

**Foro de Liderazgo en Salud
Equidad en Salud. Hacia la Integración Sectorial.
13 y 14 de diciembre de 2007, Ciudad de México**

**La incidencia del gasto público en salud como indicador de
integración funcional del financiamiento**

**Mtro. John Scott
Profesor – Investigador
División de Economía
Centro de Investigación y Docencia Económicas A.C.**

Introducción y Antecedentes Metodológicos

El análisis de incidencia del gasto público en salud representa una base de información de gran utilidad para evaluar y reformar el financiamiento de la salud pública. En este trabajo presentamos algunos de los principales resultados de este tipo de análisis disponibles para México. Estos revelan un sistema altamente fraccionado y desigual en sus beneficios. Al mismo tiempo, sin embargo, los resultados de este análisis ofrecen una herramienta fundamental para diseñar reformas que permitan transitar hacia un sistema de salud integral, equitativo y universal.

La metodología que utilizamos en este trabajo es el *análisis de incidencia de beneficios* (AIB). En este análisis se estima la distribución de los beneficios del gasto público entre los hogares a partir de tres tipos de información: a) ingreso (o gasto) total per cápita del hogar, b) uso de los servicios públicos por parte del hogar y c) el valor que los servicios públicos utilizados representan para los hogares. En síntesis, se imputa a los hogares el valor de los servicios recibidos, considerados como una transferencia en especie, a partir del uso que hacen de los mismos y el valor que estos servicios representan, estimado comúnmente a partir del costo de provisión.¹

En las últimas dos décadas se han realizado estudios de AIB del gasto público, principalmente en educación y salud, para un número creciente de países, a partir de los estudios pioneros de Meerman (1979) y Selowski (1979) para Malasia y Colombia, respectivamente. En el caso de México, existe ya un conjunto de estudios de AIB del gasto público en salud, que incluye Scott (2000, 2002, 2005, 2007), Arzoz y Knaul (2003), y Banco Mundial (2004).

Los resultados que se presentan a continuación se basan en Scott (2005, 2007). Estos evalúan la evolución del sistema de salud en el curso de la última década, a partir de bases de datos que cubren desde 1996 hasta 2002/2004. Presentaremos también resultados proyectados al 2010, bajo el supuesto de que el *Sistema de Protección Social en Salud*, o *Seguro Popular*, se aproximará a la cobertura universal de la población no asegurada.²

Los resultados se presentan de dos formas. Se analiza la distribución de los beneficios y su financiamiento por *deciles* (o *quintiles*) poblacionales. Para construir estos se ordena el conjunto de hogares del más pobre al más rico en términos de su gasto o ingreso *per cápita*,³ y se divide la población en diez grupos cada uno con el 10% de la población (o cinco grupos con 20% en el caso de *quintiles*). Así, el primer decil se refiere al 10% más pobre de la población, y el décimo al 10%

¹ Para la información de ingreso y gasto del hogar y uso de servicios por parte de los hogares utilizamos la *Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares* (ENIGH) 1996-2004, y la *Encuesta Nacional de Salud* (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). 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. 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.

² La cobertura del Seguro Popular programada para 2010 es la población que no estaba asegurada en 2004.

³ En el caso de 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.

más rico. También presentamos un índice sintético para medir la *progresividad/regresividad absoluta* de los beneficios. Esto se refiere al grado en que los subsidios se concentran en los deciles más pobres (progresivos) o más ricos (regresivos). Reportaremos el *coeficiente de concentración*, una medida idéntica al *coeficiente de Gini*, la medida de desigualdad más comúnmente utilizada, excepto que el concepto utilizado para ordenar a los hogares (en este caso, el ingreso/gasto per cápita del hogar) es distinto a la variable cuya distribución se pretende medir (en este caso, gasto público o financiamiento de la salud). Esta medida se define en el rango (-1,1), donde los valores negativos y positivos representan distribuciones progresivas (pro-pobres) y regresivas (pro-ricos), respectivamente, y 0 correspondería a una distribución perfectamente neutral o equitativa, donde cada persona (o decil) obtiene beneficios equivalentes.

Distribución del gasto público en salud

Las siguientes tablas (1 y 2) y gráficas (1-4) presentan la distribución del gasto público en salud por tipo de institución y de atención (primaria, materna y hospitalaria) en el 2002, y su evolución desde 1996. 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), y el gasto en beneficio de la población asegurada, que presenta una distribución prácticamente inversa (y pro urbana).

La distribución del gasto público total en salud resulta ligeramente regresiva a nivel nacional. Sin embargo, esta regresividad desaparece si se excluyen las contribuciones obrero-patronales, y sólo se considera el gasto público financiado por medio de impuestos generales (tabla 1).

Al desagregar por tipo de atención (tabla 2), se observa que el gasto público en atención primaria es casi neutral, mientras el gasto en servicios hospitalarios es regresivo.⁴ Es 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 medio de la distribución de la población infantil (gráfica 1). 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.⁵

La gráfica 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.

Considerando la evolución de la distribución del gasto público entre 1996 y 2002 (gráficas 3-5), es notable el incremento en la cobertura de los servicios para la población no asegurada en el 20% más pobre de la población, que pasó de 18% a 31% entre 1996 y 2000. Este periodo coincide con la

⁴ Esto es sólo producto de la intensidad relativa del uso de estos servicios en las tres instituciones, no considera el costo diferenciado de atención hospitalaria vs. primaria dentro de cada institución.

⁵ *Boletín de Información Estadística, Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, SS, 2003.*

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, 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%). Es notable sin embargo el contraste entre la distribución del crecimiento de la cobertura lograda entre 1996 y 2002, que resulta altamente progresiva en el caso de la SSA, pero regresiva en el del IMSS (gráfica 5).

El efecto de los cambios anteriores en la cobertura de los programas, combinado con un aumento importante en el gasto en servicios para la población no asegurada, representó un cambio notable en las prioridades del gasto público en salud en México. En apenas seis años, el coeficiente de concentración de este gasto se redujo a una tercera parte (gráfica 4), y la participación del quintil más pobre pasó de 8% al 15% (gráfica 3), y la del sector rural de 20% a 28%.

Para evaluar estos avances en una perspectiva comparativa, comparamos el caso de México con otros trece países con datos similares (gráfica 6).⁶ Entre este grupo, México pasó entre 1996 y 2002 del primer al octavo lugar en la desigualdad de la distribución del gasto público en salud. Esta comparación supone que las medidas para los otros países hubieran permanecieran constantes en sus valores iniciales (1987-1995), por lo que no se puede inferir de esto la situación comparativa de México en estos años. En todo caso, 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 Colombia, 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, comparamos sus coeficientes de concentración (gráfica 7). Se incluyen, además de servicios de salud, el gasto fiscal por concepto de las exenciones del IVA al consumo de medicinas, algunos programas de apoyo nutricional y las transferencias de Oportunidades.⁷ 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 de hecho 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).

⁶ Hay que interpretar estas comparaciones con cuidado, ya que estos estudios no están estandarizados y los resultados son sensitivos a diferencias metodológicas.

⁷ Estas transferencias incluyen papillas nutricionales y están condicionadas, en parte, al uso de servicios de salud y participación en pláticas educativas de salud.

Tabla 1
Distribución de Gasto Público en Salud, 2002

Deciles		Total					Por institución		
		Total		Por tipo de atención			No asegurada	Asegurada	
		Gasto Público Total	Excluyendo Contribuciones Obrero-Patronales	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	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

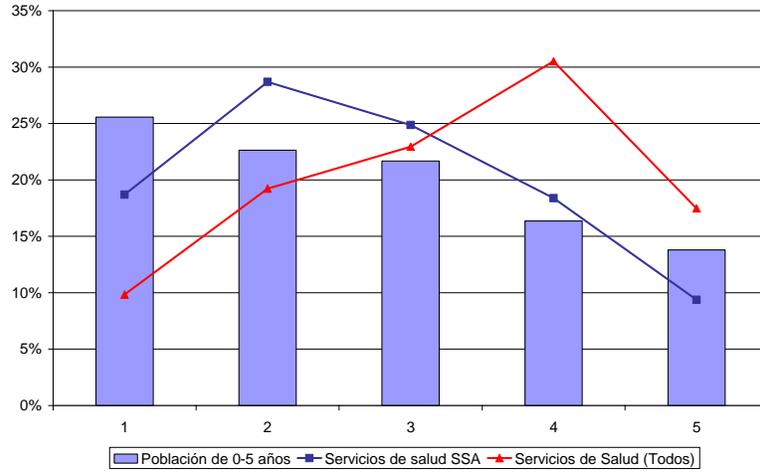
Fuente: estimación del autor usando ENIGH (2002). En el gasto de la SS se incluye también el gasto público estatal (financiado por participaciones y recaudación local). SS, *Boletín de Información Estadística, Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*.

Tabla 2
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

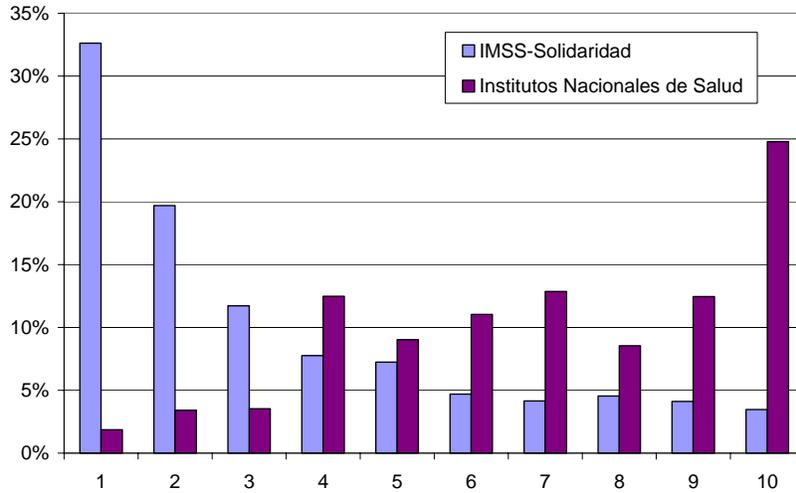
Fuente: estimación del autor usando ENIGH (2002). En el gasto de la SS se incluye también el gasto público estatal (financiado por participaciones y recaudación local). SS, *Boletín de Información Estadística, Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*.

Gráfica 1
Distribución de usuarios de servicios de salud pública
materna y de la población infantil (0-5 años) en 2002



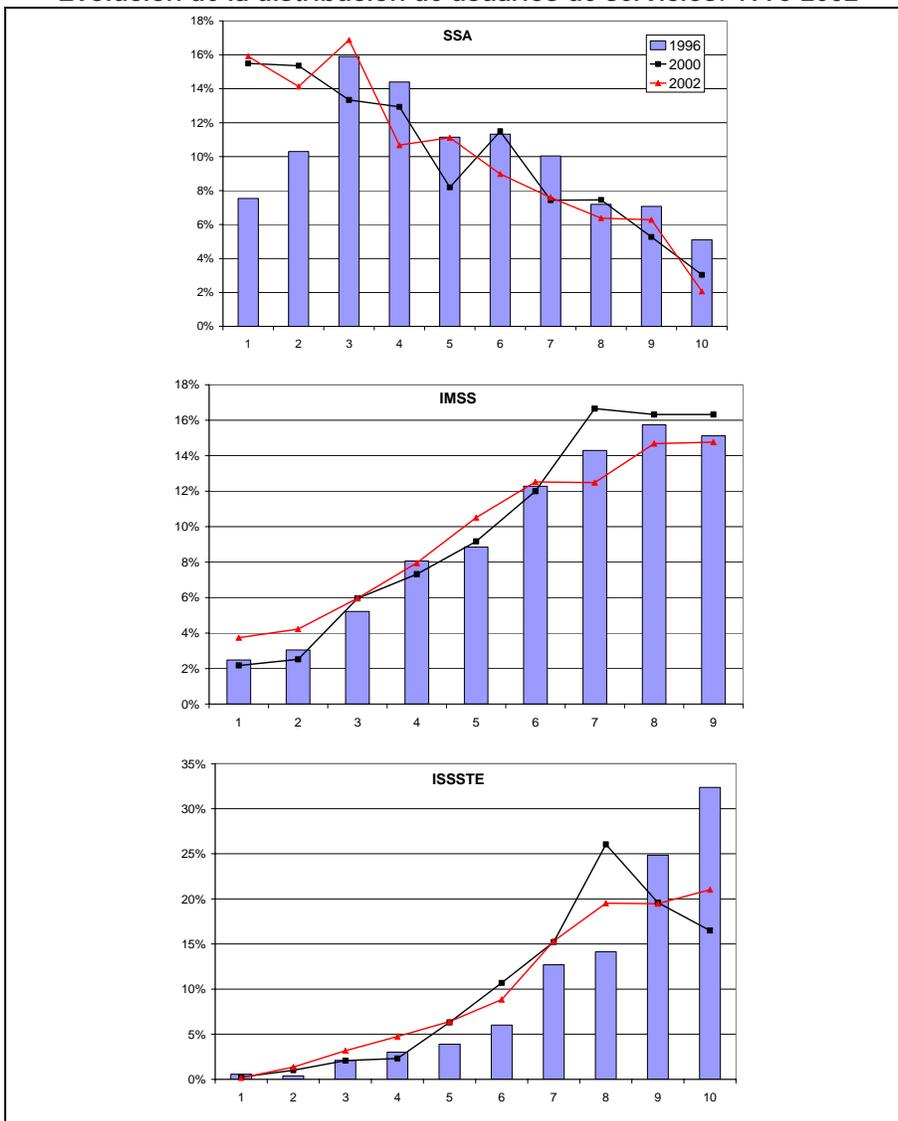
Fuente: estimación del autor usando ENIGH 2002

Gráfica 2
Distribución de usuarios de servicios de salud pública:
IMSS-Solidaridad e Institutos Nacionales de Salud



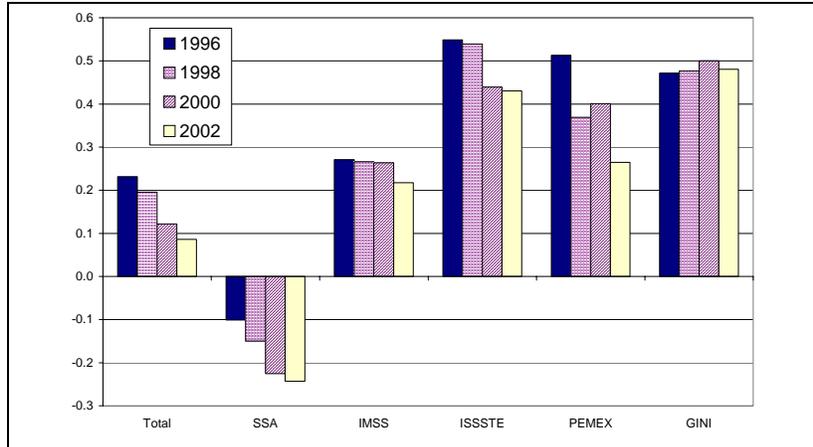
Fuente: estimación del autor usando ENSA 2000

Gráfica 3
Evolución de la distribución de usuarios de servicios: 1996-2002



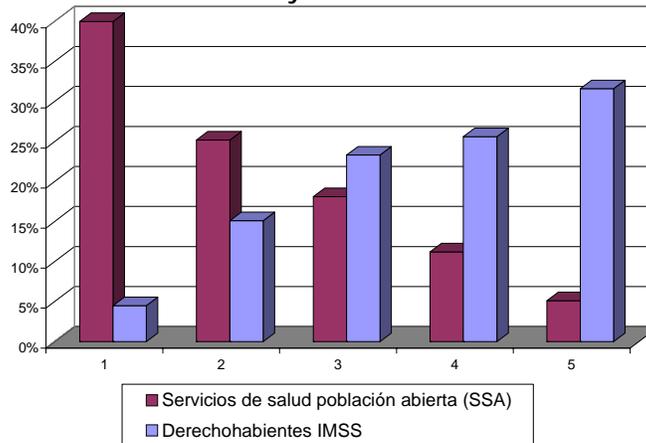
Fuente: estimación del autor usando ENIGH 1996, 2000, 2002.

Gráfica 4
Coefficientes de concentración del gasto público en salud: 1996-2002



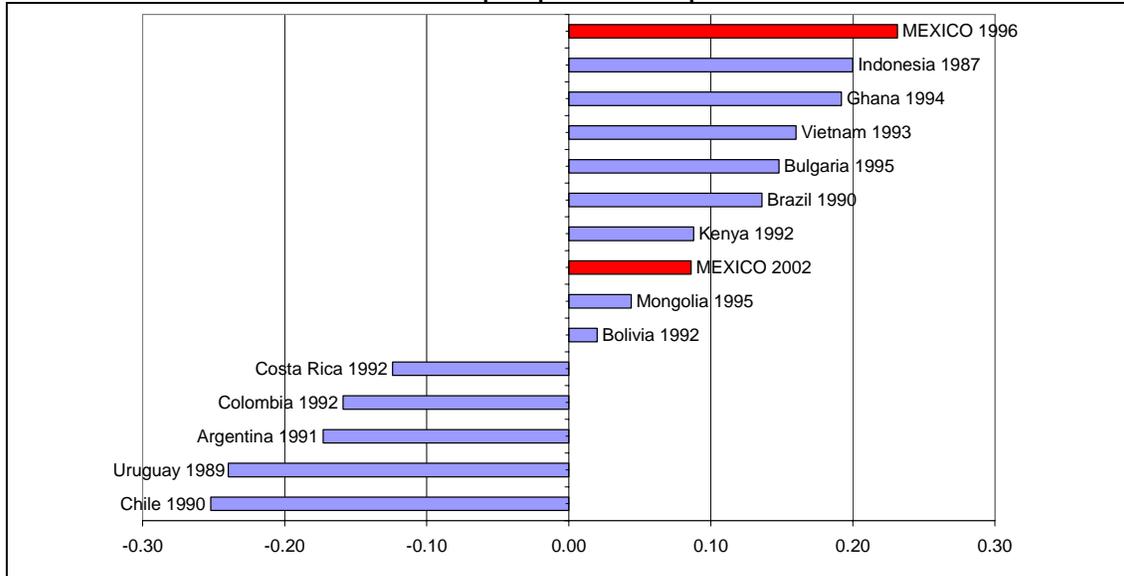
Fuente: estimación del autor usando ENIGH 2002.

Gráfica 5
Distribución por quintiles del crecimiento en la cobertura del IMSS y SSA: 1996-2002



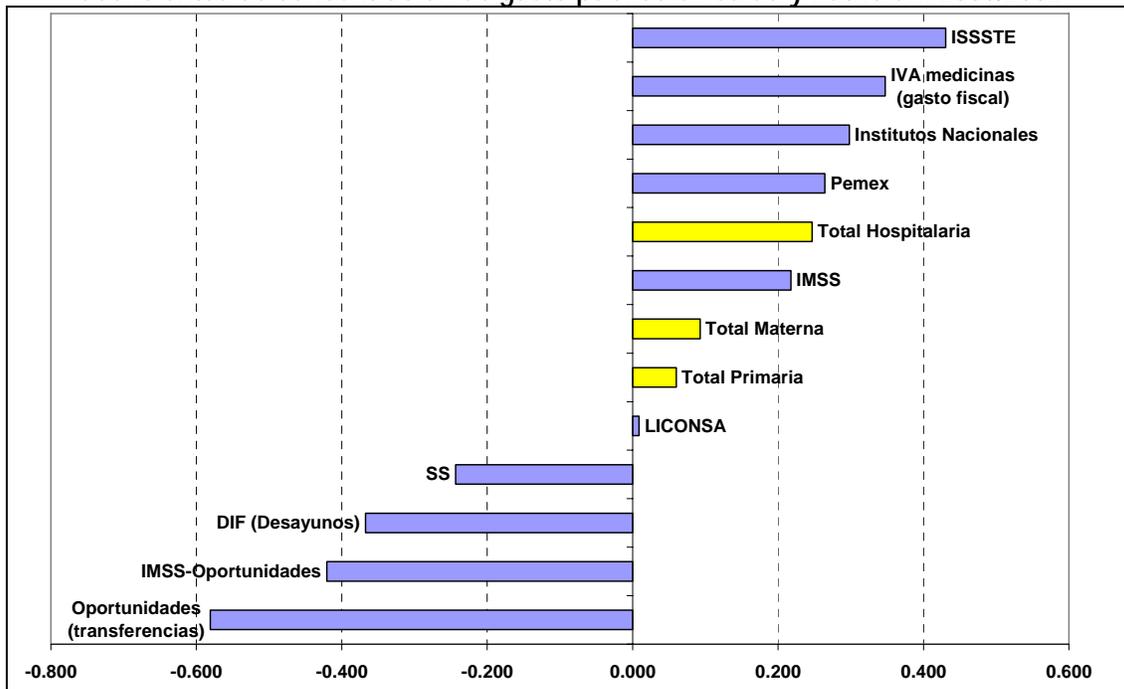
Fuente: cálculos del autor a partir de ENIGH 1996 y 2002.

Gráfica 6
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 7
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)

El financiamiento de la salud y la incidencia de beneficios netos

Para estimar la distribución de los recursos totales ejercidos para la salud de los hogares en México, financiados por medio de recursos propios o públicos, comparamos 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 3 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).⁸

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, pero altamente progresiva en términos *relativos* (obtienen más recursos, como proporción de su ingreso, los más pobres). El impacto redistributivo de estos recursos 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 (es decir, antes de impuestos) 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.

⁸ 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). 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, éste último se ajusta al nivel correspondiente reportado en la Cuenta de Hogares del Sistema de Cuentas Nacionales. 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.

Tabla 3
Distribución e incidencia del financiamiento y gasto en salud: 2002

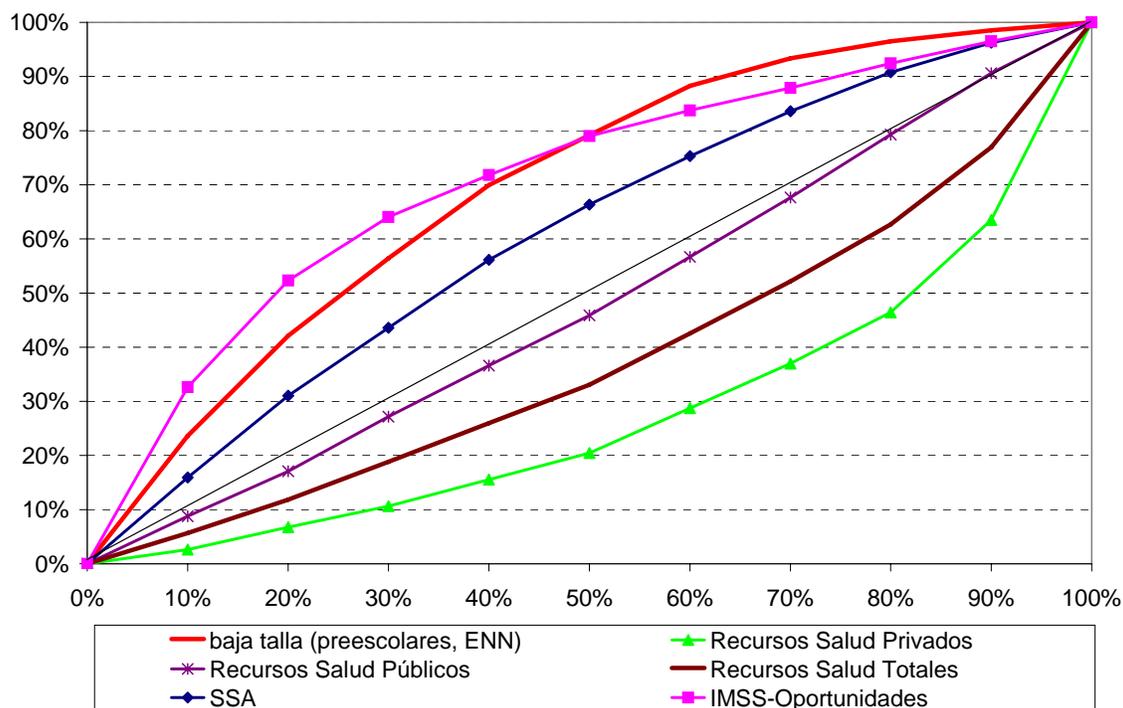
	Deciles	Financiamiento				Gasto Público	Gasto Total	
		Total	Gasto Privado	Impuestos Generales	Contribuciones a la Seguridad Social		Bruto	Neto
	Millones de pesos	315,032	159,086	88,728	67,218	155,946	315,032	159,086
Distribución	1	1.7%	2.6%	0.5%	1.3%	8.8%	5.7%	10.4%
	2	2.9%	4.2%	1.3%	1.8%	8.3%	6.2%	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
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%

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.

Gasto y Necesidades de Salud

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. Ya presentamos este tipo de comparación entre recursos y necesidades arriba, en la gráfica 1. Para un análisis más sistemático podemos comparar curvas de concentración de recursos y de necesidades de salud, representadas por ejemplo por la población infantil con baja talla/edad (gráfica 8). Se observa el impacto del gasto público en el acercamiento de la curva de concentración del gasto 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 comprobar 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.⁹

Gráfica 8
Desigualdad en salud y recursos para la salud: 1999/2002
Curvas de Concentración



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

⁹ 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.

El Futuro: del Seguro Popular hacia un Sistema de Salud Integral e Universal

El análisis presentado ha demostrado que existen claras oportunidades para progresar hacia un sistema más equitativo de salud. 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. Dadas estas tendencias, es probable que la distribución del gasto público en salud que observaremos en los próximos años sea más progresiva, y posiblemente en la próxima década nos acerquemos a los niveles de progresividad observados (una década antes) en Costa Rica, Colombia y el Cono Sur.

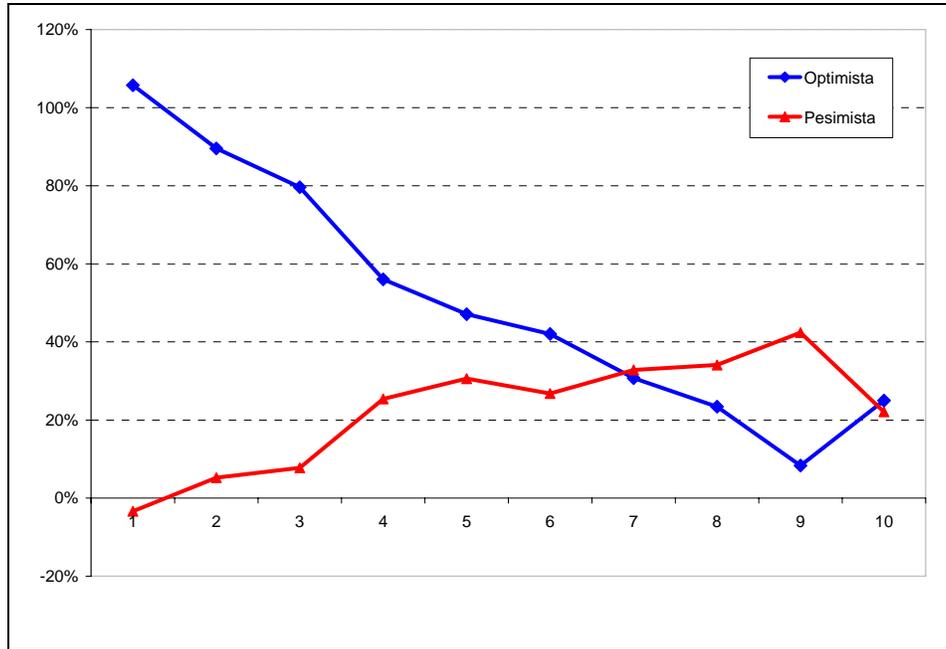
Sin embargo, la transición por vía del Seguro Popular hacia un sistema de salud integral, universal y equitativo enfrenta algunos retos importantes. Una evaluación reciente del impacto esperado del SP en la distribución del gasto público hacia el 2010 (Scott 2007), asumiendo que se aproximaría a la cobertura universal, demuestra que este depende de tres factores críticos:

- a) la proporción de recursos públicos frescos que absorberá el SP adicionales a los que ya se ejercen en beneficio de la población no asegurada (PNA),
- b) el efecto del SP sobre la distribución de la utilización de los servicios de la SS, y
- c) la aplicación de las cuotas familiares a los hogares sujetos a ellas dentro de la PO en los deciles 3-10, y la decisión de participación de estos hogares.

Considerando estos tres factores, podemos contrastar dos escenarios extremos (gráfica 9). En el escenario *Optimista*, todos los recursos del SP son adicionales, la progresividad del uso de servicios para la PNA no se reduce al avanzar la cobertura del SP, y las la participación esperada se genera y las cuotas familiares se aplican como están programadas. En este caso el gasto en salud en beneficio del quintil más pobre prácticamente se doblaría entre 2004 y 2010, y la desigualdad global en el gasto total en salud, medida por el *coeficiente de concentración* (CC), se reduciría casi en un 50%, de 0.175 a 0.09.

En el escenario *Pesimista*, por el contrario, suponemos que sólo se generan recursos nuevos para cubrir el costo *adicional* del SP respecto al gasto público existente en la PNA, la actual progresividad en el uso de servicios de la SS se reduce hasta coincidir con la distribución de la PNA, y las cuotas familiares no se aplican. En este caso el gasto en salud en beneficio del quintil más pobre en 2010 no aumentaría respecto a 2004, y la desigualdad en el gasto total en salud de hecho *aumentaría* de 0.175 a 0.203. Este aumento se daría porque el efecto igualador que tendría el crecimiento marginal del gasto público, sería revertido por una reducción importante en el grado de progresividad del gasto para la PNA. Esta reducción refleja la menor progresividad de la distribución de la PO que del uso de los servicios públicos de salud por parte de la PNA.

Gráfica 9
Crecimiento del gasto público en salud por decil por la cobertura completa del SP:
2004-2010



Fuente: ver tabla anterior. Los supuestos para los escenarios A-D se describen en el texto. Deciles de hogares ordenados por ingreso per cápita.

El impacto del SP sobre la equidad del gasto en salud a nivel de los hogares podría estar en un punto intermedio entre estos dos extremos. Desafortunadamente, sin embargo, una tendencia hacia el extremo más pesimista parece consistente con los datos disponibles del SP en su fase actual, y debe servir para alertar sobre los obstáculos y factores de riesgo más importantes que hay que considerar en el logro de este objetivo fundamental.

Es importante tomar en cuenta que la progresividad que observamos actualmente en el uso de los servicios de la SS no es efecto de un sistema de focalización administrativa, como en el caso de Oportunidades, sino de focalización por *auto-selección*. La reducción progresiva en las tasas de uso a mayores ingresos refleja la preferencia de esta población por servicios privados, por considerarlos de mayor calidad (dada su mayor disposición de pago). El SP podría tener el efecto de revertir esta tendencia por varias razones complementarias: a) en la medida en que los recursos adicionales tengan un impacto efectivo sobre la calidad de los servicios de salud para la PNA, como se espera, estos servicios serán más atractivos para los hogares de mayores recursos, b) en la medida en que se logre afiliar hogares de mayores ingresos bajo esquemas contributivos, como también se espera, aumentará la valoración subjetiva y la probabilidad de uso de los servicios simplemente por el hecho de haber hecho un prepago por ellos y la ausencia de copagos (riesgo moral), y c) los esquemas contributivos también pueden atraer a usuarios de mayor intensidad por condiciones preexistentes o simplemente mayor información sobre los riesgos a la salud (selección adversa).

En síntesis, en un sistema de acceso universal, existe un conflicto inevitable entre la calidad y la equidad de los servicios – a mayor calidad, mayor será la captura de los beneficios por parte de

grupos de mayores ingresos – y aún si se logra implementar el régimen contributivo en forma efectiva, este puede llevar a un uso aún más intenso por parte de los grupos de mayores ingresos.

En el contexto del sistema público de salud fraccionado que aún impera en México, el conflicto entre calidad y equidad sugiere la necesidad de un mecanismo efectivo de focalización para acotar la afiliación a los grupos de menores ingresos, como el que aplica *Oportunidades*. Una solución más satisfactoria, sin embargo, sería utilizar el SP como un puente transitorio hacia un sistema de salud integral con un paquete no contributivo universal, complementado con financiamiento contributivo para beneficios adicionales (Scott 2005). Como ha sido el caso en la construcción de las economías de bienestar avanzadas (Lindert 2004), la universalidad del paquete no contributivo es el punto de despegue para generar un círculo virtuoso de legitimidad política entre las demandas crecientes y su financiamiento sustentable por vía del sistema fiscal. En el caso de México, dado el diseño financiero del SP en el contexto de servicios de salud descentralizados para la población no asegurada, los gobiernos estatales estarán obligados a jugar un papel importante en la generación de estos recursos, incrementando el esfuerzo financiero local, y (dado el carácter centralizado del actual sistema fiscal), demandando del ejecutivo y legislativo federales las reformas fiscales necesarias.

Finalmente, la equidad financiera es una condición necesaria pero no suficiente para lograr equidad en términos del acceso a bienes y servicios de salud de una calidad adecuada. Para transformar la equidad financiera en equidad en la atención a la salud es necesario asegurar la eficiencia en el uso de los recursos, que implica una vez más un sistema integral y mecanismos efectivos de rendición de cuentas.

Bibliografía del tema

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.