

## Capítulo quinto

### EL GASTO PÚBLICO EN SALUD. INCIDENCIA DISTRIBUTIVA Y EQUIDAD

De esta forma, la atención a la salud en México se encuentra fuertemente segmentada, lo que da pauta a que exista toda una serie de derechos y prestaciones diferenciadas. En este sentido, por ejemplo,

el gasto público por beneficiario es 50% mayor para la población asegurada (PA) que para la no asegurada (PNA). Este sesgo en favor de la (PA) implica regresividad en el acceso a los servicios públicos de salud, mientras la asignación de recursos fiscales a favor de la (PNA) implica progresividad en el financiamiento de estos servicios.<sup>38</sup>

Históricamente el gasto público en salud ha estado concentrado en la población afiliada a la seguridad social. Es decir, aquella que tiene un trabajo en el sector formal y que cotiza en dicho esquema.

Para efectos de la presente discusión, por población asegurada se entenderá, en particular, a quienes acceden a los servicios de salud en instituciones como el IMSS, ISSSTE (y sus equivalentes estatales), ISSFAM o Pemex. Por el contrario, la población no asegurada es aquella que recibe atención médica en las instalaciones dependientes de la Secretaría de Salud federal, los servicios de salud de las entidades federativas o por el programa IMSS-Oportunidades (o el Seguro Popular en la actualidad).

En la siguiente tabla se puede observar la distribución del gasto público sanitario desde 1990, entre ambos esquemas.

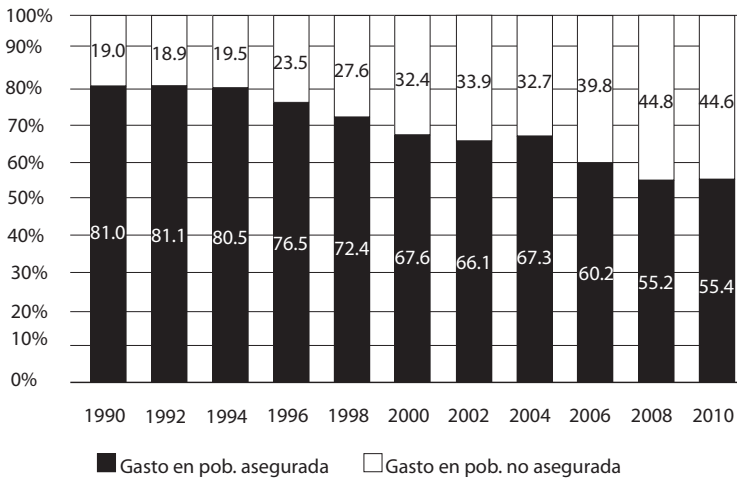
<sup>38</sup> PNUD, *op. cit.*, p. 16.

Como se puede ver, resaltan claramente dos puntos. Primero, el gran desequilibrio histórico en favor de la población asegurada, a pesar de que hasta hace poco no era mayoritaria. En 1990-1994 la proporción era sumamente desigual: 80 % del total invertido en salud tenía como destino a la población asegurada, a pesar de que la gran mayoría de mexicanos no contaba con este tipo de protección.

Adicionalmente, conviene decir que durante este periodo se ha ido corrigiendo de forma importante este desequilibrio. A partir de 1996 dicha diferencia se ha ido reduciendo, como se puede observar en los datos presentados en el cuadro, y en los últimos años ha sido más marcado gracias, en buena medida, al papel del Seguro Popular.

TABLA 16

*Proporción de gasto público en salud: población asegurada/no asegurada*



Fuente: Secretaría de Salud. SICUENTAS, 2011.

De hecho:

Hasta la década pasada, el financiamiento de los servicios de salud para la población no asegurada (PNA) era significativamente menor al que recibían los servicios para la población asegurada y la cobertura en estratos pobres era limitada. A partir de la última década, las brechas de cobertura se han cerrado y su financiamiento ha aumentado hasta converger con el sector asegurado, gracias a programas de ampliación de cobertura rural (PAC), transferencias condicionadas al uso de servicios de salud (Oportunidades) y el Seguro Popular.<sup>39</sup>

En este sentido, por ejemplo, en el año 2000 la proporción del gasto era de dos a uno en favor de la población asegurada, cuando ésta era únicamente la mitad de los mexicanos. Ello implicaba que recibía “2.5 veces más recursos que la población no asegurada.”<sup>40</sup> Esta diferenciación generaba desigualdades muy marcadas: las madres no derecho-habientes sufrían una mortalidad infantil de 20.15 por cada mil nacimientos, frente a los 13.35 de las derecho-habientes.<sup>41</sup>

Lo cierto es que en los últimos diez años ha venido aumentando en forma importante la cobertura sanitaria a la población no asegurada y la progresividad del gasto en salud:

El principal rubro que explica el incremento del gasto público en salud es el financiamiento del gasto destinado a la población que carece de seguridad social; explicado en los últimos años por la instrumentación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS); lo que ha permitido cerrar la brecha entre el gasto per cápita de la población asegurada y la población no asegurada.<sup>42</sup>

<sup>39</sup> Scott, John, *op. cit.*, p. 20.

<sup>40</sup> Sosa-Rubí, Sandra G. *et al.*, *op. cit.*, p. 6.

<sup>41</sup> DEMOS, *Carta demográfica de México*, núm. 13, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Sociales, 2000. Asimismo, el nivel de instrucción de la madre también resultaba fundamental. La mortalidad infantil en el caso de madres sin instrucción era de 28.13 por cada mil nacimientos frente a los 16.61 por cada mil en madres con instrucción.

<sup>42</sup> Aguilera, Nelly, *op. cit.*, p. 10.

Sin embargo, es evidente que todavía perdura un sesgo importante en el gasto público en beneficio de la población asegurada. En el siguiente cuadro se puede apreciar quienes pertenecen a este segmento poblacional —por decil de ingreso y desagregado por institución—.

CUADRO 2  
*Distribución de asegurados por tipo de institución*

<b>Decil</b>	<b>IMSS</b>	<b>ISSSTE</b>	<b>ISSSTE Estatal</b>	<b>Pemex</b>
<b>I</b>	2.2	1.2	1.4	4.2
<b>II</b>	4.8	2.2	2.3	2.2
<b>III</b>	7.7	2.6	4.7	1.9
<b>IV</b>	9.5	4.6	3.9	5.3
<b>V</b>	11.3	6.7	8.5	6.3
<b>VI</b>	12.2	8.1	8.1	8.2
<b>VII</b>	12.7	11.7	12.8	12.2
<b>VIII</b>	13.5	16.3	17.6	13.2
<b>IX</b>	13.4	20.2	20.4	20.9
<b>X</b>	12.9	26.5	20.3	25.5
<b>Urbano</b>	90.1	90.8	88.7	86.9
<b>Rural</b>	9.9	9.2	11.3	13.1
<b>Coefficiente de concentración</b>				
<b>Nacional</b>	0.20	0.45	0.39	0.40
<b>Urbano</b>	0.22	0.46	0.40	0.42
<b>Rural</b>	-0.04	0.27	0.27	0.25

\* Puede no sumar 100 debido al redondeo de las cifras.

Fuente: SHCP, 2012.

En el caso del IMSS, el grueso de derechohabientes pertenecen a los estratos con mayores recursos. Únicamente el 7% de sus afiliados se encuentran entre el quintil más pobre. Por el contrario, más de la mitad de los afiliados (52.5%) se encuentran entre el 40% de la población con más ingreso. Más aún, uno de cada cuatro derechohabientes pertenecen al quintil más rico del país.

De tal forma que el coeficiente de concentración (CC) es de 0.20 en el conjunto del país.<sup>43</sup> Además, son —de forma abrumadora— habitantes de las ciudades (nueve de cada diez).

Por lo que se refiere al ISSSTE (que cubre a los trabajadores del sector público), la desigualdad es mucho más marcada. Solamente 3.4% de sus derechohabientes pertenecen al quintil más pobre. Mientras que tres de cada cuatro de sus afiliados están entre el 40% de la población con mayores recursos económicos, y casi la mitad de sus agremiados (46.5) están dentro del quintil más rico. En este caso la medida de desigualdad es todavía mayor: el coeficiente de concentración alcanza 0.45, el más elevado del conjunto de instituciones analizadas. El sesgo urbano/rural es prácticamente el mismo que en el IMSS: 90% de los usuarios habitan en ciudades.

Si bien hay ligeras variaciones, en las demás instituciones incluidas en el cuadro (ISSSTE estatal y Pemex), se encuentra presente el mismo tipo de sesgo en beneficio de la población urbana y con mayor ingreso.

Por el contrario, en el cuadro 3 se puede observar la distribución de los beneficiarios del Seguro Popular. La situación es prácticamente la inversa.

Los derechohabientes del Seguro Popular están, en buena medida, concentrados en los estratos de la población con menores recursos —la mitad de sus asegurados pertenecen al 30% más pobre—. Únicamente 11 de cada 100 inscritos en el programa pertenecen al 30% más rico de la población mexicana. Al contrario que los casos anteriores, el coeficiente de concentración de este esquema es de -0.29, lo que viene a confirmar su carácter

<sup>43</sup> El Coeficiente de Concentración “es un indicador cuyos valores pueden ir de -1 a 1. Si todo el gasto se concentrara en quienes están en la peor situación (máxima progresividad), el CC sería igual a -1, lo que indicaría un ciento por ciento de esfuerzo en reducir la desigualdad. En un caso intermedio, si el CC fuera igual a cero, el gasto dejaría inalterada la desigualdad. En el otro extremo, si el CC fuera igual a 1, se observaría la máxima regresividad posible (un 100% de esfuerzo en aumentar la desigualdad)”. PNUD, *op. cit.*, p. 65.

progresivo, que beneficia de forma más acentuada a los sectores más desfavorecidos.

CUADRO 3  
*Distribución de asegurados en el Seguro Popular*

<b>Decil</b>	<b>Afiliación</b>
<b>I</b>	17.5
<b>II</b>	16.6
<b>III</b>	14.5
<b>IV</b>	12.6
<b>V</b>	11.0
<b>VI</b>	9.4
<b>VII</b>	7.6
<b>VIII</b>	5.3
<b>IX</b>	3.6
<b>X</b>	1.8
<b>Urbano</b>	36.4
<b>Rural</b>	63.6
<b>Coefficiente de concentración</b>	
<b>Nacional</b>	-0.29
<b>Urbano</b>	-0.19
<b>Rural</b>	-0.48

\* No suma 100 debido al redondeo de las cifras.

Fuente: SHCP, 2012.

También desaparece la tendencia en favor de la ciudad de los esquemas dirigidos a la población asegurada. Casi dos tercios de los miembros del Seguro Popular viven en el campo.

En este sentido, las evaluaciones realizadas al Seguro Popular indican que:

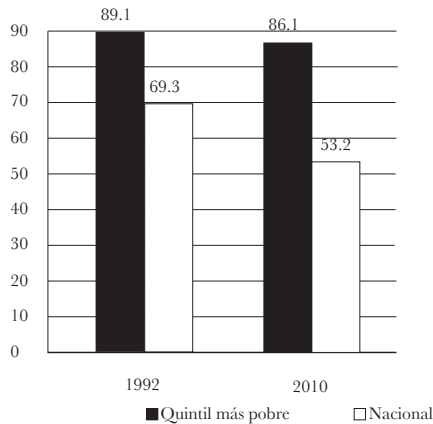
Ha mejorado la equidad del financiamiento en salud para la población no asegurada por las instituciones contributivas de la seguridad social. Este programa ha demostrado impactos para disminuir los

gastos catastróficos de las familias, asimismo, esta estrategia ha sido la principal responsable de la reducción de la carencia de acceso a la salud correspondiente a la medición de la pobreza.<sup>44</sup>

Resulta sumamente ilustrativo verlo desde otra perspectiva. En la siguiente tabla se puede apreciar el limitado alcance de las instituciones que cobijan a la población asegurada. En 1992 casi siete de cada diez mexicanos carecían de acceso a dichos organismos. En 2010 este porcentaje se había reducido hasta el 53.2%. Es decir, la disminución fue de 16 puntos porcentuales.

Sin embargo, si nos limitamos a examinar al primer quintil (20% de los mexicanos con menos recursos), la exclusión es todavía más marcada. Mientras que en 1992 prácticamente nueve de cada diez habitantes no contaban con seguridad social (89.1), en 2010 esa proporción se mantenía casi invariable: 86.1. Únicamente se había reducido en tres puntos.

TABLA 17  
*Porcentaje de población no asegurada*



Fuente: CEEY, 2012.

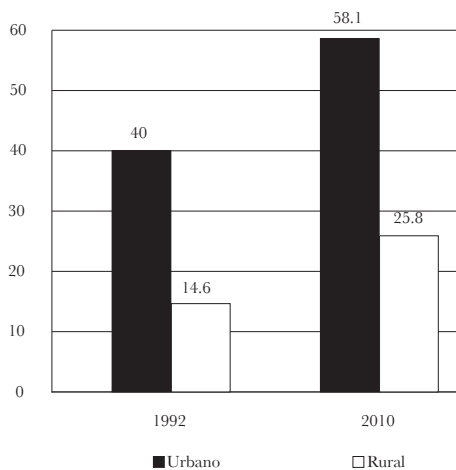
<sup>44</sup> Coneval, *op. cit.*, p. 64.

Asimismo, el amplio desequilibrio entre la cobertura urbana y la rural es un fenómeno que viene desde lejos.

En la tabla 18 se presentan los datos que evidencian esta situación. En 1992 el 40% de los habitantes de las ciudades eran derechohabientes de las instancias de seguridad social. En el caso de aquellos que vivían en el medio rural, únicamente el 14.6% estaban protegidos.

Según la Encuesta de Ingreso-Gasto de los hogares de 2010, la desigualdad territorial en ese año se mantenía constante. Casi seis de cada diez mexicanos urbanos estaban cubiertos por la seguridad social. Por el contrario, únicamente uno de cada cuatro habitantes en localidades rurales (25.8%) gozaban de dicha prerrogativa.

TABLA 18  
*Porcentaje de población asegurada por residencia*



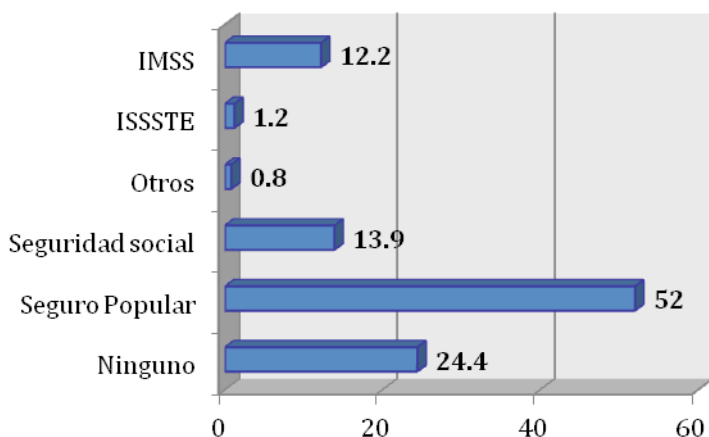
Fuente: CEEY, 2012.

Ahora bien, si nos limitamos al análisis de la realidad de la población clasificada dentro del primer quintil —como hicimos an-



teriormente—, se percibe nítidamente la gran desigualdad existente en el país.

TABLA 19  
*Porcentaje de cobertura del quintil más pobre*



Notas: “Otros” incluye Pemex, Sedena, Marina y hospitales universitarios. “Seguridad social” es el total del IMSS, ISSSTE y otros.

Fuente: CEEY, 2012.

Dentro de este segmento poblacional, sólo el 12% de sus miembros están afiliados al IMSS, únicamente el 1.2% son derechohabientes del ISSSTE y el 0.8% es miembro de alguna de las demás instancias de seguridad social existentes. En conjunto, poco menos del 14% —uno de cada siete— de los mexicanos más pobres tiene acceso a este tipo de instituciones.

Por el contrario, más de la mitad (52%) de estas personas pertenecen o están afiliadas al Seguro Popular y prácticamente una cuarta parte del total carece de protección sanitaria de cualquier tipo.

Así pues, pareciera que estos dos subsistemas sanitarios se contraponen y a su vez se complementan. Mientras que las instituciones de seguridad social se enfocan a la población básicamente urbana y de mayores recursos, el Seguro Popular (y el programa IMSS-Oportunidades), benefician de forma más acusada a los mexicanos más desfavorecidos y que se concentran mayoritariamente en el ámbito rural.

La cuestión aquí es que los programas que privilegian a los segmentos con más recursos son también los que tienen un mayor presupuesto. Según datos de la Secretaría de Hacienda, en 2010, exclusivamente en salud, el Estado mexicano gastó a través del IMSS 165 121 millones de pesos, del ISSSTE 39 511 millones, del sistema de Pemex 10 626 millones y en el conjunto de fuerzas armadas casi 6500 millones de pesos. El total rebasa los 220 000 millones de pesos.

Por el contrario, en los programas que benefician mayoritariamente a los segmentos con menores recursos, comparativamente se invirtió poco. En el mismo año, 2010, el presupuesto para el Seguro Popular fue de 50 270 millones y para IMSS-Oportunidades se destinaron poco más de siete mil millones de pesos.<sup>45</sup>

El contraste es muy evidente: mientras que el Estado destina más de 220 000 millones de pesos para la población asegurada, gastó únicamente 57 000 millones de pesos en la no asegurada (la cual, como se vio, tiene mayores carencias). Es decir, es una situación en la que el gasto social reproduce —e incluso genera— una mayor desigualdad social, en lugar de atenuarla.

De forma más detallada, en el cuadro 4 se presentan los coeficientes de concentración de los principales programas destinados al rubro de salud (y nutrición) para 2008 y 2010. Estos datos confirman lo que acabamos de decir. Aquellos que ejercen un mayor presupuesto —básicamente los dedicados a la población asegura-

<sup>45</sup> Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Distribución del pago de impuestos y recepción del gasto público por deciles de hogares y personas. Resultados para el año de 2010*, México, SHCP, 2012, p. 36.

da, como son los servicios que presta el IMSS o el ISSSTE— son abiertamente regresivos.

Por el contrario, el gasto destinado para la población no asegurada está mejor enfocado y es progresivo: beneficia en mayor parte a los sectores menos favorecidos. Destacan por su contribución a aminorar los niveles de desigualdad programas ya citados como el Seguro Popular o IMSS-Oportunidades, que si bien su presupuesto es reducido —comparativamente con los programas para la población asegurada— en los últimos años ha crecido de forma importante.

Cabe recalcar también que en este último caso —el de los programas cuya cobertura ha aumentado más rápidamente, como el Seguro Popular—, se va perdiendo progresividad ya que al ampliarse, por definición, tienen que ir cubriendo cada vez más a segmentos de población de mayores ingresos.

#### CUADRO 4

##### *Coefficiente de concentración del gasto público en salud y nutrición<sup>46</sup>*

<i>Programa</i>	<i>Coefficiente de concentración 2008</i>	<i>Coefficiente de concentración 2010</i>
Salud ISSSTE	0.476	0.47
Gasto fiscal IVA medicinas	0.379	0.38
Salud Pemex	0.308	0.30
Institutos Nac. de Salud	0.298	N.D.
Salud IMSS	0.288	0.24
Salud PA total	0.243	N.D.
Salud total	0.105	-0.01
Liconsá	-0.044	N.D.
Salud PNA SS	-0.261	-0.32
DIF Despensa/Desayunos	-0.347	N.D.
Seguro Popular	-0.403	-0.35
IMSS-Oportunidades	-0.419	-0.47
Oportunidades	-0.530	-0.54

Fuente: Scott (2009) y CONEVAL (2012).

<sup>46</sup> En el caso del coeficiente de concentración de algunos programas para 2010, puede no coincidir con los presentados en los cuadros 2 y 3, debido a que las fuentes de información son distintas.

El gasto sanitario del ISSSTE es el más regresivo —beneficia en mayor parte a los sectores con más ingreso—, ya que tiene un coeficiente de concentración de 0.476 (para 2008) y 0.47 (para 2010). Frente a este caso, destacan por su progresividad programas muy centrados en atender a la población no asegurada: IMSS-Oportunidades tiene un coeficiente de concentración de -0.419 en 2008 y de -0.47 en 2010 (en un caso extraño ya que mejora de forma significativa su progresividad); por su parte, el Seguro Popular tiene un coeficiente de -0.403 en 2008, y como se dijo, para 2010 lo redujo a -0.35, aunque sigue siendo contrastante con el gasto ejercido por el ISSSTE, Pemex o el propio IMSS (con un CC de 0.24 en 2010).

Debe destacarse asimismo que el gasto en salud con mayor regresividad (sólo detrás del ISSSTE) es el subsidio implícito a la compra de medicinas mediante la exención del impuesto al valor agregado (IVA). Este gasto —en términos distributivos y de equidad— genera mayor desigualdad e implica una transferencia hacia los sectores del país con mayor ingreso (su coeficiente de concentración es de 0.38).

El costo fiscal para 2012 —es decir, lo que se deja de recaudar— se calcula en 14 125 millones de pesos. De los cuales el 57% (más de ocho mil millones) queda en manos del 30% de la población con mayor ingreso. Es decir, por cada peso que “recibe” el decil más pobre por este subsidio, el de mayores recursos absorbe casi 16.<sup>47</sup> Si el objetivo de esta medida es beneficiar a la población con menores recursos, resulta un mecanismo sumamente ineficiente.

Con todo, hay que destacar que el gasto en salud en su conjunto resultaba regresivo para 2008 —al tener un coeficiente de concentración de 0.105. Sin embargo, para 2010, con la ampliación del Seguro Popular y de otros programas que benefician a la población no asegurada, ya resultaba ligeramente progresivo (-0.1).

<sup>47</sup> Secretaría de Hacienda y Crédito Público, *Presupuesto de gastos fiscales 2011*, México, SHCP, 2012, pp. 41 y 43.

Parece haber así un esfuerzo para corregir la histórica injusticia en contra de la población no asegurada, y se estaría caminando hacia una mayor equidad en el gasto sanitario en los últimos años.

De cualquier modo, si comparamos nuestro sistema de salud en su conjunto, frente al de otras naciones de nuestro entorno, encontramos que “a pesar de la reducción en la regresividad del gasto, el país aún se encuentra entre aquellos con los sistemas de salud pública más inequitativos de la región, muy lejos de sistemas altamente progresivos, como los de Chile, Uruguay, Colombia o Costa Rica”.<sup>48</sup>

<sup>48</sup> PNUD, *op. cit.*, pp. 106 y 107.