) que midan la desigualdad en los indicadores de salud en función de las condiciones socioeconómicas del hogar.

Estas condiciones se ilustran a continuación con algunos ejemplos recientes. La brecha de mortalidad infantil entre municipios antes mencionada produce un efecto dramático al medir distancias entre grupos poblacionales extremos, pero como medida de desigualdad representa un caso límite en términos de la información relevante para la medición de la desigualdad, al ignorar la distribución entre los polos opuestos.⁹

Dos estudios recientes, que incluyen medidas de desigualdad de estados de salud (en función de la condición socioeconómica) más completas, y comúnmente utilizadas en la literatura internacional sobre el tema, como el coeficiente de concentración,¹⁰ son los de Gonzalez-Pier y Parker (2001) y

⁹ En este caso en particular, el polo de mayor mortalidad infantil está representado por un municipio de apenas 1078 habitantes en el año 2000 (San Martín Huamelúlpam, Oaxaca).

¹⁰ El *coeficiente de concentración* es una medida de desigualdad análoga al coeficiente de Gini, excepto que el concepto utilizado para ordenar a los hogares o las personas (en este caso, condición socioeconómica aproximada

Lozano, *et al.* (2001). El primer estudio presenta medidas de desigualdad en salud a partir de datos individuales (ENSA), pero éstas se refieren a condiciones de salud autorreportadas, que en muchos casos revelan desigualdades mínimas y aún progresivas (mayor incidencia de enfermedad en los ricos), reflejando diferencias en expectativas e información—a su vez producto de diferencias en el nivel educativo y en el acceso a servicios de salud—más que condiciones objetivas de salud. El segundo estudio citado sí considera medidas objetivas (mortalidad infantil registrada), pero utiliza datos a nivel municipal (ordenados por el índice de marginación de CONAPO), por lo que ignora las desigualdades intramunicipales que pueden ser especialmente importantes en el caso de los municipios urbanos más grandes.

Finalmente, México es uno de los 50 países para los que la OMS (2000) calculó directamente la medida de desigualdad en estados de salud a partir de datos de mortalidad infantil obtenidos de encuestas de demografía y salud.¹¹ En este estudio, México aparece como el quinto país con menor desigualdad en supervivencia infantil entre 50 países analizados, a pesar de las brechas municipales mencionadas. Hay que hacer notar que esta medida considera la desigualdad total en salud. Independientemente de los parámetros particulares utilizados en la medida de la OMS, se ha encontrado que la desigualdad económica en la salud representa una fracción de la desigualdad total en salud, por lo que las medidas de desigualdad total y económica en salud no están necesariamente correlacionadas entre sí.¹² Una crítica que se ha hecho a las medidas de desigualdad total en la salud es que se ignora la diferencia—fundamental para conceptos de justicia distributiva como para la instrumentación de políticas redistributivas en el ámbito de la salud—entre causas voluntarias, determinantes genéticos, y desigualdades en oportunidades y recursos para la salud. Dada la agenda de investigación de la CMMS, este capítulo se enfoca exclusivamente sobre la desigualdad económica en salud.

Un problema más específico de la estimación de la OMS para el caso de México es que el país está mal representado en la base utilizada: a) la única encuesta para México incluida en esta base es de 1987, y b) los tabulados agregados de esta encuesta indican una tasa de mortalidad infantil mayor para el sector urbano que el rural, y para hogares con miembros con educación secundaria o más que sin educación alguna.¹³

por el nivel de ingreso) es distinto a la variable cuya distribución es de interés (en este caso, estado de salud o recursos para la salud). Esta medida se define en el rango (-1,1), donde los extremos representan concentraciones totales de la variable de interés en los más pobres y ricos, respectivamente, y 0 es una distribución neutral—cada persona (o decil poblacional) presenta la misma participación.

¹¹ Gakidou and King (2002). Se utilizan los *Demographic and Health Surveys* (DHS), accesibles en <http://www.measuredhs.com/>. Para el caso de México (y Brasil) este estudio menciona que se hizo una segunda estimación basada en información a nivel municipal, del que se obtienen resultados consistentes con los obtenidos a partir de la primera base.

¹² Braveman, *et al.* (2001), Houweling, *et al.* (2001), Wagstaff and van Doorslaer (2002).

¹³ Tabulados consultados en mayo del 2004, en <http://www.measuredhs.com/>.

1.2 Evidencia y estudios sobre desigualdad en recursos para la salud

El análisis distributivo de los recursos para la salud en México puede clasificarse en cuatro tipos principales de estudios: a) análisis descriptivo de la segmentación del sistema público de salud y las desigualdades en gasto per cápita entre las principales instituciones (Aspe y Beristáin 1984, Lustig 1989, Barraza, *et al.* 2002), b) análisis de la distribución del financiamiento de la salud (Gonzalez-Pier y Parker 2001) y c) la distribución de riesgos financieros por contingencias de salud (Secretaría de Salud 2001, 2002), y d) análisis de la distribución de los beneficios del gasto público en salud entre los hogares (Scott 2000, 2002, Arzoz y Knaul 2003, Banco Mundial 2004). Estos últimos estudios permiten analizar la incidencia del gasto público en los recursos para la salud ejercidos por los hogares. Una limitación general de esta literatura, como de la literatura internacional, es que la distribución del financiamiento y del gasto público se consideran en forma independiente. En este estudio se combinarán las dos partes para obtener la incidencia neta del gasto público (sección 5).

1.3 Comparabilidad internacional

Es notable la ausencia de México en la mayoría de las bases internacionales y estudios comparativos que se han generado sobre desigualdad en la salud y los recursos para la salud en los últimos años, y la debilidad de los datos utilizados para representar al país en aquellas donde sí aparece. Esto se explica, en gran medida, por las limitaciones que antes se mencionaron. La tabla 2.1 resume seis estudios y bases comparativas recientes, publicadas por cinco organismos internacionales.

El proyecto *Health and Poverty* del Banco Mundial incluye una base amplia de indicadores de desigualdad económica en salud y gasto público en salud con una cobertura de 42 países, a partir de los DHS (Filmer and Pritchett 1998, Wagstaff 2002). Aunque México no aparece en esta base, en la siguiente sección se utilizarán estos resultados para cotejar indicadores de desigualdad estimados en este trabajo para el caso de México, a partir de bases metodológicas comparables (excepto cuando se menciona lo contrario).

Los reportes citados de CEPAL, BID, y Banco Mundial incluyen tablas comparativas de la distribución del gasto público en salud y educación, basadas en estudios individuales de análisis de incidencia de beneficios (AIB), con una cobertura conjunta de 27 países en desarrollo, 12 de ellos en América Latina y el Caribe: Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Jamaica, Panamá, Perú, Nicaragua y Uruguay.

Un estudio conjunto del proyecto EquiLAC del Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) incluye a México entre seis países de América Latina y el Caribe (Gonzalez-Pier y Parker 2001), pero como ya se mencionó, este estudio, como los otros en esta compilación, utiliza medida de salud autorreportada que indican niveles mínimos de desigualdad. Los coeficientes de concentración para el conjunto de países presentan un rango de variación mínimo alrededor de la línea de igualdad (-0.09, +0.02),¹⁴ en contraste con coeficientes de concentración de tasas de mortalidad citados en el estudio para dos de estos países, Brasil y Guatemala (-0.28, -0.15).¹⁵

Finalmente, como ya se mencionó, el reporte citado de la OMS indica baja desigualdad comparativa total para México.

En suma, la literatura disponible no permite contestar aún la pregunta comparativa más elemental: ¿es México un país de alta, media o baja desigualdad en la salud y los recursos para la salud? Las brechas en mortalidad que separan los municipios rurales más pobres, con una alta población indígena, en el sur del país, de los municipios altamente urbanizados en el centro y norte, sugieren una polarización extrema en las oportunidades de salud de la población. Los estudios comparativos de EquiLAC y la OMS, por otro lado, sugieren niveles bajos de desigualdad. La pregunta es importante porque tiene claras implicaciones también para la agenda futura de investigación así como para las políticas públicas. Los resultados podrían sugerir que la desigualdad en la salud en México no es un problema de particular urgencia que demande un análisis causal cuidadoso y un esfuerzo decidido en el financiamiento y reforma del sistema público de salud.

2. Desigualdad en la salud

Las limitaciones que se identifican en la sección anterior reflejan, fundamentalmente, restricciones en las bases de datos disponibles para México. En particular, son escasas las bases con datos a nivel de los hogares que incluyan indicadores objetivos de salud. Consistentemente con el enfoque en salud temprana adoptado en el capítulo de este reporte sobre *Salud y Crecimiento*, aquí se consideran, principalmente, indicadores de salud infantil.

Para las estimaciones que se presentan en ésta y la siguiente sección se utilizan las siguientes bases de datos: *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares* (ENIGH) 1996-2002, *Encuesta Nacional de Nutrición* (ENN)

¹⁴ Suárez-Berenguela (2001). Los coeficiente de concentración presentados están estandarizados por características demográficas. Ver nota 11, para la definición de esta medida de desigualdad.

¹⁵ Wagstaff (1999). La gráfica 2.5, abajo, presenta estos indicadores para un conjunto más amplio de países, en un rango entre -0.25 (Brasil) y 0 (Chad).

1999, *Encuesta Nacional de Salud* (ENSA) 2000, *Encuesta Nacional de Niveles de Vida de los Hogares* (ENNVH) 2002, y las bases municipales de mortalidad infantil y marginación publicadas por la *Comisión Nacional de Población* (CONAPO 2001). La ENSA reporta la incidencia autorreportada de enfermedades en detalle, e incluye medidas antropométricas sólo para la población adulta. La ENN y la ENNVH reportan medidas antropométricas para la población infantil. La última también incluye información detallada del gasto e ingreso de los hogares.¹⁶

Los resultados se presentan en tres formas: a) por deciles poblacionales ordenados por ingreso per cápita,¹⁷ b) en curvas de concentración,¹⁸ y c) en coeficientes de concentración (ver nota 11). Los coeficientes de concentración se obtienen a partir de un ordenamiento de la población específica cuya salud se mide (por ejemplo, niños nacidos vivos contra muertes infantiles), con lo que se ajusta automáticamente por diferencias demográficas en la composición de los deciles poblacionales. Cuando se presentan deciles y curvas de concentración, que comparan distribuciones de distintos conceptos, sin embargo, se utiliza el ordenamiento de la población total para asegurar su comparabilidad.

En todas las gráficas comparativas de esta sección, los datos correspondientes a otros países provienen de la base del proyecto *Poverty and Health* del Banco Mundial, citado antes. Para maximizar la comparabilidad del caso de México se ha adoptado el nivel de agregación (quintiles) utilizado para generar los coeficientes de concentración en esta base.

Las gráficas 3.1 y 3.2 presentan la distribución de variables tomadas de la ENSA. La incidencia de enfermedades autorreportadas es básicamente neutral al nivel de ingreso de las personas, excepto por una caída clara en el quintil (20%) más pobre de la población, explicable por los factores de información y adaptabilidad antes mencionados. Por otro lado, la talla de la población adulta presenta una distribución progresiva casi lineal, con casi diez centímetros de diferencia entre el decil más pobre y el más rico. Esto puede interpretarse en parte como indicador de la nutrición y salud acumulada de las personas en edades tempranas, pero también puede reflejar una diferenciación económica en función de la composición étnica de la población—preocupante en sí misma pero independiente de la desigualdad en condiciones de salud.

¹⁶ En el caso de la ENN, que no incluye información sobre ingresos, se ha estimado el ingreso de los hogares utilizando la ENIGH 2000, a partir de variables sobre las características del hogar comunes a las dos encuestas.

¹⁷ En el caso de la ENN se reportan deciles de hogares, ya que esta encuesta no incluye a todos los miembros del hogar.

¹⁸ Las curvas de concentración grafican el porcentaje acumulado de la variable de interés (estados de salud/enfermedad y recursos para la salud) contra el porcentaje acumulado de la población ordenada por nivel socioeconómico (ingreso per cápita), del más pobre al más rico.

La gráfica 3.3 presenta las tasas de mortalidad infantil (TMI) por municipio en el año 2000, ordenando los municipios en términos de la misma TMI y del nivel de marginación según el indicador de CONAPO. Se observa una alta correlación entre los dos ordenamientos.¹⁹ La tabla 3.1 y la gráfica 3.4 comparan la distribución de la TMI con la distribución de niños en edad preescolar (0-5) con baja talla para la edad,²⁰ tomada de dos encuestas alternativas. Esta medida antropométrica indica deficiencias nutricionales acumuladas o crónicas, y/o enfermedad crónica o frecuente. Vemos que la distribución e incidencia de la mortalidad infantil es similar a la de la desnutrición para los deciles más pobres, pero difiere a medida que se incrementa el ingreso. Esto es consistente con el hecho de que el tamaño promedio de los municipios crece a medida que se progresa de los más pobres a los más ricos, por lo que se subestima en mayor medida la desigualdad entre los deciles superiores.

Las siguientes gráficas (3.5-3.8) presentan estos indicadores en términos comparativos. El coeficiente de concentración de mortalidad infantil que se estima para México está en la mitad más desigual de la distribución de países (gráfica 3.5), a pesar de subestimar la desigualdad en relación a las medidas reportadas para los otros países (basadas en datos individuales). Comparando los coeficientes de concentración de las medidas de desnutrición (3.6), la posición de México se acerca más a los países de alta desigualdad. Dado que muchos de los países considerados son de bajo ingreso, la gráfica 3.7 presenta una comparación de la incidencia por quintiles pobres y ricos con otros países de la región (y Turquía, por ser de ingreso medio). Finalmente, la gráfica 3.8 compara la distribución de la incidencia de diarrea en la población de edad preescolar, estimando este dato en el caso de México a partir de la ENSA. En este caso, México aparece al lado de Brasil en el extremo superior de la distribución.

Este análisis muestra que la desigualdad de la salud en México se incrementa notablemente cuando se utilizan medidas objetivas de salud, como mortalidad y antropometría, y bases de datos con observaciones a nivel de los hogares. El análisis comparativo sugiere que México es un país de desigualdad relativamente alta en los indicadores de salud considerados, especialmente baja talla/peso y incidencia de diarrea, y mortalidad infantil.

¹⁹ Nótese que la brecha en la TMI entre los municipios extremos (67-17) reportada por CONAPO para el año 2000 es significativamente menor a la brecha citada en la sección I (tomada de *SECRETARÍA DE SALUD* 2001) para el año 1999 (103-9).

²⁰ Siguiendo la práctica establecida internacionalmente en medición antropométrica, se define “baja” talla y edad como dos desviaciones estándar abajo de las medidas de referencia recomendadas por la OMS a partir de una población estadísticamente válida de infantes y niños saludables en EEUU (US National Center for Health Statistics).

3. Distribución del gasto público en salud

En esta sección se estima la distribución del gasto público en salud entre los hogares.²¹ Para ello se utiliza la ENIGH 1996-2002 y la ENSA 2000. Estas encuestas reportan uso de servicios de salud en las instituciones públicas, incluyendo los servicios para la población no asegurada (SS) y las instituciones de seguridad social que sirven al sector privado (IMSS) y a los trabajadores del estado (ISSSTE, los seguros de PEMEX y las fuerzas armadas, y las universidades públicas).²² La ENSA identifica algunos programas de gasto más específicos en beneficio de la población no asegurada, incluyendo IMSS-Solidaridad (hoy IMSS-Oportunidades) y los Institutos Nacionales de Salud.

En general, presentamos los resultados agrupados por deciles poblacionales ordenados por gasto per cápita.²³ En el análisis desagregado por sector (urbano, rural), se reordena y reagrupa la población al interior de cada sector.

La tabla 4.1 presenta la evolución del gasto público federal y federalizado en salud entre 1996 y 2002—el periodo relevante para las estimaciones que se presentan a continuación. El cambio más notable en estos seis años es el incremento en más del 100%, en términos reales, del gasto en salud en beneficio de la población no asegurada, aumentando su participación de un quinto a un tercio del gasto federal en salud. A pesar de ello, si se considera que la población no asegurada representa cerca de la mitad de la población nacional, existe aún un desbalance en el gasto público federal por beneficiario a favor de la población asegurada. El sesgo desaparece, sin embargo, si se descuentan las contribuciones a la seguridad social, y se toma únicamente en cuenta el gasto en salud del IMSS financiado por medio de impuestos generales.

Las tablas 4.2 y 4.3 y gráficas 4.1-4.4 presentan la distribución por deciles del gasto en salud por tipo de institución y atención (primaria, materna y hospitalaria), a nivel nacional y dentro de los sectores urbano y rural. En esta estimación se supone un beneficio promedio por usuario diferenciado entre las instituciones (en función del gasto ejercido)²⁴ pero común entre tipos de

²¹ La información de gasto público que se utiliza para imputar el valor de los beneficios recibidos se refiere siempre a gasto ejercido. Las fuentes de esta información son la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y las Cuentas Nacionales de Salud publicadas por la SS, excepto en el caso del IMSS, donde existen divergencias entre esta fuente y los reportes financieros publicados por la Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera de esta institución, por lo que se toma la información de esta última fuente.

²² La ENIGH reporta uso de servicios de salud por instituciones sólo desde 1994, y en forma comparable a partir de 1996.

²³ La única excepción son las estimaciones basadas en la ENSA (y las de la ENIGH cuando comparamos con ésta), que utilizan ingreso per cápita dado que esta encuesta no tiene un módulo de gasto general.

²⁴ La estimación para el año 2002 incluye el gasto de los estados en servicios de salud para la población no asegurada financiado por medio de participaciones o recaudación propia, además del gasto federalizado (financiado por medio del ramo 33). Dado que no contamos con esta información para los años anteriores al 2000, excluimos este gasto en el análisis intertemporal (tabla 3.1 y 3.4, gráficas 3.5-3.7).

servicios dentro de cada institución. Esto subestima (sobrestima) la regresividad (progresividad) del gasto en la medida que los hogares más ricos tiendan a: a) utilizar servicios más costosos, como hospitalizaciones, y/o b) recibir, para el mismo tipo de servicio, atención de mayor calidad/costo. En la sección 5 se considera la evidencia disponible sobre estas desigualdades posibles entre los usuarios de servicios dentro de la misma institución pública.

Se observa un contraste notable en términos de equidad entre el gasto ejercido a favor de la población no asegurada, que es altamente progresivo (y pro rural en relación a la distribución de la población), y el gasto en beneficio de la población asegurada, que presenta una distribución prácticamente inversa (y pro urbana). Este resultado es robusto a la fuente de datos utilizada (gráfica 4.1). Por ello, la distribución del gasto federal total en salud resulta ligeramente regresiva a nivel nacional, aunque se vuelve prácticamente neutral si se excluye, en el caso del IMSS, las contribuciones de los beneficiarios (trabajadores y patrones) y sólo se consideran las contribuciones del gobierno federal (o el financiamiento por medio de impuestos generales).

Es notable que la marcada progresividad de los servicios para la población no asegurada a nivel nacional se explica principalmente por la distribución dentro del sector urbano, ya que la distribución dentro del sector rural es de hecho, ligeramente regresiva.

Desagregando por tipo de atención, se observa que el gasto público en atención primaria es también casi neutral, mientras el gasto en servicios hospitalarios es regresivo.²⁵ Es más notable que el gasto público en servicios de salud materna es también regresivo y pro urbano, y para los primeros cuatro quintiles, precisamente inverso a la distribución de la demanda potencial por estos servicios medida por la población infantil (gráfica 4.3). El contraste en equidad entre los servicios para la población no asegurada y asegurada sería mayor aún si tomáramos en cuenta la distribución del presupuesto de estas instituciones entre tipos de servicios, ya que la participación de salud primaria es de 46% en el caso de la SS, pero sólo 26% en el caso del IMSS.²⁶

La gráfica 4.2 ofrece una desagregación más detallada de algunos programas específicos en beneficio de la población no asegurada, a partir de la ENSA. Los servicios de IMSS-Oportunidades, dirigidos principalmente a comunidades rurales remotas, son altamente progresivos, mientras los servicios de los Institutos Nacionales de Salud—con un presupuesto global comparable al programa anterior—ofrecen atención especializada de tercer nivel en forma altamente regresiva.

²⁵ Esto es sólo producto de la intensidad relativa del uso de estos servicios en las tres instituciones, sin considerar aún el costo diferenciado de atención hospitalaria vs. primaria dentro de cada institución (sección 5).

²⁶ *Boletín de Información Estadística, Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*, SS, 2003.

Las gráficas 4.4-4.6 y la tabla 4.4 documentan la evolución de la distribución del gasto público entre 1996 y 2002. El cambio más notable es el incremento en la cobertura de los servicios para la población no asegurada en el quintil más pobre, que entre 1996 y 2000 pasó de 18% a 31%. Este periodo coincide con la introducción y expansión acelerada del Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá, hoy Oportunidades), que en su componente de salud se diseñó precisamente para incrementar la demanda de estos servicios por parte de esta población (por medio de transferencias monetarias condicionadas, además de programas complementarios de expansión de cobertura y mejoras en la oferta). También se observa en este periodo una reducción gradual en la regresividad de los servicios para la población asegurada (gráfica 4.5), que en el caso del ISSSTE era hasta 1998 más regresiva que la distribución del gasto de los hogares, y contribuía por lo tanto a aumentar la desigualdad de este gasto. En el caso del IMSS, se observa un pequeño avance en progresividad entre 2000 y 2002, reflejando una expansión de cobertura significativa en el sector rural (11% a 18%).

El efecto combinado de estos cambios en la cobertura de los programas con la participación creciente del gasto en los servicios para la población no asegurada, representó un cambio notable en las prioridades del gasto público en salud en México. En apenas seis años, la participación del quintil más pobre pasó de 8% al 15%, y la del sector rural de 20% a 28% (gráfica 4.6). La tabla 4.4 muestra la distribución altamente progresiva de los beneficios marginales del crecimiento global del gasto público en salud en este periodo: casi 33% de los recursos adicionales beneficiaron al quintil más pobre.

Para evaluar estos avances en una perspectiva comparativa, la gráfica 4.7 presenta una comparación del caso de México con medidas de desigualdad (coeficientes de concentración) de la distribución del gasto público en salud en trece países.²⁷ Entre este grupo, México pasó del primer al octavo lugar en desigualdad entre 1996 y 2002, aunque las mediciones para los otros países se refieren a 1987-1995, por lo que no se puede inferir de esto la situación comparativa de México en estos años. Por otro lado, la distribución actual del gasto público en salud en México está aún muy distante de las distribuciones logradas desde principios de la década pasada por los otros países Latinoamericanos representados en esta lista, excepto Brasil, especialmente los países Colombia, así como Costa Rica y los países del Cono Sur.

Finalmente, para apreciar la enorme segmentación de los instrumentos de gasto público a favor de la salud, la gráfica 4.8 muestra en orden de creciente equidad los coeficientes de concentración correspondientes a estos instrumentos. Se incluyen, además de servicios de salud, el gasto fiscal por concepto de las exenciones del IVA al consumo de medicinas, algunos programas

²⁷ Hay que interpretar estas comparaciones con cuidado, ya que estos estudios no están estandarizados y los resultados son sensitivos a diferencias metodológicas.

de apoyo nutricional y las transferencias de Oportunidades.²⁸ Existe una distancia notable entre los instrumentos más progresivos, como Oportunidades e IMSS-Oportunidades, y los más regresivos, como los servicios de salud del ISSSTE y las exenciones fiscales, que se acercan al coeficiente de Gini del gasto privado de los hogares. Esto revela oportunidades claras para profundizar los avances en la equidad del gasto público en México en años futuros por medio de la reasignación de recursos entre los instrumentos disponibles actualmente. A esto hay que agregar la creación de esquemas nuevos, como el Seguro Popular, pero también los costos crecientes del sistema de salud para la población asegurada, asociados al sistema de pensiones de los trabajadores al servicio del IMSS e ISSSTE (este tema se retoma en la sección 6).

4. Distribución del financiamiento de la salud e incidencia del gasto público

Para estimar la distribución de los recursos para la salud totales disponibles para los hogares (financiados por medio de recursos propios y públicos) es necesario comparar la distribución del gasto público analizada en la sección anterior con la distribución de su financiamiento y del gasto de los hogares en bienes y servicios de salud adquiridos privadamente. La tabla 5.1 distingue tres fuentes principales de financiamiento del gasto en salud: a) gasto privado (casi en su totalidad "de bolsillo"), b) impuestos generales (ISR a personas físicas, IVA, IEPS, Tenencia, ISAN), y c) contribuciones de los trabajadores y patrones a la seguridad social (IMSS).²⁹ Para asegurar la consistencia entre los montos del gasto público e impuestos obtenidos de la Cuenta Pública y el gasto privado de los hogares reportado en la ENIGH 2002, éste último se ajusta al nivel correspondiente reportado en la Cuenta de Hogares del Sistema de Cuentas Nacionales para 2002. De la misma forma, se ajusta el ingreso corriente disponible del hogar que se utiliza como referencia en las estimaciones de incidencia. Dado el nivel de subreporte del gasto e ingreso de los hogares en la ENIGH, en relación a Cuentas Nacionales (del orden de 50%), en ausencia de este ajuste se sobreestimaría la participación del gasto público dentro del gasto total en salud, y así el impacto redistributivo de estos recursos. Así ajustados, el gasto total en salud representa 6.5% del ingreso de los hogares, y aproximadamente la mitad corresponde a gasto público.

²⁸ Estas transferencias incluyen papillas nutricionales y están condicionadas, en parte, al uso de servicios de salud y participación en pláticas educativas de salud.

²⁹ La distribución entre hogares de la carga de estos impuestos se toma de SHCP (2004). Suponemos que las contribuciones de los patrones a la seguridad social inciden finalmente en su totalidad en los trabajadores. También suponemos que el gasto público en salud no financiado por medio de estas contribuciones se financia en su totalidad por medio de los impuestos generales considerados (es decir, ignoramos los ingresos no tributarios).

Se comprueba que los tres rubros de financiamiento son altamente progresivos en términos absolutos (pagan más los más ricos), aunque el gasto privado es ligeramente regresivo en términos de su incidencia relativa. Dada la progresividad relativa de los impuestos y contribuciones a la seguridad social, el financiamiento total de la salud presenta una incidencia casi neutral (aunque la contribución del primer quintil es ligeramente superior a la de los demás).

Por otro lado, como se observó en la sección anterior, la distribución del gasto público es prácticamente neutral en términos absolutos, por lo que resulta altamente progresiva en términos relativos (obtienen más recursos, como proporción de su ingreso, los más pobres). El impacto redistributivo de estos recursos en 2002 es notable, ya que se reduce el coeficiente de concentración del gasto en salud casi a la mitad al pasar del gasto privado (0.44) al gasto (bruto) total en salud (0.24). Más notable aún es observar que cuando se considera el gasto total neto de impuestos y contribuciones a la seguridad social desaparece por completo la regresividad absoluta del gasto en salud, y este se vuelve de hecho progresivo, ya que la participación del decil más rico se reduce de 36% a 1.6%.

Este resultado parece contraintuitivo, pero sólo requiere de algún cuidado en su interpretación. Se deriva de que la contribución que hace el decil más rico al financiamiento del gasto público en salud (3.7% de su ingreso) es superior a su gasto privado en salud (3%) y casi equivalente a su gasto bruto total (3.8%). Esto no significa, por supuesto, que el 10% más rico enfrente un problema de pobreza en los recursos disponibles (después de impuestos) para acceder a bienes y servicios de salud, ya que el costo de oportunidad de su contribución neta al financiamiento de la salud pública no está definido en términos de su gasto observado en salud, sino de su considerable capacidad de gasto total. Para evitar confusiones, a continuación se utiliza exclusivamente la incidencia bruta del gasto público en salud.

La gráfica 5.1 muestra el impacto de este gasto en la distribución de los recursos ejercidos por los hogares en bienes y servicios de salud. El gasto público tiene un impacto especialmente importante para los primeros nueve deciles, incrementando en promedio el gasto ejercido en salud en estos deciles en 178%, mientras que para el décimo decil sólo se incrementa en 25%. A pesar de esto, persiste una brecha notable en los recursos ejercidos para la salud entre estos dos grupos poblacionales.

Para evaluar este impacto en términos comparativos, se presentan coeficientes de concentración del gasto en salud antes (gasto privado) y después (gasto bruto total) de las transferencias públicas en servicios de salud para los trece países representados en la gráfica 5.7.³⁰ Se observa que en Argentina y Costa Rica la desigualdad en recursos ejercidos en salud casi desaparece por el

³⁰ Para obtener estas estimaciones suponemos que la distribución de la capacidad de gasto privado en salud está dada por el coeficiente de Gini del ingreso (tomado de *World Development Indicators*, Banco Mundial) y tomamos la proporción del gasto público en el gasto total en salud de OMS (2000).

peso relativo y equidad del gasto público en salud. En otros países, como Mongolia y Bulgaria, se logran niveles bajos de desigualdad en recursos totales para la salud a pesar de que el gasto público es regresivo en términos absolutos (gráfica 5.7), gracias a los bajos niveles de desigualdad en la distribución del ingreso original (antes del gasto público). México y Brasil aparecen como los países con mayor desigualdad en los recursos totales de salud.

La distancia de México frente a casos como Chile y Colombia, que presentan, de hecho, mayores niveles de desigualdad original, se explica por el nivel y equidad del gasto en salud pública. Esto se puede apreciar en la tabla 5.2 que compara los países de la región en términos de tres indicadores de capacidad redistributiva del gasto público en salud: impacto redistributivo (reducción porcentual en la desigualdad de los recursos ejercidos en salud), esfuerzo redistributivo (gasto público en salud/gasto privado total de los hogares), y eficiencia redistributiva (impacto/gasto público en salud como proporción del PIB). Entre los ocho países incluidos, México presenta el segundo impacto redistributivo más bajo. Esto se explica por niveles comparativamente bajos tanto en la equidad del gasto como, especialmente, en esfuerzo presupuestal

Finalmente, para evaluar la capacidad redistributiva del gasto público en salud es necesario tomar en cuenta el esfuerzo y eficiencia redistributiva no sólo en relación a la distribución de la capacidad de gasto original de los hogares, sino a la distribución de las necesidades objetivas en salud que enfrentan los hogares. La gráfica 5.3 compara las curvas de concentración de recursos y necesidades de salud, representadas en este caso por la población infantil con baja talla/edad. Se observa el impacto del gasto público en el acercamiento de la curva de concentración del gasto (bruto) total en salud—en comparación a la curva de los recursos privados—a la línea de perfecta igualdad. Sin embargo, persiste una brecha amplia entre esta curva y la curva de concentración de las necesidades de salud. Ésta es una referencia ideal relevante ya que la coincidencia entre las dos curvas implicaría una distribución de los recursos totales ejercidos en salud proporcional a la distribución de necesidades básicas objetivas de salud. Se puede ver que los servicios para la población de la SS se acercan más a esta referencia de óptima progresividad, y los servicios de IMSS-Oportunidades prácticamente la alcanzan.³¹

5. Desigualdad en la calidad de los servicios públicos

Una limitación general del análisis sobre la distribución e incidencia del gasto público en salud presentado en las dos secciones anteriores es la valoración de

³¹ De hecho estos últimos rebasan la norma para los deciles más pobres. Esto puede interpretarse como una mayor sensibilidad a las brechas de salud más profundas, como en el caso de la brecha cuadrática en la medición de la pobreza.

los servicios públicos recibidos por los hogares en función del costo promedio de provisión. Ésta es la práctica más común en los estudios de análisis de incidencia de beneficios, pero es evidente que el costo de provisión puede diferir significativamente (en cualquier dirección) del valor de mercado de los servicios obtenidos, dependiendo de la importancia relativa de fallas de mercado y fallas de gobierno en la provisión de estos servicios.³² En el caso de campañas nacionales de vacunación, por ejemplo, el sistema público de salud ofrece ventajas claras por la externalidad global que implican las enfermedades infecciosas y las economías de escala en campañas de información, así como en la compra y distribución final de los insumos. En el caso de servicios de salud con beneficios principalmente privados, y con un margen amplio posible en calidad y una oferta relativamente intensiva en trabajo y tecnología, por otro lado, un sector privado competitivo y efectivamente regulado podría tener ventajas comparativas frente a la provisión pública en ausencia de mecanismos adecuados de rendición de cuentas, libertad de elección para los usuarios, y/o niveles de financiamiento que respondan a la demanda y los resultados.

Una limitación adicional del análisis anterior es que utiliza el costo promedio por usuario, dentro de cada institución proveedora, sin diferenciar por tipo o calidad de servicios recibidos. El supuesto implícito es que estas diferencias no están correlacionadas en forma sistemática con el nivel económico de los hogares. Sin embargo, como ya se mencionó, el análisis sobreestimaría (subestimaría) la progresividad (regresividad) del gasto público en salud si los hogares más ricos tienden a utilizar tipos de servicio más caros y/o servicios de mejor calidad.

La primera hipótesis parece probable, como ya se ha visto. Es más regresivo el uso de servicios hospitalarios que el de servicios primarios en el sistema público de salud (tablas 6.2 y 6.3), y es más regresivo aún el uso de los servicios especializados de los Institutos Nacionales de Salud (gráfica 6.2). Los más pobres, especialmente en áreas rurales, tienen un acceso limitado a servicios especializados y de tercer nivel, y es más probable que los más ricos recurran al sistema de salud pública cuando enfrentan intervenciones costosas, que no para obtener vacunas o consultas generales.

La distribución desigual en la calidad de los servicios dentro de las instituciones públicas de salud también parece probable, pero es más difícil de verificar. La gráfica 6.1 presenta la proporción de usuarios, en cada quintil, que reportan mala o muy mala calidad de servicios de salud recibidos según la ENSA. Los usuarios de servicios para la población no asegurada reportan menos insatisfacción que los usuarios de servicios para la población

³² Para algunas otras limitaciones del AIB tradicional ver Van de Walle and Nead (1995), Van de Walle (1998), Lanlouw and Ravallion (1999), Ajwad and Wodon (2001), y Bourguignon, *et al.* (2002). Estos desarrollos incluyen estimaciones de la utilidad recibida o disposición a pagar de los beneficiarios, efectos de cambio en el comportamiento de los hogares y efectos de equilibrio general, y análisis de incidencia marginal.

asegurada, a pesar de que, como ya se observó, a) los primeros son utilizados con mayor frecuencia por poblaciones más pobres, y b) éstos reciben en promedio un nivel menor de financiamiento público. También se observó que dentro de cada institución la proporción de usuarios insatisfechos tiende a aumentar con el nivel de ingreso. Como en el caso de la salud autorreportada, estas percepciones reflejan, sin duda, diferencias en expectativas e información, más que en la calidad objetiva de los servicios.³³

La ENIGH 2002 reporta bienes y servicios de salud desagregados en 77 categorías, pero no existe información administrativa equivalente sobre los costos de provisión de estos servicios en las instituciones públicas de salud para hacer una valoración más precisa de los beneficios recibidos por los hogares. La ENIGH y la ENSA tampoco reportan información sobre la calidad objetiva de los servicios recibidos.³⁴ Sin embargo, la ENIGH sí incluye información relevante para una aproximación indirecta a los dos temas, y de hecho, ofrece dos formas alternativas para hacerlo.

El primer método utiliza precios implícitos, obtenidos de la información que reportan los hogares en la ENIGH sobre gasto monetario y montos de bienes y servicios de salud adquiridos en el mercado. Esto permite obtener, para cada tipo de bien, precios promedio para la población en su conjunto, pero también precios promedio para cada decil poblacional. Dado que estos precios resultan crecientes en el nivel de ingreso, tentativamente se pueden interpretar como precios de bienes de creciente calidad. Finalmente, se utilizan estos precios implícitos para valorar el uso de los servicios públicos. Esto no supone costos absolutos comparables en el sector público y privado, pero sí una estructura comparable de costos relativos.

En la tabla 6.1 se presenta la distribución del gasto público en salud bajo tres supuestos sobre costos por tipo de atención: no diferenciados, diferenciados por (costo promedio de cada) tipo, y diferenciados por (costo promedio de cada) tipo y decil. Se encuentra que la distribución varía sólo marginalmente cuando introducimos costos diferenciados por tipo de servicio, pero la regresividad (progresividad) del gasto aumenta notablemente cuando se introducen precios diferenciados por decil.

La segunda fuente de información relevante para analizar estas diferencias es el ingreso/gasto no monetario que reportan los hogares en la ENIGH por concepto de bienes y servicios de salud adquiridos en instituciones públicas (pagos y regalos en especie). El valor monetario de estos recursos en esta fuente se obtiene de una pregunta sobre la disponibilidad de pago de los beneficiarios. Una limitación de esta información es que los hogares pueden reportar una valoración subjetiva alejada del valor de mercado de los bienes y

³³ Los usuarios de los servicios de las instituciones de seguridad social asumen estos beneficios como un derecho laboral pagado por sus contribuciones.

³⁴ Información sobre calidad de los insumos estará disponible en el módulo comunitario (referenciado a los hogares) de la ENNVH 2002.

servicios recibidos. Dada la importancia relativa de la oferta pública en el acceso a servicios de salud para las poblaciones más pobres (gráfica 6.1), es probable que la penetración de los mercados y la disponibilidad de la información relevantes, sea especialmente limitada para las poblaciones más pobres, especialmente en el sector rural.

La tabla 6.2 desglosa el gasto monetario y no monetario en salud reportado por los hogares, por lugar de adquisición. El componente no monetario representa 44% de todo el gasto en salud reportado en esta fuente, pero sólo para 40% de este gasto no monetario se identifica el lugar de adquisición. De estos recursos, 87% corresponde a instituciones públicas.³⁵ Sin embargo, los recursos reportados representan una fracción muy pequeña del gasto público ejercido por estas instituciones: 14.3% para el ISSSTE, 10.5% para el IMSS y apenas 4% para la Secretaría de Salud (SS). Aún si se supone que el 60% del ingreso no monetario en salud cuyo origen no se identifica representa servicios públicos en su totalidad, la suma de estos recursos con los anteriores equivale apenas a una cuarta parte del gasto público en salud.

El ingreso no monetario promedio reportado por usuario por los beneficios recibidos de estas instituciones, es significativamente mayor para los deciles más ricos (en particular el décimo) que para los más pobres (tabla 6.3). Esto refleja, en parte, un uso más intensivo de los servicios de mayor costo (como hospitalización y consulta médica especializada) por parte de los hogares más ricos, pero también una brecha más amplia en la valoración de los servicios entre pobres y ricos, precisamente en el caso de estos últimos servicios (gráfica 6.2). Esta observación podría interpretarse una vez más como un acceso a servicios de mayor calidad objetiva para los más ricos, pero también como un mejor conocimiento del valor de mercado de estos servicios.³⁶

Finalmente, la gráfica 6.3 compara la distribución de beneficios por servicios de salud por uso y por ingreso no monetario reportados en la ENIGH 2002 para las dos instituciones de salud pública con mayor número de usuarios. Se observa que la distribución, en ambos casos, presenta una tendencia general similar, y mientras la participación basada en la valoración autorreportada es más alta para el quintil más rico en el caso del IMSS, lo es para el quintil más pobre en el caso de la SS. La discusión anterior sugiere que el primer caso

³⁵ Prácticamente todo el gasto reportado por los usuarios de los servicios de salud de las instituciones de seguridad social es en especie, pero una parte importante del gasto reportado por usuarios de los servicios para la población no asegurada (SS) es monetario. Dado que los copagos legales por el uso de los servicios de la SS son modestos, esto puede reflejar el cobro de copagos informales y, especialmente, la necesidad de adquirir medicinas y otros insumos en el sector privado para eventos de salud atendidos en la SS, en contraste con el caso de las instituciones de seguridad social que proveen muchos de estos insumos.

³⁶ El gasto en educación ofrece un ejemplo más dramático de este problema de información. El valor total del gasto no monetario que los hogares reportan en la ENIGH 2002 por bienes y servicios educativos obtenidos del sector público representa apenas 0.1% del gasto público en educación. El valor reportado por concepto de servicios educativos obtenidos del sector público—el componente más importante de todo el gasto público en México, y prácticamente la única fuente relevante de estos servicios para la gran mayoría de la población—es menor al valor reportado del gasto no monetario de origen público por concepto de libros escolares, para los cuales presumiblemente los hogares están mejor familiarizados con la oferta privada.

podría reflejar un mejor acceso a la información, mientras que el segundo podría reflejar diferencias en expectativas.

En conjunto, la evidencia indirecta que ofrece la ENIGH sobre la distribución de servicios de salud en función de su costo y calidad sugiere que el análisis de las secciones anteriores subestima (sobrestima) la regresividad (progresividad) de los recursos públicos para la salud.

6. Conclusiones

Este capítulo ha analizado la evidencia para México sobre la desigualdad de la salud y los recursos públicos y privados que están disponibles para que los hogares puedan acceder a la salud, medidas en función de las condiciones económicas de los hogares. Los resultados principales de este análisis son los siguientes:

1. La desigualdad de la salud ha sido en años recientes resaltada como un tema prioritario en la agenda académica y de las políticas públicas en México, así como que en el ámbito internacional. Sin embargo, se identificaron limitaciones importantes en la información y estudios disponibles sobre el tema, que no permiten responder con claridad aún a la pregunta comparativa más elemental: ¿es México un país de alta, media o baja desigualdad en salud y recursos para la salud?
2. Para responder adecuadamente a esta pregunta, se estimaron indicadores de desigualdad en medidas objetivas de estados de salud, como mortalidad infantil y antropometría, y se evaluaron desde una perspectiva comparativa. Se encontró que la desigualdad de la salud en México se incrementa notablemente al utilizar medidas objetivas de salud y bases de datos con observaciones a nivel de los hogares. La evaluación comparativa sugiere que México presenta niveles de desigualdad relativamente altos en los indicadores de salud considerados, especialmente en la incidencia de baja talla/peso y diarrea en población infantil (0-5 años).
3. De 1996 a 2002, el gasto en salud en beneficio de la población no asegurada se incrementó en más de 100% en términos reales, aumentando su participación de un quinto a un tercio del gasto federal en salud. Sin embargo, la población no asegurada aún representa cerca de la mitad de la población nacional.

4. Existe un contraste notable entre el gasto ejercido a favor de la población no asegurada, que es altamente progresivo y pro rural, y el gasto en beneficio de la población asegurada, que es regresivo y pro urbano. Considerando programas específicos, el rango abarca desde los instrumentos de gasto más progresivos (Oportunidades e IMSS-Oportunidades) hasta los más regresivos (ISSSTE y las exenciones fiscales) operados actualmente en todo el ámbito del gasto público en México.

5. La equidad del gasto público en salud en su conjunto aumentó en forma notable entre 1996 y 2002, tanto por el crecimiento del gasto a favor de la población no asegurada, como por avances en la cobertura de los servicios para las poblaciones más pobres, especialmente en el caso de la población abierta, asociados al programa Oportunidades (originalmente Progresa) y otros programas de extensión de cobertura. La participación del quintil más pobre pasó del 8% al 15%, y la del sector rural del 20% al 28%. Casi 33% de los recursos públicos adicionales asignados al sector salud en este periodo beneficiaron al quintil más pobre.

6. A pesar de estos avances, el gasto público en salud en su conjunto era ligeramente regresivo en 2002, en contraste con el caso de otros países en la región (Colombia, Costa Rica y los países del Cono Sur). Esto es así en mayor grado en el caso del gasto en servicios hospitalarios, que es altamente regresivo aun en el caso de la SS, pero también en el caso de los servicios de atención materna.

7. A pesar de esto, dada la alta desigualdad que impera en México en el ingreso de los hogares, y así en los recursos privados disponibles para que los hogares accedan a la salud, el gasto público tiene un impacto redistributivo notable: reduce la desigualdad original de estos recursos casi a la mitad.

8. Adicionalmente, el financiamiento del gasto público en salud, principalmente por medio de impuestos directos (dado el peso relativo de las contribuciones a la seguridad social), es progresivo aun en términos relativos, por lo que su impacto neto es altamente redistributivo. (Dado que esta estimación de incidencia impositiva no considera los efectos de equilibrio general, es probable que se sobreestime la progresividad de los impuestos.)

9. Persiste, sin embargo, una brecha amplia entre la distribución de las necesidades objetivas de salud que enfrentan los hogares y la distribución de las oportunidades de salud medidas en términos de los recursos totales (públicos y privados) disponibles a los hogares para acceder a bienes y servicios de salud. Los servicios para la población abierta se acercan más a la

distribución óptima (recursos proporcionales a necesidades), y los recursos de IMSS-Oportunidades se concentran en los hogares con mayores necesidades.

10. Se evaluó desde una perspectiva comparativa el impacto redistributivo del gasto público en salud en México (reducción porcentual en la desigualdad de los recursos ejercidos en salud), en función del esfuerzo (gasto público en salud/gasto privado total de los hogares) y eficiencia redistributiva (impacto/gasto público en salud como proporción del PIB). México presentaba hacia finales de la década pasada el segundo impacto redistributivo más bajo del gasto público en salud entre ocho países analizados, por niveles comparativamente bajos tanto en la equidad de los servicios como, especialmente, en el esfuerzo presupuestal ejercido en el sector.

11. Finalmente, se presentó un análisis preliminar a partir de la información disponible sobre desigualdades en la calidad y el costo de los servicios públicos utilizados por los hogares. La evidencia sugiere una distribución regresiva de la calidad/costo, por lo que las estimaciones presentadas de la distribución de los beneficios monetarios obtenidos por los hogares por el uso de servicios públicos subestiman (sobrestiman) la regresividad (progresividad) del gasto público en salud.

A pesar de los avances notables logrados en años recientes en la equidad del gasto público en salud, los resultados anteriores revelan que persisten brechas importantes de salud básica entre pobres y ricos, así como entre la distribución de estas brechas y los recursos disponibles para que los hogares accedan a bienes y servicios de salud. Afortunadamente, estos resultados también identifican (y cuantifican) claras oportunidades para reducir la desigualdad de oportunidades de salud en México por medio del gasto público en el futuro inmediato. La comparación con el esfuerzo presupuestal y la progresividad del gasto público logrados por otros países de la región sugiere un doble margen para mejorar la equidad de la salud: aumentando los recursos públicos dedicados a la salud y mejorando la progresividad de este gasto. El primer margen se puede relajar por medio de recursos fiscales adicionales (mediante una reforma fiscal general, mejoras en la eficiencia recaudatoria del sistema tributario o impuestos específicos sobre consumos que implican riesgos a la salud) o por medio de reasignaciones, dentro del presupuesto público disponible, a favor de la salud. El segundo margen puede explotarse reasignando recursos presupuestales al interior del gasto público en salud, de los programas más regresivos hacia los más progresivos, o bien aumentando la equidad de los programas. Esto último puede lograrse, a su vez, ampliando la oferta hacia poblaciones más pobres y con mayores necesidades de salud o induciendo la demanda de estas poblaciones por medio de reducciones en los costos de participación, ampliaciones en el paquete de

insumos cubiertos, mejoras en la calidad de los servicios o transferencias condicionales a la utilización de los servicios.

El análisis presentado en este capítulo ha demostrado que existen claras oportunidades para progresar hacia un sistema más equitativo. Este progreso se inició en la década pasada y se está profundizando en la presente, con la canalización de mayores recursos a la oferta de servicios de salud en beneficio de la población no asegurada, la creación y expansión programada del Seguro Popular y la ampliación de Oportunidades, que alcanzará una cobertura de cinco millones de hogares al finalizar el año 2004. Dadas estas tendencias, es probable que la distribución del gasto público en salud que observaremos a partir de los datos del 2004 sea neutral o ligeramente progresiva, y en la segunda mitad de la década nos estemos acercando a los niveles de progresividad logrados (una década antes) en Costa Rica, Colombia y el Cono Sur.

Sin embargo, como se vio arriba, el rezago más importante de México, en relación al gasto público en salud, no está en su equidad sino en su monto, relativo al gasto privado en salud, no sólo respecto a estos últimos países, sino a casi 80% de los países del mundo (sección 1, nota 6). La tendencia histórica del esfuerzo presupuestal en este sector es menos alentadora. De los tres principales rubros del gasto social, el gasto en salud ha mostrado el crecimiento más limitado en años recientes, en contraste con el crecimiento acelerado del gasto en pensiones (tabla 7.1). Esta última comparación es relevante por dos razones. Primero, la evolución del gasto en pensiones obedece a derechos laborales adquiridos en el pasado y representa una limitación seria y creciente—en ausencia de reformas en los sistemas de pensiones de los trabajadores del estado—a la posibilidad de reasignaciones de recursos presupuestales a favor de la salud, la reasignación de recursos de los programas menos a los más equitativos dentro del sector, y aun la efectividad del gasto en salud dentro de estos programas (al reducir el margen disponible para insumos más productivos en la provisión de bienes y servicios de salud). Segundo, la distribución del gasto en pensiones está alineada, naturalmente, con la distribución del gasto en salud para la población asegurada, por lo que este gasto refuerza los componentes más regresivos del gasto en salud. Para apreciar la partición de estos recursos, no en términos sectoriales sino de las poblaciones beneficiarias, la gráfica 7.1 presenta la evolución en las últimas tres décadas del gasto por beneficiario en salud y seguridad social en conjunto.³⁷ El crecimiento ya notado en el gasto a favor de la población no asegurada se ve acompañado por un crecimiento aún mayor en el gasto por derechohabiente, mostrando una tendencia divergente desde finales de la década de los ochenta. Este crecimiento se explica en parte por

³⁷ La gráfica considera únicamente transferencias del gobierno federal a los sistemas de seguridad social, no incluye las contribuciones estatutarias de trabajadores ni patrones, incluyendo al gobierno como patrón en el caso del ISSSTE.

los costos transicionales de mediano plazo de la reforma del IMSS de 1995, y en parte por el déficit creciente del sistema de pensiones del ISSSTE.

Finalmente, hay que reconocer una limitación del análisis presentado en este capítulo. Se ha analizado en algún detalle la desigualdad de los recursos públicos y privados ejercidos por los gobiernos y los hogares en bienes y servicios de salud. El supuesto que ha motivado este enfoque es que la disponibilidad de estos recursos por parte de los hogares es determinante para los estados de salud que éstos pueden lograr. Bajo este supuesto, el impacto redistributivo del gasto público en los recursos para la salud se traduciría en un impacto redistributivo en el espacio de estados de salud. Sin embargo, estudios internacionales de corte transversal no han logrado identificar una correlación positiva significativa entre el nivel de gasto público en salud y los niveles promedio de salud que reportan los países (Filmer, *et al.* 1998). Son escasos aún los estudios sobre los determinantes de la desigualdad en estados de salud, pero un análisis preliminar de Wagstaff (2002), a partir de la base de 42 países utilizada en la sección 2, encuentra que no son determinantes importantes de esta desigualdad, sorprendentemente, ni la distribución de los recursos privados disponibles a los hogares ni la participación pública en el financiamiento de la salud.³⁸

En el caso de México, el análisis presentado ha demostrado que el gasto público en salud reduce actualmente a la mitad la desigualdad original de los recursos ejercidos por los hogares en bienes y servicios de salud. A pesar de esto, hemos comprobado también que persisten brechas amplias en estados de salud entre pobres y ricos. Dado el peso relativo que tiene el gasto público en los recursos para la salud disponibles a los más pobres, es evidente que estas brechas serían más amplias aun en ausencia de este gasto, y que su crecimiento, especialmente canalizado en los programas más progresivos a favor de la población no asegurada, tendría un impacto significativo sobre las desigualdades en estados de salud.³⁹ Existen, sin embargo, dos factores que podrían limitar la fuerza de esta correlación: a) la calidad técnica o efectividad de los servicios en relación a su costo para el erario público, y b) la importancia de otros insumos, complementarios a los bienes y servicios de salud (como estos se clasifican tradicionalmente) en la producción de la salud, como alimentación, educación, acceso a agua potable y servicios sanitarios, calidad de la vivienda, etc.

Para analizar el primer factor (más allá de los resultados reportados en la sección 5) se requiere de un estudio de costo-efectividad de los servicios públicos de salud en México. Sobre el segundo punto baste notar que la población en condiciones de pobreza alimentaria, según la medida de pobreza

³⁸Ver Bidani y Ravallion (1997) para un resultado alternativo.

³⁹Aunque las medidas del gasto y de la salud no son comparables (dado el carácter acotado de las últimas), vale la pena notar que los niveles de desigualdad en salud reportados en la sección 2 se acercan más a los niveles de desigualdad en los recursos totales ejercidos en salud después del gasto público, que a los niveles de desigualdad en el ingreso original de los hogares.

monetaria adoptada recientemente por el gobierno federal, además de no contar, por definición, con los recursos necesarios para adquirir una canasta alimentaria mínima, presenta en la última década avances poco alentadores en otros activos productivos básicos para la salud (tabla 7.2).

No es necesario esperar a la disponibilidad de una cuantificación exacta del impacto de estos factores para entender sus implicaciones prácticas. Para garantizar su efectividad en el abatimiento de las brechas de salud de los pobres, los avances necesarios en el esfuerzo presupuestal y equidad del gasto público en salud deberán estar acompañados por dos estrategias complementarias: a) políticas para asegurar niveles adecuados de eficiencia en la provisión de los servicios públicos, a partir de mecanismos efectivos de rendición de cuentas de los proveedores hacia los usuarios, y b) una concepción amplia y coordinada del gasto público a favor de la salud, basada en el reconocimiento que el abatimiento de las brechas de salud de los pobres, como de la pobreza misma, requiere de intervenciones multi-sectoriales.

Referencias

Ajwad, M. and Wodon, Q., (2001), "Marginal benefit incidence analysis using a single cross-section of data", mimeo, World Bank.

Aspe, P. and Beristáin, J. (1984), "Distribution of educative and health services", in Aspe and Sigmund, eds. 1984, *The Political Economy of Income Distribution in Mexico* (Homes and Meier).

Arzoz, J. y F.M. Knaul, (2003), "Inequidad en el gasto del gobierno en salud", en *Caleidoscopio de la Salud*, FUNSALUD.

Banco Mundial (1993), *World Development Report 1993: Investing in Health*

___ (2001), *World Development Report 2000/2001*.

___ (2003), *World Development Report 2002/2003*.

___ (2004), *Mexico Public Expenditure Review*, Report No 27894 - MX.

Barraza M., S. Bertozzi, E. González-Pier, and J.P. Gutiérrez (2002), "Addressing inequity in health and health care in Mexico", *Health Affairs*, Vol 21, No. 3.

BID (1998), *Facing Up to Inequality in Latin America*, IADB Anual Report.

Bidani, B. and Ravallion, M. (1997), "Decomposing Social Indicators using Distributional Data," *Journal of Econometrics*, 77:125-139.

Braveman, P., B. Starfield, and H. Geiger, (2001), "World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy", *British Medical Journal*, 323: p. 678-680.

Bourguignon, F., Pereira, L., and Stern, N. (2002), "Evaluating the poverty impact of economic policies: some analytical challenges", mimeo, World Bank.

Cepal (1994), "El gasto social en America Latina: un examen cuantitativo y cualitativo". *Cuadernos de la Cepal*, No. 73.

Cepal (2001), *Panorama Social de América Latina*, Cepal, ONU.

CONAPO (2001), *Índices de desarrollo humano*, 2000.

Filmer, D., Hammer, J., and Pritchett, L. (1998), "Health policy in poor countries: weak links in the chain", Policy Research Working Paper 1974, World Bank, Development Research Group.

Gakidou, E. and King, G. (2002), "Measuring total health inequality: adding individual variation to group-level differences", *International Journal for Equity in Health* 2002, 1:3

Gonzalez-Pier, E. and Parker, S. (2001), "Equity in the finance and delivery of health care: results from Mexico", in *Investment in Health: Social and Economic Returns*, Pan American Health Organization.

Lanlouw, P. and Ravallion, M. (1999), "Benefit incidence and the timing of program capture", *World Bank Economic Review*, 13,2.

Lozano R., Zurita B., Franco F., Ramírez T., Hernández P. (2001), "México: Marginality, need, and resources allocation at the county level" en *Challenging Inequities in Health. From Ethics to action*, Oxford University Press.

Lustig, N. (1989), "Magnitud e impacto del gasto público en el desarrollo social de México", *Investigación Económica* 187, 1989.

Houweling, T.A.J., A.E. Kunst, J.P. Mackenbach (2001), "World Health Report 2000: inequality index and socioeconomic inequalities in mortality", *THE LANCET*, Vol. 357, May 26, 2001.

Murray CJL, Salomon JA, Mathers CD, Lopez AD (2002), *Summary Measures of Population Health: Concepts, Ethics, Measurements and Applications*. Geneva, World Health Organization.

Murray CJL and DB Evan (2003), *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*. Geneva, World Health Organization.

OMS (2000), *World Health Report 2000: Improving Performance*.

Secretaría de Salud (2001), *Programa Nacional de Salud 2001-2006*.

Secretaría de Salud (2002), *Salud: México 2002, Información para la rendición de cuentas*. SS.

Scott, J. (2000), *Who Benefits from the State in High-Inequality, Middle-Income Countries? The Case of Mexico*, Programa de Presupuesto y Gasto Público CIDE-FORD. Junio 2000.

Scott J. (2002), "Public Spending and Inequality of Opportunities in Mexico: 1992-2000" DE-235, CIDE, por aparecer en *Public Spending and Poverty in Latin America*, Q. Wodon (ed.), World Bank.

SHCP (2004). *Distribución del pago de impuestos y recepción del gasto público por deciles de hogares y personas. Resultados para el año de 2002.*

Suárez-Berenguela, R.M. (2001), "Health systems inequalities in Latin America and the Caribbean" in *Investment in Health: Social and Economic Returns*, Pan American Health Organization.

Van de Walle, D. (1998), "Assessing the welfare impacts of public spending", *World Development*, 26(3): 365-379.

Van de Walle D. and Nead (1995), *Public spending and the poor: what we know and what we need to know*, The World Bank.

Wagstaff, A. (1999), "Inequalities in child mortality in the developing world: how large are they?, how can they be reduced?", mimeo, World Bank.

___ (2001), "Poverty and Health", Paper No. WG1: 5, CMH Working Paper Series, Commission on Macroeconomics and Health.

___ (2002), "Inequalities in health in developing countries: swimming against the tide?", mimeo, World Bank.

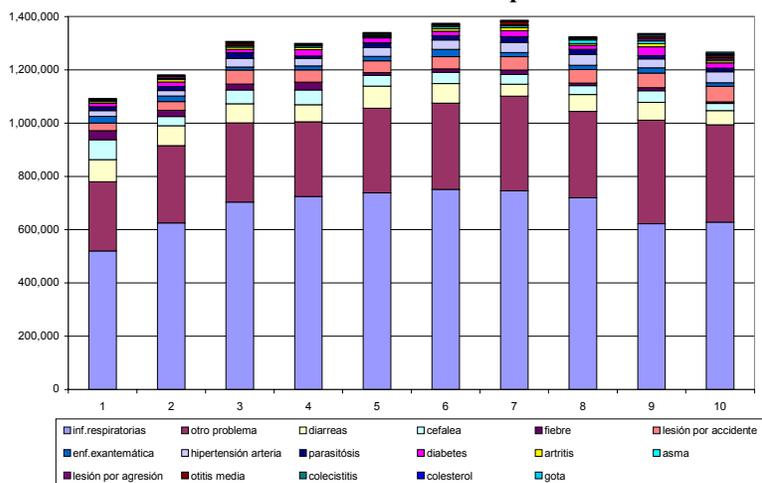
___ and E. van Doorslaer (2002), "Overall vs. Socioeconomic Health Inequality: A Measurement Framework and Two Empirical Illustrations", mimeo, World Bank.

Tablas y Gráficas

Tabla 2.1 Disponibilidad de información sobre México en estudios comparativos sobre desigualdad en salud y recursos para la salud		
	Estados de Salud	Recursos (incidencia de beneficios)
BM (Health and Poverty)*	No Disponible	No Disponible
CEPAL (1994, 2001) BID (1998, Cap. 8), BM (2000/2001, Cap. 5),	No Aplica	No Disponible (datos disponibles para mayoría LAC)
BM-OPS (EquiLAC)	Baja desigualdad: enfermedad auto reportada	No Disponible
OMS (WHR 2000)	Baja desigualdad: DHS 1987	No Aplica

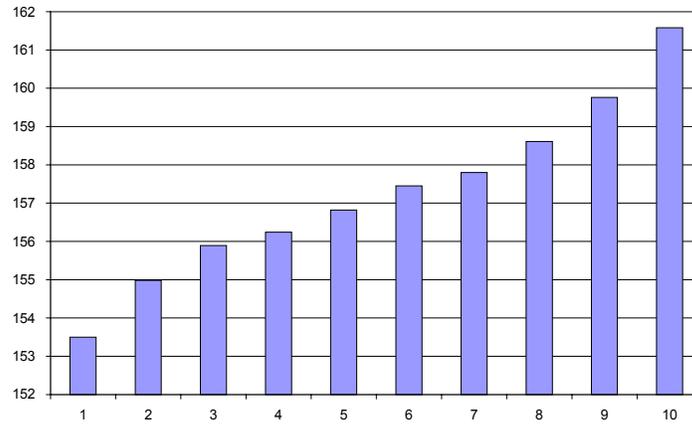
*<http://www.worldbank.org/poverty/health/index.htm>

Gráfica 3.1
Incidencia de enfermedades autorreportadas: 2000



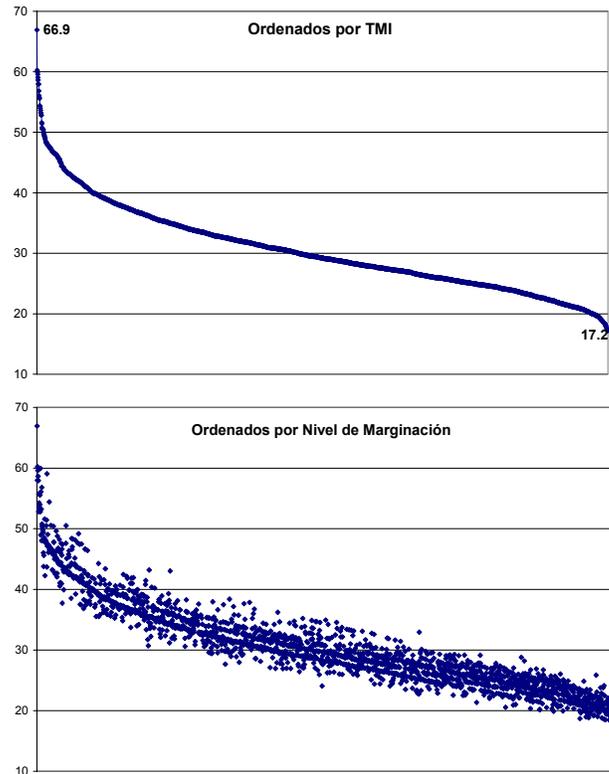
Fuente: estimación del autor a partir de ENSA (2000)

Gráfica 3.2
Talla adultos (20-64): 2000



Fuente: estimación del autor a partir de ENSA (2000), acotado a rango de 135-190 cms.

Gráfica 3.3
TMI por municipio: 2000



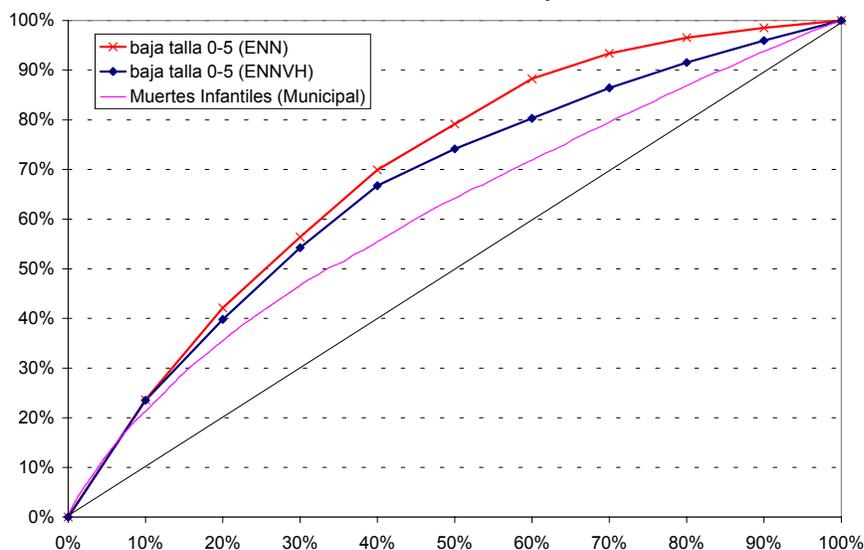
Fuente: estimación del autor a partir de base de datos de mortalidad infantil por municipio de Conapo (2001).

Tabla 3.1
Incidenia y distribución de desnutrición y mortalidad infantil

Deciles*	Baja Talla (0-5 años)**				TMI 2000	
	ENNVH 2002		ENN 1999		Incidenia	Distribución
	Incidenia	Distribución	Incidenia	Distribución		
1	27.0%	23.5%	39.1%	23.8%	38.0%	21.3%
2	18.5%	16.3%	33.7%	17.9%	31.1%	14.2%
3	18.1%	14.4%	27.0%	13.3%	27.0%	11.2%
4	15.2%	12.5%	27.6%	13.1%	23.8%	8.8%
5	9.7%	7.4%	17.8%	11.7%	22.9%	8.7%
6	8.5%	6.1%	19.9%	7.7%	21.3%	7.6%
7	10.2%	6.1%	12.9%	5.1%	20.5%	7.6%
8	7.9%	5.1%	9.2%	3.8%	20.8%	7.1%
9	7.7%	4.4%	5.8%	2.4%	20.4%	7.3%
10	9.9%	4.0%	5.3%	1.3%	19.7%	6.3%
Media	14.2%		17.7%		24.5	
Coficiente de concentración		-0.3254		-0.3871		-0.2078

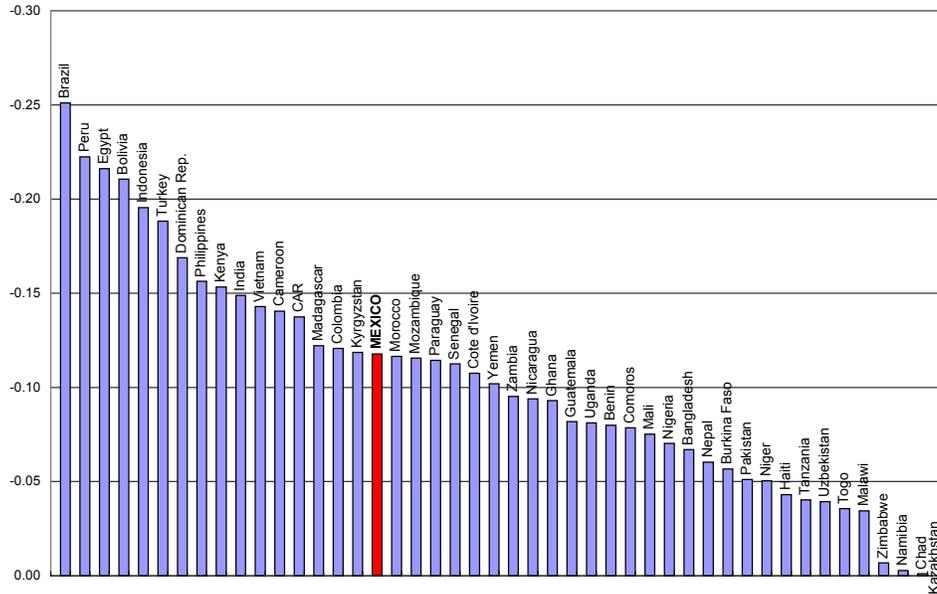
*ENNVH: deciles poblacionales ordenados por gasto per cápita,
ENN: deciles de hogares ordenados por ingreso per capita imputado por medio de la ENIGH 2000,
TMI: deciles poblacionales ordenados por nivel de marginación (índice de CONAPO)
**"Baja talla": < 2 Z-scores.
Fuente: estimación del autor a partir de ENN 1999, ENNVH 2002, y Conapo (2001).

Gráfica 3.4
Curvas de Concentración: Desnutrición y Mortalidad Infantil



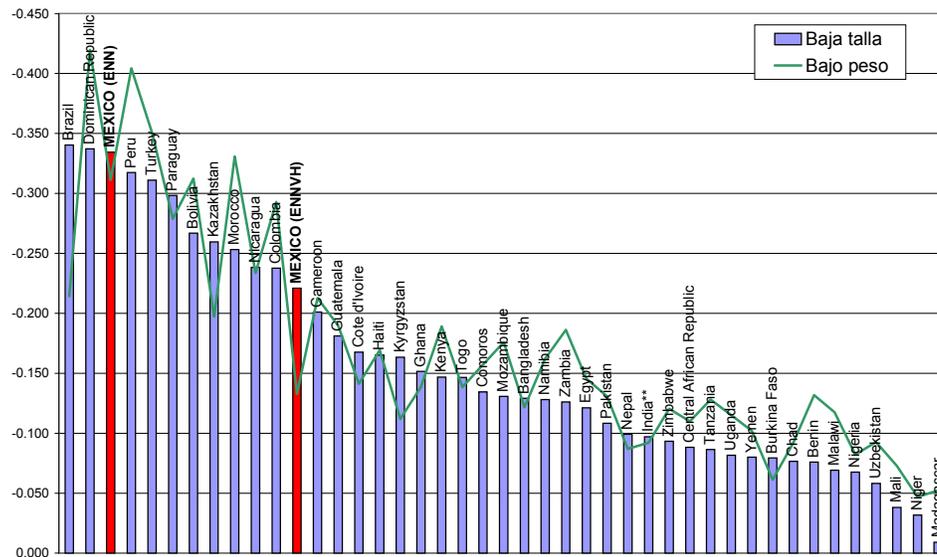
Fuente: estimación del autor a partir de ENN 1999, ENNVH 2002, y Conapo (2001).

Gráfica 3.5
Coefficiente de Concentración: Mortalidad Infantil



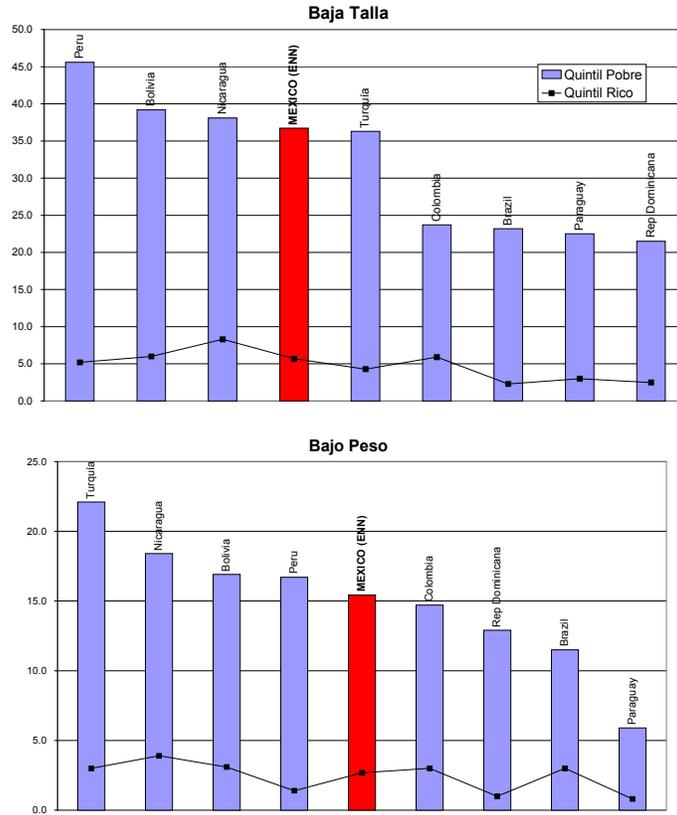
México: estimación del autor usando TMI municipales y datos de fertilidad de INEGI y CONAPO.
Otros: Banco Mundial (<http://www.worldbank.org/poverty/health/index.htm>), a partir de Demographic and Health Surveys (DHS).

Gráfica 3.6
Coefficiente de Concentración: Desnutrición (0-5)



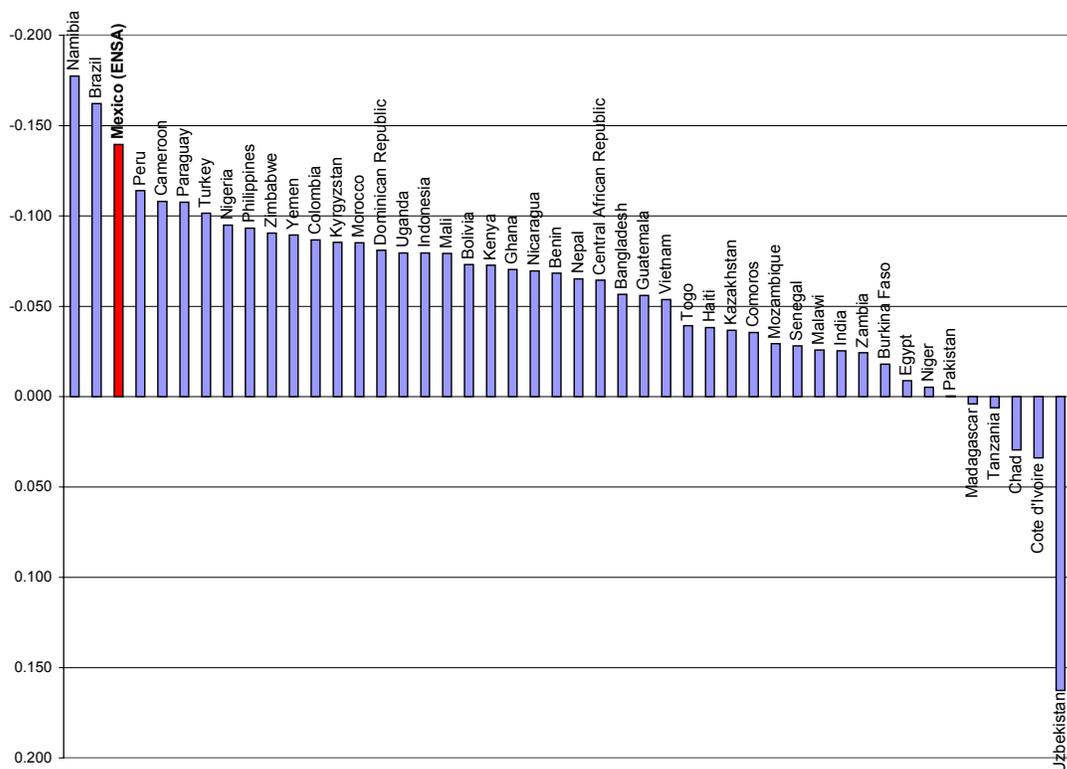
México: estimación del autor usando ENN y ENNVH.
Otros: Banco Mundial (<http://www.worldbank.org/poverty/health/index.htm>), a partir de Demographic and Health Surveys (DHS).

Gráfica 3.7
Incidencia de desnutrición: quintil más pobre y más rico



México: estimación del autor usando ENN.
 Otros: Banco Mundial (<http://www.worldbank.org/poverty/health/index.htm>), a partir de Demographic and Health Surveys (DHS).

Gráfica 3.8
Coefficiente de Concentración: Diarrea (0-5)



México: estimación del autor usando ENSA 2000.

Otros: Banco Mundial (<http://www.worldbank.org/poverty/health/index.htm>), a partir de Demographic and Health Surveys (DHS).

Año	Total	Población No asegurada		Población Asegurada		ISSSTE
		% de total	Gasto Federal y Federalizado	Total	Financiado por impuestos generales	
1996	101,762	21.5%	21,907	65,015		14,840
1998	129,876	27.8%	36,124	72,249	24,842	21,503
2000	133,136	32.8%	43,675	75,437	29,187	14,024
2002	142,451	33.4%	47,612	79,737	29,048	15,101
Cambio 1996-2002	40.0%		117.3%	22.6%		1.8%

Fuente: Poder Ejecutivo Federal (2003).

Deciles		Total					Por institución		
		Total		Por tipo de atención			No asegurada	Asegurada	
		Gasto Público Total	Contribuciones Federales al IMSS	Primaria	Materna	Hospitalaria	SS	IMSS	ISSSTE
Nacional	1	7.7%	9.6%	8.4%	4.8%	1.9%	15.9%	3.7%	0.2%
	2	7.4%	9.0%	8.0%	5.0%	1.2%	14.1%	4.2%	1.4%
	3	9.5%	11.2%	9.5%	13.0%	7.3%	16.9%	6.0%	3.2%
	4	8.6%	8.9%	8.9%	6.2%	7.6%	10.7%	8.0%	4.7%
	5	10.7%	10.8%	10.2%	10.5%	15.3%	11.1%	10.5%	6.4%
	6	10.7%	9.9%	10.4%	12.5%	16.2%	9.0%	12.5%	8.8%
	7	10.7%	9.9%	10.7%	15.7%	8.6%	7.6%	12.5%	15.3%
	8	12.2%	11.0%	12.1%	14.8%	12.3%	6.4%	14.7%	19.5%
	9	12.3%	11.2%	12.0%	12.7%	11.3%	6.3%	14.8%	19.5%
	10	10.1%	8.6%	9.9%	4.8%	18.3%	2.1%	13.2%	21.0%
Urbano	1	6.6%	8.2%	7.3%	4.8%	1.1%	17.4%	3.9%	0.6%
	2	6.8%	7.8%	6.9%	9.4%	3.1%	13.5%	5.2%	4.2%
	3	7.8%	7.7%	8.3%	7.4%	5.8%	10.4%	8.0%	4.8%
	4	9.2%	8.8%	9.4%	9.4%	15.7%	10.9%	9.7%	6.4%
	5	11.1%	10.8%	11.1%	13.4%	16.0%	12.8%	11.7%	8.9%
	6	9.5%	9.2%	9.8%	12.1%	8.4%	10.9%	9.9%	7.9%
	7	12.7%	12.0%	12.9%	21.5%	7.5%	7.3%	13.8%	21.4%
	8	10.9%	9.5%	11.6%	7.3%	13.9%	6.8%	13.3%	11.3%
	9	13.1%	11.6%	14.1%	10.7%	9.3%	7.4%	15.5%	17.0%
	10	8.2%	7.7%	8.6%	4.0%	19.2%	2.6%	9.1%	17.7%
Rural	1	4.7%	4.9%	4.6%	9.3%	0.6%	5.5%	3.9%	0.0%
	2	7.5%	8.5%	8.2%	3.2%	1.2%	10.0%	3.7%	0.0%
	3	7.0%	7.4%	7.3%	5.9%	5.1%	8.3%	5.3%	0.2%
	4	7.8%	8.5%	8.1%	8.7%	0.0%	9.6%	5.1%	3.9%
	5	9.0%	9.3%	9.4%	6.7%	5.3%	10.3%	7.5%	1.0%
	6	10.9%	11.6%	11.4%	12.2%	4.5%	12.8%	8.5%	4.8%
	7	11.0%	11.7%	10.7%	17.2%	21.2%	13.1%	8.2%	0.0%
	8	12.9%	12.4%	13.2%	8.8%	21.0%	12.8%	14.9%	0.1%
	9	12.3%	10.1%	12.6%	12.1%	15.0%	8.3%	21.1%	15.3%
	10	14.5%	12.6%	14.4%	15.9%	26.0%	9.3%	21.9%	74.6%
	Urbano	70.9%	65.6%	69.3%	80.6%	77.4%	47.9%	82.0%	93.4%
	Rural	29.1%	34.4%	30.7%	19.4%	22.6%	52.1%	18.0%	6.6%
	CC Nac	0.076	0.008	0.060	0.093	0.247	-0.243	0.218	0.430
	CC Urb	0.038	-0.033	0.088	0.036	0.213	-0.207	0.156	0.320
	CC Rur	0.136	0.084	0.158	0.167	0.467	0.058	0.342	0.770

Fuente: estimación del autor usando ENIGH (2002). En el gasto de la SS se incluye también el gasto público estatal (financiado por participaciones y recaudación local). SS, *Boletín de Información Estadística, Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*.

Tabla 4.3
Distribución del gasto público en salud por tipo de atención: primaria, materna y hospitalaria (2002)

Decil	Primaria			Materna			Hospitalaria		
	SS	IMSS	ISSSTE	SS	IMSS	ISSSTE	SS	IMSS	ISSSTE
1	17.0%	4.0%	0.2%	9.1%	2.8%	0.0%	4.5%	0.4%	0.0%
2	15.0%	4.5%	1.5%	9.6%	2.8%	0.0%	2.3%	0.8%	0.0%
3	16.7%	5.6%	3.4%	19.6%	11.0%	0.0%	10.6%	6.3%	0.0%
4	10.9%	8.2%	4.7%	9.1%	5.1%	1.3%	8.5%	6.8%	9.3%
5	10.7%	10.5%	6.6%	10.7%	11.3%	5.1%	27.7%	9.3%	1.4%
6	8.3%	12.2%	8.9%	14.2%	13.7%	0.0%	12.2%	19.2%	15.5%
7	6.9%	12.3%	15.6%	12.0%	17.1%	22.1%	12.7%	7.4%	0.1%
8	6.2%	14.8%	19.0%	6.3%	14.3%	48.4%	13.6%	12.0%	8.9%
9	6.0%	14.8%	19.3%	8.5%	16.3%	9.3%	6.5%	10.5%	33.0%
10	2.2%	13.2%	20.9%	0.8%	5.8%	13.7%	1.3%	27.5%	31.9%
CC	-0.263	0.216	0.425	-0.136	0.177	0.489	0.013	0.352	0.548

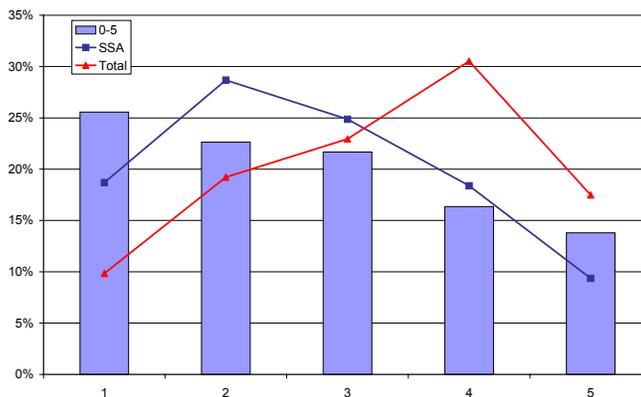
Fuente: estimación del autor usando ENIGH (2002). En el gasto de la SS se incluye también el gasto público estatal (financiado por participaciones y recaudación local). SS, *Boletín de Información Estadística, Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*.

Gráfica 4.1
Distribución de usuarios de servicios de salud pública: 2000/2002



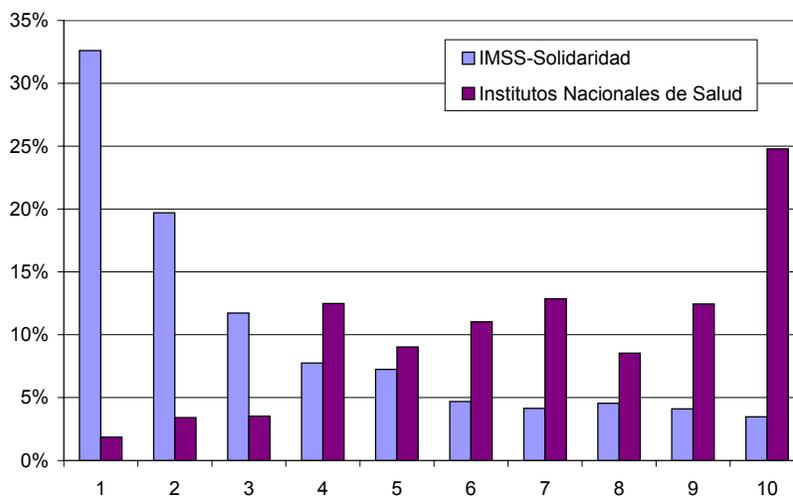
Fuente: estimación del autor usando ENSA 2000, ENIGH 2002

Gráfica 4.3
Distribución de usuarios de servicios de salud pública materna y de la población infantil (0-5 años) en 2002: servicios para la población no asegurada (SSA) y servicios públicos en conjunto (Total)



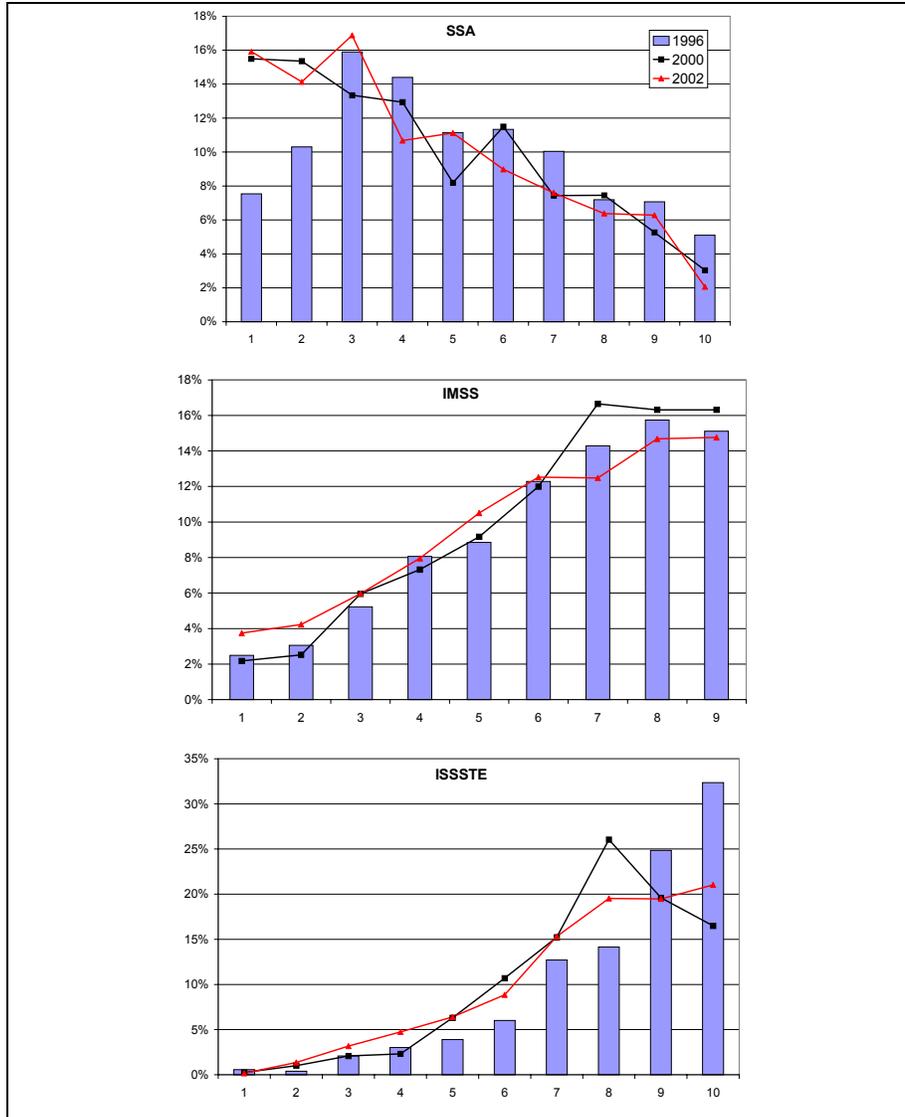
Fuente: estimación del autor usando ENIGH 2002

Gráfica 4.2
Distribución de usuarios de servicios de salud pública: IMSS-Solidaridad e Institutos Nacionales de Salud



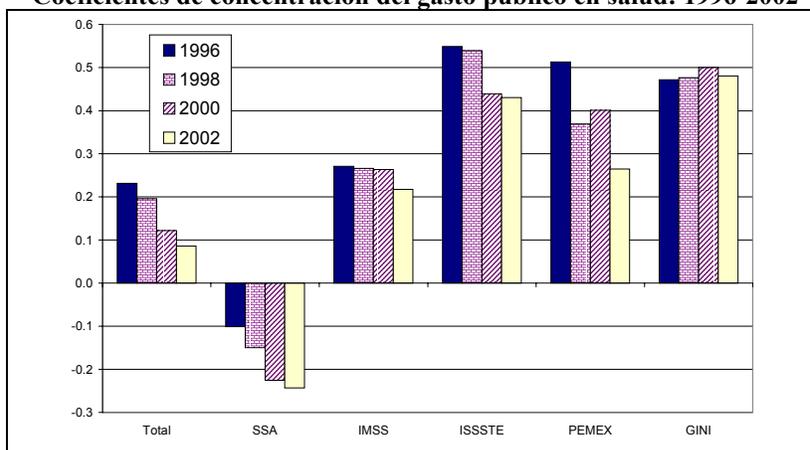
Fuente: estimación del autor usando ENSA 2000

Gráfica 4.4
Evolución de la distribución de usuarios de servicios: 1996-2002



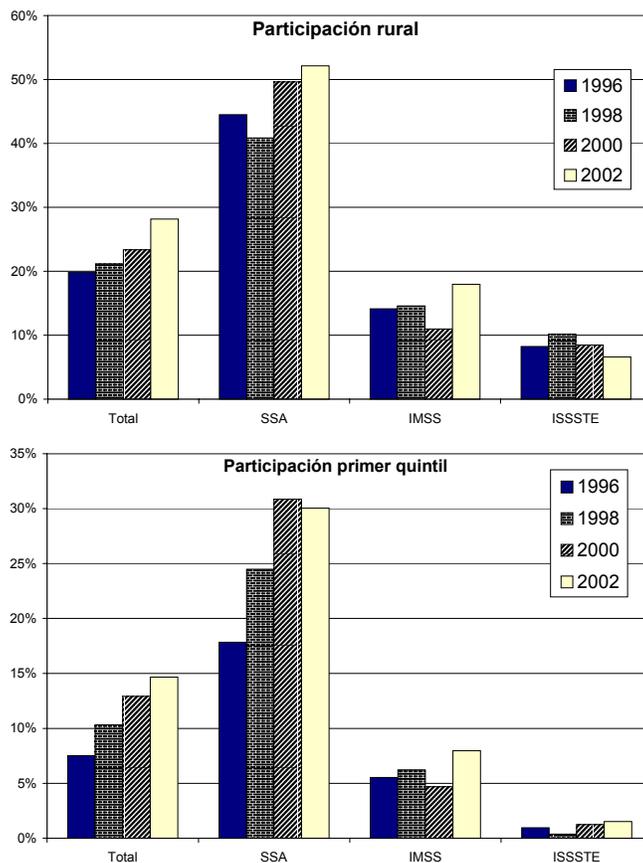
Fuente: estimación del autor usando ENIGH 1996, 2000, 2002.

Gráfica 4.5
Coefficientes de concentración del gasto público en salud: 1996-2002



Fuente: estimación del autor usando ENIGH 2002.

Gráfica 4.6
Participación del sector rural y primer quintil en el gasto público en salud

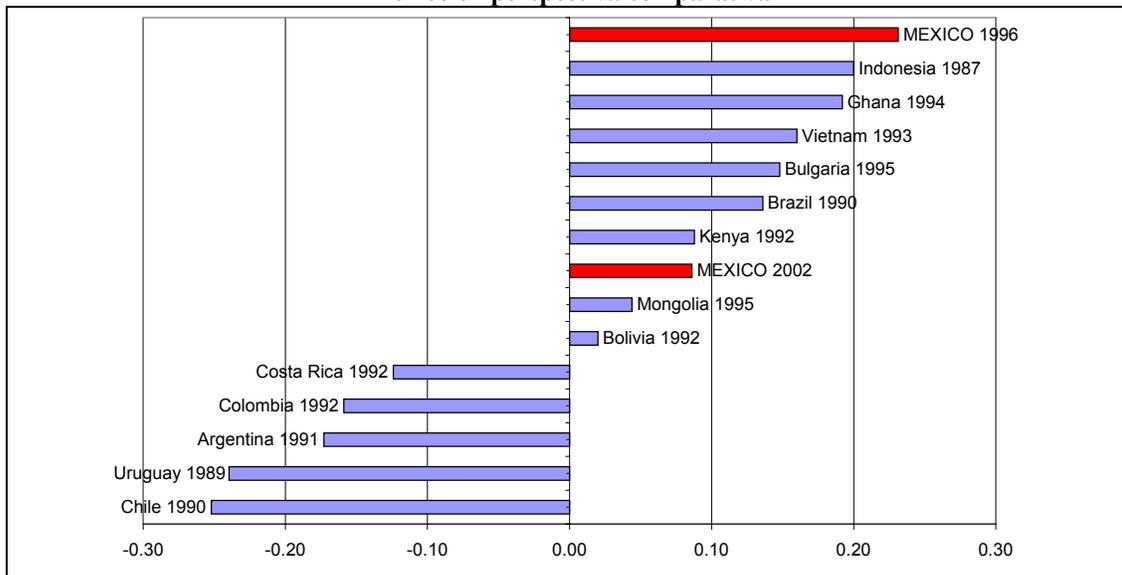


Fuente: estimación del autor usando ENIGH 1996, 2000, 2002.

		Deciles	Total	SS	IMSS	ISSSTE*
Cambio en participación en el gasto (puntos porcentuales)	1		4.1%	8.4%	1.3%	-0.4%
	2		3.0%	3.8%	1.2%	1.0%
	3		2.3%	1.0%	0.7%	1.1%
	4		-0.2%	-3.7%	-0.1%	1.7%
	5		1.7%	0.0%	1.7%	2.5%
	6		-0.2%	-2.3%	0.2%	2.8%
	7		-2.0%	-2.4%	-1.8%	2.6%
	8		-1.2%	-0.8%	-1.1%	5.4%
	9		-2.4%	-0.8%	-0.4%	-5.4%
	10		-5.1%	-3.0%	-1.7%	-11.3%
		Urbano		-8.4%	-7.6%	-3.8%
	Rural		8.4%	7.6%	3.8%	-1.6%
Distribución de adiciones al gasto público	1		17.8%	23.0%	9.3%	
	2		14.8%	17.4%	9.4%	
	3		15.0%	17.7%	9.3%	
	4		8.1%	7.5%	7.5%	
	5		14.4%	11.1%	17.8%	
	6		10.4%	7.0%	13.6%	
	7		6.2%	5.5%	4.5%	
	8		9.3%	5.7%	10.0%	
	9		6.5%	5.6%	13.2%	
	10		-2.4%	-0.5%	5.4%	
		Urbano		50.9%	41.3%	65.0%
	Rural		49.1%	58.7%	35.0%	

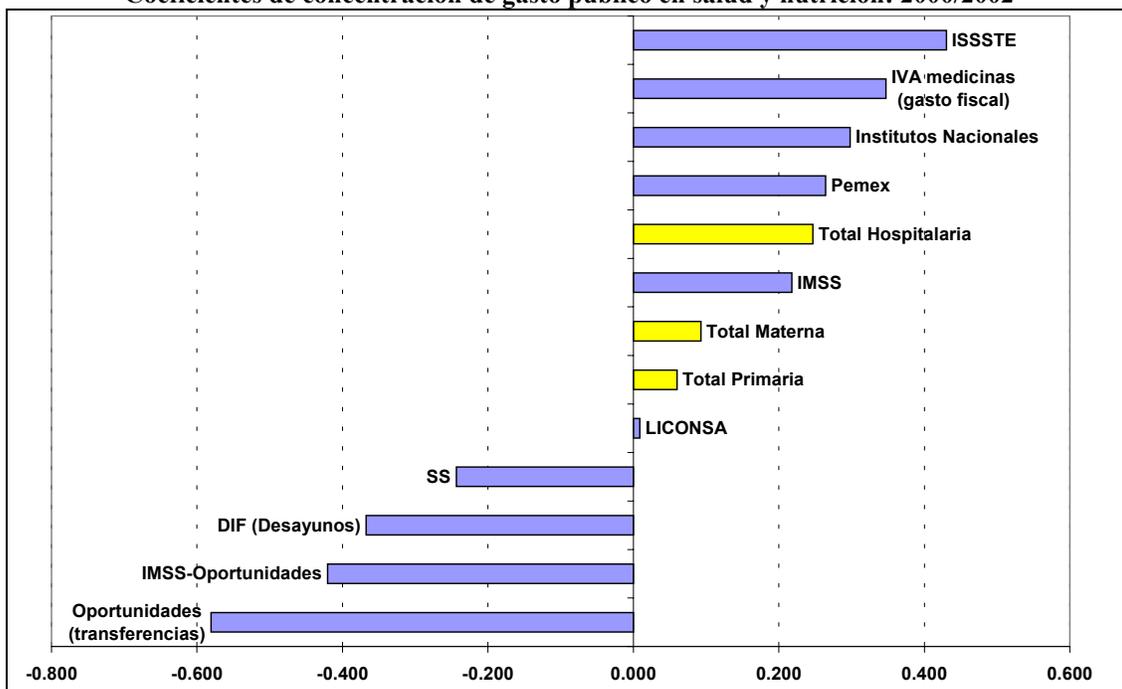
Fuente: estimación del autor usando ENIGH 1996, 2000, 2002. *el gasto público en ISSSTE no creció en términos reales

Gráfica 4.7
Coefficientes de concentración del gasto público en salud:
México en perspectiva comparativa



Fuentes: México: estimación del autor usando ENIGH 1996-2002, Otros: Anexo, tabla A1,

Gráfica 4.8
Coefficientes de concentración de gasto público en salud y nutrición: 2000/2002



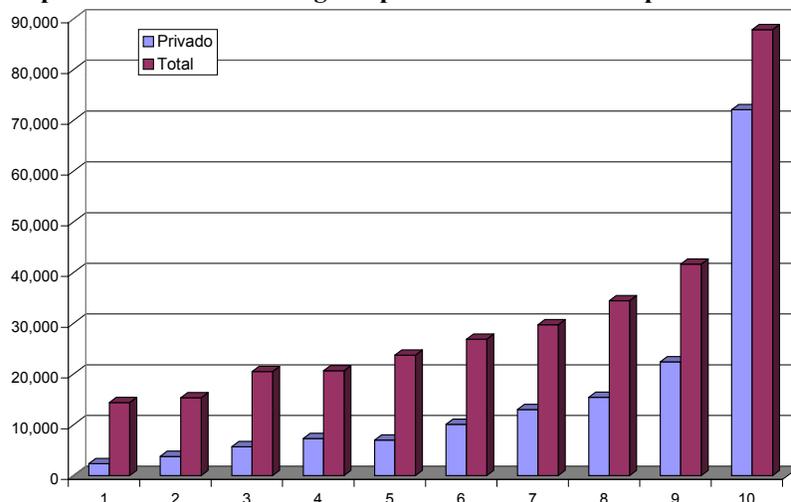
Fuente: estimación del autor usando ENIGH 2002, ENSA 2000 (IMSS-Oportunidades, Institutos Nacionales)

Tabla 5.1 Distribución e incidencia del financiamiento y gasto en salud: 2002								
	Deciles	Financiamiento				Gasto Público	Gasto Total	
		Total	Gasto Privado	Impuestos Generales	Contribuciones a la Seguridad Social		Bruto	Neto
	Millones de pesos	315,032	159,086	88,728	67,218	155,946	315,032	159,086
Distribución	1	1.7%	2.6%	0.5%	1.3%	8.8%	5.7%	10.4%
	2	2.9%	4.2%	1.3%	1.8%	8.3%	6.2%	10.8%
	3	3.1%	3.9%	2.2%	2.4%	10.1%	6.9%	11.5%
	4	4.1%	4.9%	3.0%	3.4%	9.4%	7.2%	11.1%
	5	4.6%	4.9%	4.0%	4.8%	9.3%	7.1%	9.8%
	6	7.1%	8.3%	5.5%	6.3%	10.8%	9.5%	13.1%
	7	8.2%	8.3%	7.6%	8.9%	10.9%	9.6%	11.0%
	8	10.3%	9.4%	10.6%	12.1%	11.6%	10.5%	9.8%
	9	17.4%	17.1%	16.5%	19.1%	11.3%	14.3%	11.0%
	10	40.7%	36.5%	48.8%	39.9%	9.4%	23.1%	1.6%
	CC	0.503	0.437	0.599	0.535	0.041	0.241	-0.083
Incidencia*	1	7.4%	5.7%	0.6%	1.2%	18.8%	24.5%	17.0%
	2	7.2%	5.3%	1.0%	1.0%	10.3%	15.6%	8.4%
	3	5.7%	3.6%	1.1%	1.0%	9.2%	12.9%	7.2%
	4	5.8%	3.6%	1.2%	1.1%	6.7%	10.3%	4.5%
	5	5.4%	2.9%	1.3%	1.2%	5.3%	8.2%	2.8%
	6	6.6%	3.9%	1.4%	1.3%	5.0%	8.9%	2.3%
	7	6.2%	3.1%	1.6%	1.4%	4.1%	7.2%	1.0%
	8	6.0%	2.8%	1.7%	1.5%	3.3%	6.1%	0.1%
	9	7.0%	3.5%	1.9%	1.7%	2.3%	5.8%	-1.3%
	10	6.7%	3.0%	2.3%	1.4%	0.8%	3.8%	-2.9%
	Promedio	6.5%	3.3%	1.8%	1.4%	3.2%	6.5%	3.3%

Fuente: Estimación del autor a partir de ENIGH 2002 (gasto de bolsillo y gasto público, ver arriba, sección 3), y SHCP (2004), donde se estima la distribución de impuestos y contribuciones a la seguridad social a partir de esta misma fuente. Montos totales del financiamiento público: *Tercer Informe de Gobierno*, Poder Ejecutivo Federal, 2003.

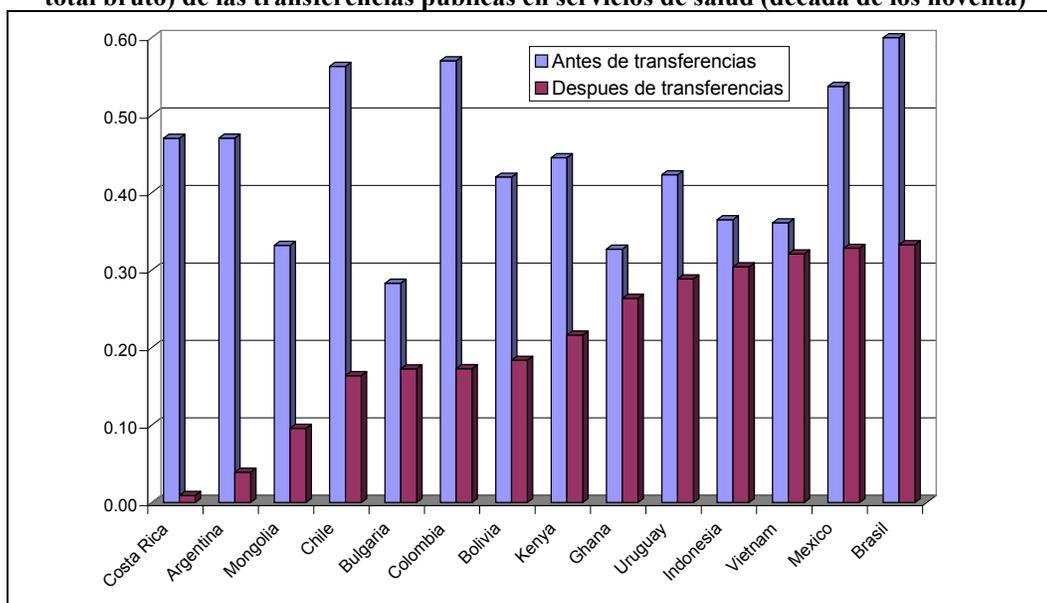
* % ingreso corriente disponible del hogar.

Gráfica 5.1
Impacto redistributivo del gasto público en los recursos para la salud



Fuente: estimación del autor usando ENIGH 2002

Gráfica 5.2
Coefficientes de concentración del gasto en salud antes (gasto privado) y después (gasto total bruto) de las transferencias públicas en servicios de salud (década de los noventa)



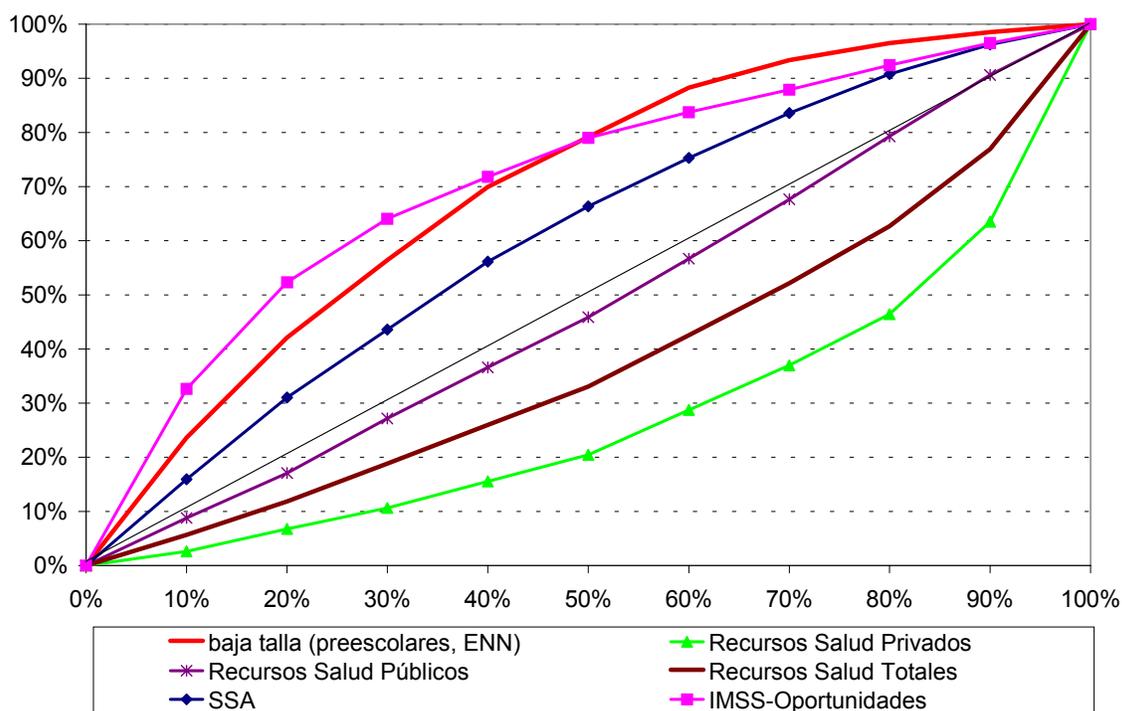
Fuente: México: estimación del autor usando ENIGH 1998; Otros: Anexo, tabla A1.

Nota: Para mayor comparabilidad con los datos de los otros países el coeficiente para México corresponde a datos de 1998, por lo que no coincide con el coeficiente presentado en las tablas 4.1, que se refiere al 2002.

	Impacto	Esfuerzo	Eficiencia
Costa Rica	100%	100%	85%
Argentina	94%	63%	100%
Chile	72%	43%	100%
Colombia	71%	70%	82%
Bolivia	57%	42%	56%
Brasil	45%	48%	66%
México	40%	32%	63%
Uruguay	32%	26%	98%

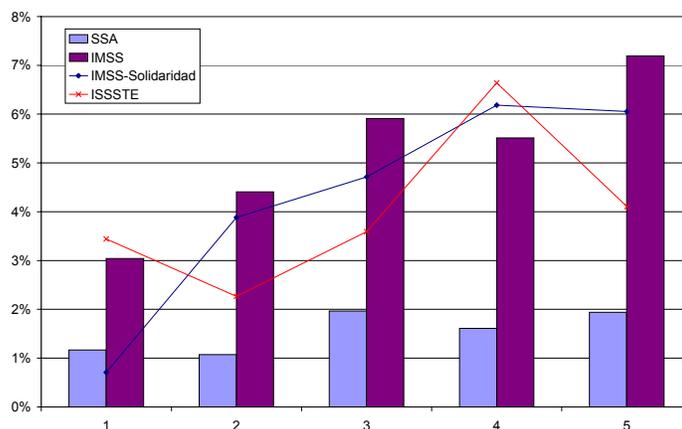
**Impacto*: reducción porcentual de la desigualdad en los recursos ejercidos en salud
Esfuerzo: gasto público en salud/gasto privado total de los hogares
Eficiencia: Impacto/(gasto público en salud como proporción del PIB)
 Fuente: México: estimación del autor usando ENIGH 1998; Otros: Anexo, tabla A1.

Gráfica 5.3
Desigualdad en salud y recursos para la salud: 1999/2002
Curvas de Concentración



Fuentes: tablas 2.1, 3.2, 4.1, gráfica 3.2.

Gráfica 6.1
Proporción de usuarios que reportan mala o muy mala calidad de los servicios de salud recibidos: 2000



Fuente: estimación del autor usando ENSA 2000

Tabla 6.1
Distribución del gasto público en salud bajo tres supuestos sobre costos por tipo de atención: no diferenciados, diferenciados por costo promedio por tipo, y diferenciados por costo promedio por tipo y decil: 2000

Decil	Total			SS			IMSS			ISSSTE		
	No diferen.	Por tipo	Por tipo/decil	No diferen.	Por tipo	Por tipo/decil	No diferen.	Por tipo	Por tipo/decil	No diferen.	Por tipo	Por tipo/decil
1	7.6	7.4	5.3	22.8	22.3	16.8	2.6	2.4	1.3	0.1	0.0	0.0
2	7.7	6.7	4.4	20.9	18.5	13.1	3.5	2.8	1.4	0.1	0.3	0.1
3	7.3	5.9	4.6	12.8	10.8	9.8	6.3	4.9	3.2	1.2	0.9	0.6
4	9.2	8.3	5.9	10.3	9.5	8.0	9.7	8.8	5.9	5.2	4.4	2.3
5	10.5	9.4	7.0	10.3	9.5	8.7	11.2	10.3	7.1	8.1	6.1	4.0
6	9.0	9.7	8.4	6.7	7.6	7.7	10.1	11.1	9.3	8.7	8.0	6.0
7	13.4	13.6	12.9	5.5	5.8	6.7	15.9	15.8	14.8	18.1	18.9	16.3
8	14.4	16.9	19.6	6.0	10.6	18.1	15.5	15.9	17.4	24.9	32.0	29.9
9	12.7	13.6	16.0	2.6	2.9	4.8	15.5	17.7	20.4	19.8	17.4	18.8
10	8.3	8.6	16.1	1.9	2.6	6.1	9.8	10.5	19.3	13.9	12.0	22.0
CC	0.088	0.131	0.276	-0.369	-0.301	-0.117	0.213	0.254	0.395	0.420	0.428	0.520

Fuente: estimación del autor usando ENIGH 2000, *1er Informe de Gobierno*, Vicente Fox 2001.

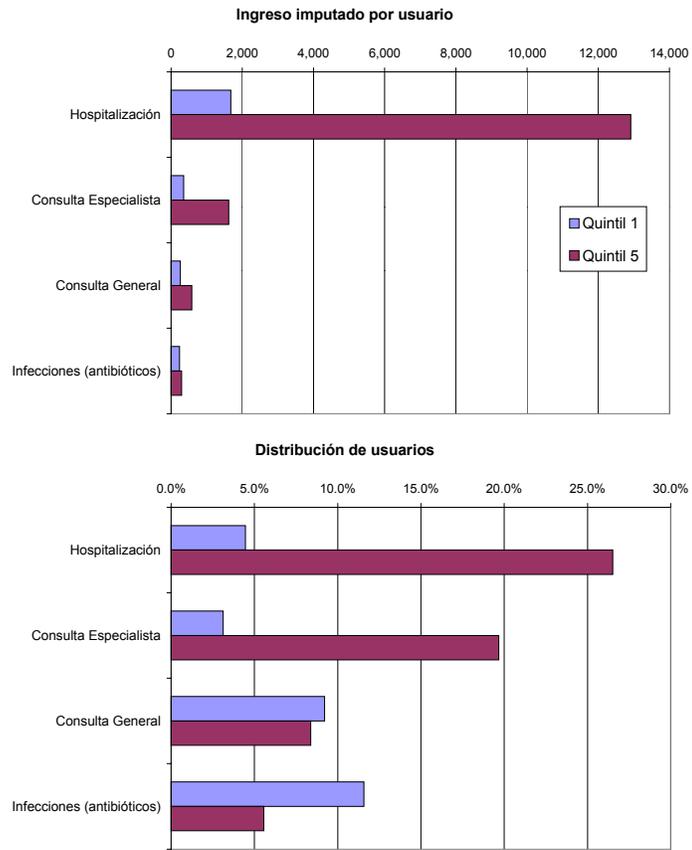
	Total	Monetario	En especie	
	Mdp 2002	% total	% total	% Cuenta Pública
IMSS	8,561	2.2%	97.8%	10.5%
ISSSTE	2,167	0.0%	100.0%	14.3%
PEMEX, SECMAR y SEDENA	1,839	0.0%	100.0%	
SS	3,949	43.3%	56.7%	4.0%
Privados	32,908	93.1%	6.9%	
No reporta	45,065	44.7%	55.3%	
TOTAL	94,489	55.8%	44.2%	

Fuente: estimación del autor usando ENIGH 2002

Decil	IMSS	ISSSTE	SS
1	805	2,446	551
2	1,111	1,149	908
3	1,085	2,164	539
4	1,463	1,584	688
5	2,078	1,121	709
6	1,411	1,159	1,682
7	2,067	1,391	1,461
8	3,116	2,244	1,248
9	6,818	2,206	826
10	13,151	21,739	3,832
Promedio	3,311	3,720	1,244

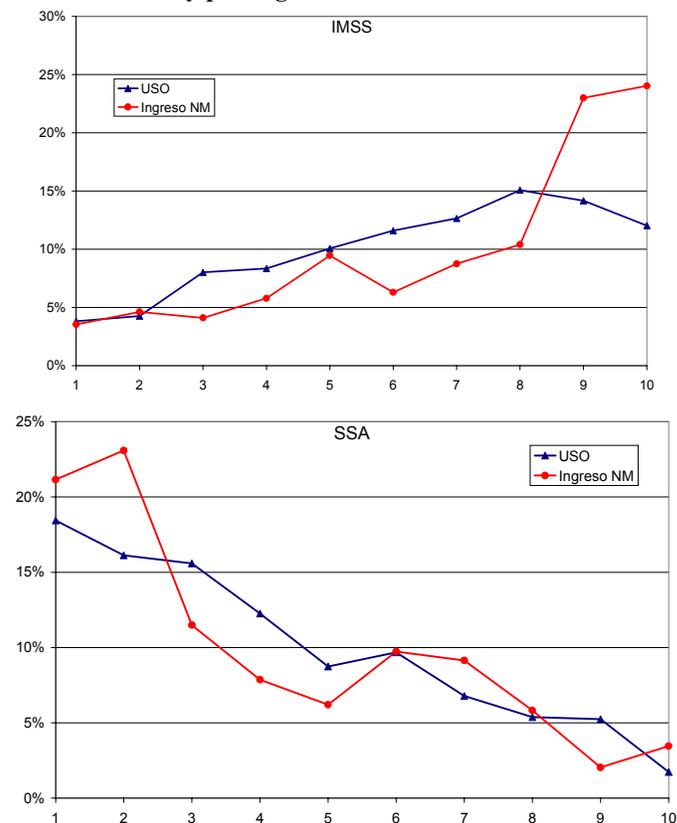
Fuente: estimación del autor usando ENIGH 2002

Gráfica 6.2
Ingreso imputado por usuario y distribución de usuarios de servicios médicos del IMSS



Fuente: estimación del autor usando ENIGH 2002

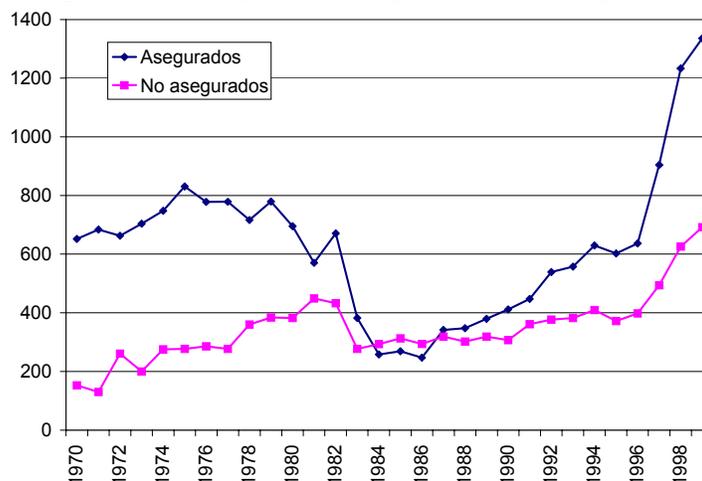
Gráfica 6.3
Distribución de beneficios por servicios de salud pública por uso y por ingreso no monetario: 2002



Fuente: estimación del autor usando ENIGH 2002

Tabla 7.1 Crecimiento real (pesos 2002) de los principales componentes del gasto social: 2000-2002	
Salud	5.8%
Educación	8.1%
Seguridad Social (Pensiones)	22.2%
Fuente: Poder Ejecutivo Federal (2003); SSA (<i>Boletín de Información Estadística, Cuentas Nacionales y Estatales de Salud</i>); IMSS (Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera); SEP.	
Nota: salud y educación incluyen gasto estatal, además del gasto federal y federalizado.	

Gráfica 7.1
Evolución del gasto federal por beneficiario en salud y seguridad social: población asegurada* vs. no asegurada



*Incluye contribuciones gubernamentales al IMSS, financiamiento del déficit del IMSS (antes de 1997), costos de la transición de la reforma del 1995 del IMSS (después de 1997), y financiamiento del déficit operativo del ISSSTE.
 Pesos del 2000.

Tabla 7.2
Acceso a activos productivos para la salud:
población en condiciones de pobreza alimentaria

	1992	2002
Jefe de familia sin educación o con primaria incompleta	74%	65%
Piso tierra	64%	53%
No alcantarillado	78%	75%
No agua entubada	47%	30%

Fuentes: Banco Mundial (2004), ENIGH 2002

Anexo

Tabla A1. Impacto redistributivo del gasto público en salud													
País	Año	Gini	Gasto público			Distribución del gasto público						CC de gasto total en salud	
			% PIB	% Consumo de Hogares	% Gasto en Salud	Quintiles (%)					CC		Kakwani
						1	2	3	4	5			
Argentina	1991		4.7%	6.7%	58%	39	17	26	15	5			0.039
Bolivia	1992	0.420	3.4%	4.5%	59%	11	15	18	30	18	0.020	-0.400	0.184
Brasil	1990	0.600	3.2%	5.1%	49%	12	22	26	22	18	0.051	-0.549	0.333
Bulgaria	1995	0.283	3.9%	5.4%	82%	13	16	21	26	25	0.148	-0.135	0.172
Colombia	1992	0.570	5.1%	7.5%	55%	27	26	19	16	12	-0.159	-0.729	0.173
Costa Rica	1992	0.470	6.7%	10.6%	77%	27	23	19	18	13	-0.128	-0.598	0.009
Chile	1990	0.563	3.0%	4.6%	49%	32	26	21	15	6	-0.252	-0.815	0.164
Ghana	1994	0.327	1.4%	1.7%	47%	12	15	19	21	33	0.192	-0.135	0.264
Indonesia	1987	0.365	0.6%	1.0%	37%	12	14	19	27	29	0.200	-0.165	0.304
Kenya	1992	0.445	2.9%	3.9%	64%	14	17	22	22	24	0.088	-0.357	0.216
México	1998	0.537	2.3%	3.4%	41%	16	21	22	22	19	0.028	-0.509	0.328
Mongolia	1995	0.332	3.5%	5.6%	82%	18	20	19	19	24	0.044	-0.288	0.096
Uruguay	1989	0.423	2.0%	2.8%	20%	37	21	17	14	11	-0.240	-0.663	0.288
Vietnam	1993	0.361	1.0%	1.4%	20%	12	16	21	22	29	0.160	-0.201	0.321

Fuentes de datos originales sobre distribución del gasto público: Argentina: CEPAL (2000); Colombia: Vélez (1995); México: Scott 2002; Brasil, Costa Rica, Chile and Uruguay: World Bank (1993, 1995, 1997a, 1997b); el resto: World Bank (2001, tabla 5.2). Gini, consumo de hogares, y gasto público/PIB: World Bank (2000). Gasto público en salud/gasto total: WHO 2001.