

Protección financiera en salud: actualizaciones para México a 2014

Felicia Marie Knaul, PhD,⁽¹⁻⁴⁾ Héctor Arreola-Ornelas, M Econ S,^(3,4) Oscar Méndez-Carniado, Pas Econ.^(3,4)

Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O.
**Protección financiera en salud:
actualizaciones para México a 2014.**
Salud Pública Mex 2016;58:341-350.
<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7886>

Resumen

Objetivo. Documentar la protección financiera en salud en México hasta 2014. **Material y métodos.** Se actualiza la medición del gasto empobrecedor y catastrófico hasta 2014 para analizar los cambios desde la implementación del Sistema de Protección Social en Salud y el Seguro Popular, con base en la serie de Encuestas de Ingresos y Gastos de los Hogares. **Resultados.** En el periodo de 2004 a 2014, los indicadores de protección financiera han continuado su tendencia decreciente. El gasto excesivo llegó a sus niveles más bajos: 2.0% en 2012 y 2.1% en 2014. El gasto empobrecedor bajó de 1.3% en 2004 a 0.5% en 2014, mientras que el gasto catastrófico, de 2.7% a 2.1%. **Conclusiones.** Las tendencias en protección financiera son claramente de mejoría entre 2000 y 2014; para 2012 y 2014, demuestran niveles bajos en gasto catastrófico y empobrecedor, así como una estabilización. Sin embargo, siguen siendo relativamente altas entre hogares del quintil I, rurales y con adultos mayores.

Palabras clave: financiamiento en salud; inversión en salud; sistemas de salud; México

Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O.
**Financial protection in health:
updates for Mexico to 2014.**
Salud Pública Mex 2016;58:341-350.
<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i3.7886>

Abstract

Objective. Document financial protection in health in Mexico up to 2014. **Materials and methods.** We update the measures of impoverishing and catastrophic health expenditure to 2014, to analyse shifts since the implementation of the System for Social Protection in Health and the Seguro Popular using time series data from the Household Income and Expenditure Survey. **Results.** Between 2004 and 2014 there has been a continued improvement in levels of financial protection. Excessive expenditure reached its lowest point: -2.0% in 2012 and 2.1% in 2014. Impoverishing expenditure dropped to 1.3% in 2004, compared to 0.5% in 2014, and catastrophic expenditures from 2.7% to 2.1%. **Conclusions.** The time series of data on financial protection show a clear pattern of improvement between 2000 and 2014 and level off and low levels in 2012 and 2014. Still, levels continue to be relatively high for households in the poorest quintile, in rural areas and with an elderly person.

Keywords: healthcare financing; investment in health; health systems; Mexico

(1) Miami Institute for the Americas. Florida, EUA.

(2) Miller School of Medicine, University of Miami. Florida, EUA.

(3) Fundación Mexicana para la Salud. México.

(4) Tómate lo a Pecho AC. México.

Fecha de recibido: 4 de septiembre de 2015 • **Fecha de aceptado:** 19 de enero de 2016
 Autor de correspondencia: Mtro. Héctor Arreola-Ornelas. Universalidad y Competitividad en Salud, Funsalud.
 Periférico Sur 4809, El Arenal Tepepan, 14610, Ciudad de México, México.
 Correo electrónico: harreola@funsalud.org.mx

La protección financiera en salud se ha convertido en uno de los pilares en el anhelo por alcanzar la cobertura universal en salud (CUS) desde la publicación del Informe sobre la salud en el mundo de 2000, en el cual se sentaron las bases para una medición formal de la protección financiera en el marco de la evaluación del desempeño de los sistemas de salud.¹⁻¹⁰ Actualmente, la protección financiera figura como pieza clave, a la par del acceso a servicios de calidad, de la cobertura universal en salud y forma parte de las propuestas para los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a nivel mundial.¹¹⁻¹³ Es igualmente clave para todos los países que han elegido orientar sus sistemas de salud hacia la búsqueda de la CUS; entre los cuales se encuentran, por ejemplo, los países del grupo BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica), que representan aproximadamente la mitad de la población del mundo.¹¹

El monitoreo del proceso para alcanzar la CUS a nivel mundial, realizado por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS), demuestra que, pese a que desde 2000 se han dado mejorías importantes, los países aún enfrentan grandes retos.¹¹ El gasto en salud, procedente del gasto de bolsillo, ha bajado de 36% en 2002 a 32% en 2013; sin embargo, sigue siendo alto y representa un riesgo para los hogares. Se estima que 17% de la población de los países de ingresos bajos y medios se empobrece o estanca en la pobreza absoluta a raíz del gasto en salud. En una muestra de 37 países, la media del gasto catastrófico se reportó entre 1.8 y 2.5% y el empobrecimiento en 0.9% (hogares que cayeron por debajo de la línea de pobreza, de dos dólares por día) debido al gasto en salud. Desde 2000, varios países han logrado reducir la incidencia del gasto catastrófico y empobrededor, pero la tendencia es lenta y leve en relación con lo que se requiere para evitar la ruina financiera de millones de familias y lograr mejorar de forma sustancial su condición de salud, especialmente entre las familias más pobres, en quienes se concentra este fenómeno. Por otro lado, el no gastar en salud, indicador de un severo problema de falta de financiamiento público y del bajo poder adquisitivo de los hogares, es casi dos veces más común en el quinto decil más pobre que en el más rico.¹¹

México fue uno de los primeros países en definir, analizar y monitorear las tendencias de los indicadores para la medición del desempeño del sistema de salud a nivel nacional y subnacional. Estos indicadores sirvieron de sustento a la reforma del sistema de salud en 2004.^{2,14-19} La medición de la protección financiera fue tomada como uno de los indicadores a mejorar tras la reforma, por lo que las mediciones en la evolución del gasto de bolsillo en salud y de los gastos catastróficos

y empobrededores se institucionalizaron con el fin de dar un seguimiento y evaluar los progresos de la misma.¹⁹⁻²³ Adicionalmente, los estudios sobre la protección financiera y reforma en México han servido de ejemplo para otros países que buscan implementar sistemas de medición y monitoreo en sus sistemas de estadísticas² y, en el caso de América Latina, han ayudado a generar consensos sobre la metodología para llevar a cabo dichas estimaciones.²⁴⁻²⁶

Con el objetivo de documentar las tendencias en la protección financiera del sistema de salud en México, en 2005 se publicaron las series de gasto catastrófico y empobrededor de 1992 a 2004 en esta misma revista.²³ Además, ante la calidad de las bases de datos y la existencia de una serie larga, se pudo innovar en cuanto al desarrollo de la metodología de medición del gasto catastrófico y empobrededor, así como documentar una clara relación entre crisis económica y gasto en salud ante la falta de protección financiera para los hogares. Posteriormente, otros análisis continuaron con este objetivo, con lo que la serie de estimaciones se alargó hasta 2010 y fue posible demostrar mejorías y retos para alcanzar la CUS.^{2,19,27-29}

El presente estudio aplica una serie de indicadores que miden el gasto catastrófico y empobrededor en el periodo que va de 1992 a 2014. Actualiza los cálculos publicados anteriormente, tomando en cuenta innovaciones a nivel mundial que buscan refinar los indicadores y métodos de medición de la protección financiera y que ayudan a dar continuidad a la medición para México.^{2,11,19,23,27-30}

El análisis de una serie de tiempo de 20 años permite observar y documentar la asociación entre el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y la protección financiera en salud en México identificando una serie de variables que se conocen como determinantes de la probabilidad de sufrir gastos catastróficos o empobrededores. Específicamente, documentamos la trayectoria de los indicadores por tipo de aseguramiento, nivel de ingreso, composición de la familia y lugar de residencia.^{2,19,23,27-29} Queda para posteriores análisis establecer los mecanismos causales que explican la desprotección financiera.

El documento consta de tres secciones. La primera parte describe la metodología, los indicadores y las fuentes de información que hacen referencia a publicaciones anteriores. La segunda sección analiza las tendencias en los indicadores a nivel global entre la población, por tipo de aseguramiento así como por nivel de ingreso, composición de la familia y lugar de residencia. La última sección resume las conclusiones y presenta una agenda de investigación a futuro.

Material y métodos

Indicadores

Diferentes estudios se han encargado de medir el nivel y la distribución de la carga del financiamiento a la salud de los hogares así como la protección financiera que ofrece el sistema de salud para protegerlos contra riesgos financieros debido a la atención a la salud. Usando una metodología similar hasta 2006, estos estudios midieron la protección financiera a través de tres indicadores típicos:

- La proporción de hogares con gastos catastróficos, medidos como el porcentaje de hogares con gastos en salud mayores a 30% del ingreso disponible (ingreso total menos gasto en alimentos);^{21,23}
- La proporción de hogares con gastos en salud empobrecedores, entendida como la proporción de hogares cuyo gasto en salud los lleva a cruzar la línea de pobreza o bien, que estando por debajo de ella, los empuja a un nivel de pobreza aún más profundo,^{23,31} y
- La cantidad resultante de la suma de los porcentajes de hogares con gastos catastróficos y con gastos empobrecedores, a lo que denominamos gastos excesivos.^{22,3}

Estos tres indicadores consideran la contribución financiera de los hogares (CFH) como la contribución total del hogar a la salud en función de su ingreso efectivo; es decir, descontando el gasto en subsistencia.^{1,9,32} La CFH incluye los pagos y aportaciones al sistema de salud atribuibles a los hogares por primas de seguros privados y los pagos directos del bolsillo. Asimismo, se excluyen las contribuciones a la seguridad social para que las estimaciones de este estudio sean comparables con estimaciones recientes y con otras estimaciones reportadas por la región latinoamericana.^{24,25} El ingreso efectivo es calculado a partir del ingreso disponible del hogar usando el gasto total de cada hogar menos su gasto en alimentación.*

El indicador del *empobrecimiento absoluto* o *gasto empobrecedor* es una alternativa al indicador de gastos catastróficos.^{23,30} En este estudio medimos la proporción

* En algunos análisis posteriores a la publicación del World Health Report 2000 de la OMS se han calculado los gastos catastróficos con un denominador distinto, que hace uso de la línea de pobreza absoluta en vez del gasto en alimentación. En este estudio seguimos con la metodología original para generar una serie más apegada a publicaciones anteriores para México.^{21,25,29}

de hogares con gasto empobrecedor como el porcentaje de hogares que, debido a su gasto en salud, caen por debajo de la línea de pobreza, o bien que, estando debajo de ella, la profundizan. Consideramos un hogar con gasto en salud que profundiza su empobrecimiento al que, siendo pobre, tiene que cubrir cualquier gasto en salud mayor a cero. Para los fines del presente análisis, y con base en estudios recientes, establecimos la línea de la pobreza en un dólar por persona al día en paridad de poder de compra en una canasta de 2005.*^{19,23-25}

El último de los indicadores corresponde a la agregación de los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor –absoluto y relativo–, el cual genera un indicador compuesto de los gastos en salud que, siguiendo la nomenclatura propuesta por la Secretaría de Salud, denominamos *excesivos*.²³⁻³³ El resultado es menor que la suma de las partes porque hay familias cuyo gasto es empobrecedor y catastrófico a la vez. También hay familias que experimentan un gasto catastrófico y que no se empobrecen y familias con un gasto empobrecedor que no rebasa el 30% del ingreso disponible, pero que las lleva debajo de la línea de la pobreza o las deja más empobrecidas. Sumando las categorías, garantizamos la inclusión de familias con muy alto –y quizás injusto– gasto nominal, aunque éste no los lleve a empobrecerse, y a la vez de familias que experimentan un gasto en salud nominalmente bajo pero que implica cruzar la línea de la pobreza absoluta o profundizar considerablemente su situación de pobreza.

Para diferenciar entre grupos, los resultados son presentados, adicionalmente, por tipo de aseguramiento en salud, quintil de gasto per cápita, condición de residencia –rural o urbana– y composición del hogar.

Para la construcción de la variable de aseguramiento en salud del hogar, la unidad básica es el hogar y no el individuo.[‡] Por otro lado, a partir de 2006, el análisis hace una diferenciación entre la población con asegu-

* La Paridad de Poder de Compra (PPC) es un tipo de conversión de monedas y deflactores espaciales de precios. Convierten diferentes monedas a una moneda común y, en el proceso de conversión, igualan su poder de compra al eliminar las diferencias en los niveles de precio entre países. Así, cuando el PIB de los países –y sus componentes de gasto– se convierten a una moneda común con PPC, son valorados al mismo nivel de precio y, por lo tanto, sus cocientes reflejan sólo diferencias relativas en los volúmenes de bienes y servicios comprados en los países (INEGI; 2016. <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/INP/PPC/Presentacion.aspx>).

[‡] Cabe aquí considerar que, para el SPSS, originalmente la unidad básica de afiliación era el hogar pero, por modificaciones en su operación, desde 2013 es el individuo. Para el análisis, esto no es considerado pues las variables de protección financiera son definidas a nivel de hogar. De lo contrario, se perdería la comparabilidad, por lo que aquí se construyeron a nivel de hogar. Dejamos para posteriores análisis el efecto que este cambio en la operación generó sobre los indicadores aquí considerados.

ramiento público y los que reportan no tener ningún aseguramiento. Se consideran tres grupos: a) los hogares que reportan estar cubiertos por el SPSS; b) los que cuentan con otro tipo de aseguramiento, incluyendo seguridad social (afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado [ISSSTE], Petróleos Mexicanos, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas) o seguro privado (éstos representan menos de 3% de los hogares), y c) la población no asegurada, definida como todos los hogares que reportan no tener ninguno de los anteriores y tampoco un seguro privado. En la serie previamente publicada, que contempla datos hasta 2004, no se hacía dicha distinción porque el SPSS apenas iniciaba.^{2,19-23} Bajo estas categorizaciones, fue posible tener una imagen de lo que pasó con las familias que, a partir de 2006, aparecen como afiliadas al SPSS; ésta es una de las novedades del presente documento. Cabe mencionar que ninguna de las poblaciones es un grupo poblacional *estable*, ya que los hogares van afiliándose al SPSS a lo largo del periodo y, en algunos casos, saliendo o entrando a la seguridad social.

Por otro lado, cuando se hace referencia a la variable *hogar con seguridad social* se está considerando a los hogares en los que alguno de los miembros declara contar con seguridad social.* Existen algunos hogares que declaran seguridad social pero que además hay algún miembro afiliado al SPSS (alrededor de 3% de los hogares).

Por su parte, la condición de residencia del hogar, rural o urbana, se definió a partir de la localidad o estrato de residencia. Si el hogar se ubica en una localidad con menos de 2 500 habitantes se consideró rural, tal como lo define el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en otros estudios; en caso contrario, el hogar se consideró urbano. La construcción de los quintiles de ingreso se realizó a partir del gasto per cápita y no propiamente del ingreso, pues se ha considerado que el gasto proporciona una mejor aproximación del ingreso permanente del hogar. Por su parte, la composición del hogar se determinó a partir de cuatro diferentes categorías excluyentes entre sí: si en el hogar existe la presencia de niños menores de seis años; si en el hogar están presentes adultos de 65 años o más; si en el hogar se da la presencia tanto de niños menores de seis años como de adultos de 65 años o más,

o si no existen en el hogar niños menores de seis años ni adultos de 65 años o más.

Para poder aplicar los cálculos de los indicadores sobre la serie de tiempo, en cada uno de los años disponibles en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), se generó una base de datos con información sobre los gastos que realizan los hogares (salud, gasto total, alimentos, etc.), así como sobre sus ingresos y demás datos relacionados. Posteriormente, se homologaron todas las variables en las que los códigos fueran diferentes, por las modificaciones en los cuestionarios, a través de los años. Para cada uno de los indicadores se construyeron intervalos de confianza alrededor de la media, haciendo uso del paquete estadístico STATA, versión 13.*

Fuentes de información

La base de datos empleada para el análisis es la serie de tiempo de las ENIGH de 1992 a 2014, levantadas por el INEGI cada dos años.^{34,‡} Son encuestas de corte transversal, que comprenden una muestra representativa a nivel nacional y subnacional (por estrato o lugar de residencia). Se acopian datos detallados sobre cada fuente de ingresos y gastos de cada familia y se reúne información individual sobre la afiliación a la seguridad social, la participación en el mercado laboral, los salarios, la educación y las características sociodemográficas básicas. Los datos son levantados entre los meses de agosto y noviembre de los años pares y los datos sobre el gasto en salud se basan en los gastos incurridos durante los tres meses previos al levantamiento de la encuesta. El tamaño de la muestra de hogares de cada uno de los años en los que se levantaron las encuestas se presenta en el cuadro I. El cuestionario base y la cobertura de la encuesta han sido muy estables a partir de 1992, lo cual permite una gran comparabilidad entre las encuestas en cada momento del tiempo.

En el mismo cuadro I se puede observar la evolución de la cobertura en salud desde 1992, específicamente, reducción en el número de población no asegurada desde 2004: ésta ha pasado de 53.8% de hogares sin ningún tipo de cobertura (62 millones de personas) a 9.8% de hogares (17.7 millones de personas) en 2014. Asimismo, el porcentaje de hogares en zonas rurales se ha mantenido en aproximadamente 22%. Respecto a la

* Existe una diferencia operacional entre la variable aseguramiento que se maneja en este estudio y la que utiliza el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval). Mientras que en el Coneval la unidad de análisis es la persona, aquí nos referimos al hogar, debido a que los indicadores de protección social se miden a ese nivel, donde un hogar asegurado corresponde con aquel en el que al menos una persona declara estar afiliada a algún tipo de seguro de salud.

* StataCorp, 2011. Stata: Relase 12. Statistical Software. College Statio, TX: StataCorp LP.

‡ Las ENIGH comenzaron antes de 1992, sin embargo no es sino hasta ese año que empiezan a tener una periodicidad bianual y un cuestionario más estable.

CUADRO I
**TAMAÑO DE LA MUESTRA DE LA ENCUESTA NACIONAL DE INGRESOS
 Y GASTOS DE LOS HOGARES (ENIGH). MÉXICO, 1992-2014**

Año	Hogares en muestra	Afiliación a esquemas de aseguramiento en salud %			Condición de residencia %			Composición del hogar %		
		Seguridad social	Seguro Popular	Sin aseguramiento	Urbano	Rural	Con >65 años	Con ≤ 6 años	Con > 65 años y ≤ 6 años	Sin > 65 años ni ≤ 6 años
1992	10 497	44.1	0.0	55.9	75.6	24.4	14.1	26.8	2.2	56.9
1994	12 777	40.5	0.0	59.5	75.8	24.2	15.1	24.4	2.4	58.0
1996	14 008	40.6	0.0	59.4	76.0	24.0	14.5	24.9	2.3	58.4
1998	10 903	42.8	0.0	57.2	75.5	24.5	14.0	32.3	3.0	50.6
2000	10 077	43.8	0.0	56.2	77.2	22.8	15.0	29.5	2.6	52.9
2002	17 123	42.1	0.0	57.9	76.5	23.5	16.1	28.3	2.5	53.2
2004	23 124	43.3	2.9	53.8	77.5	22.5	16.3	27.7	3.0	53.0
2006	20 836	42.1	9.6	48.3	78.0	22.0	17.3	27.5	2.7	52.5
2008	29 468	55.5	18.1	26.4	79.8	20.2	18.1	25.6	2.6	53.7
2010	27 655	55.7	25.5	18.8	78.6	21.4	18.2	24.5	2.5	54.8
2012	8 985	54.3	32.8	12.8	78.1	21.9	18.5	24.5	2.5	54.6
2014	19 479	58.1	32.1	9.8	78.0	22.0	18.7	23.4	2.6	55.3

Fuente: Estimaciones propias con base en datos de la ENIGH 1992 a 2014³⁴

composición del hogar, 23.4% de los hogares cuenta con niños menores de seis años; 18.7% con adultos mayores de 65 años, y 2.6% con ambos; en el 55.3% restante no habita ninguno de estos dos grupos etarios.

Por otro lado, se observa que las estimaciones mantuvieron la misma tendencia en relación con las publicadas en la serie de 1992 a 2004, a pesar de ligeros cambios metodológicos. Sin embargo, son levemente inferiores a lo publicado en 2005 y 2006.^{2,19-23} Los resultados sobre el gasto catastrófico y empobrecedor han mantenido la misma tendencia que la mostrada en los documentos señalados.

Por último, debemos apuntar que el presente estudio no requirió de la aprobación de ningún comité de ética debido a que no se realizó ningún tipo de experimentación con individuos. La información empleada se basa en una encuesta autorizada por la Ley de Información Estadística y Geográfica en la que el INEGI mantiene el compromiso de la confidencialidad de la información y requiere del consentimiento de los hogares para su aplicación.

Resultados

En el periodo 2004 a 2014 los indicadores de protección financiera en México han continuado su tendencia decreciente, con un ligero aumento en 2006. El porcentaje de hogares con gastos excesivos en salud llegó a su nivel más bajo del periodo en 2012 con 2.0% y en 2014

con 2.1%, con una reducción de 40% desde 2004. Las diferencias en el indicador de 2004 frente a 2012 y 2014 son estadísticamente significativas, lo cual es observable al no existir traslape entre los intervalos de confianza por año (figura 1).

El gasto catastrófico pasó de 2.7% en 2004 a 1.7% en 2014, lo que representa una reducción por encima de 36% en dicho periodo. Se observa un repunte en 2006 y, en 2014, otro mucho más ligero y estadísticamente insignificante en relación con el valor de 2012. Por su parte, el gasto empobrecedor pasó de 1.3% de hogares

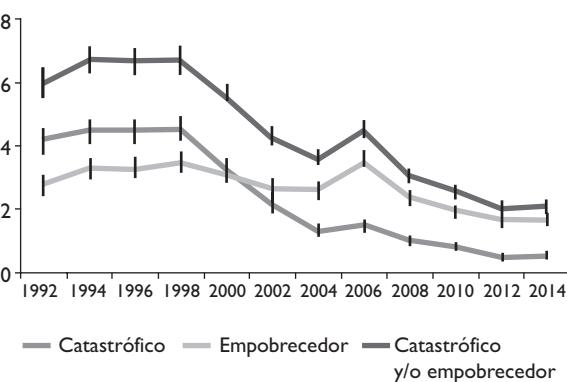


FIGURA I. TENDENCIAS EN LOS GASTOS CATASTRÓFICOS Y EMPOBRECEDORES EN MÉXICO, 1992-2014

en 2004 a 0.5% en 2014, lo que representó una reducción total de 60%. También se observa un leve incremento en 2006.

Entre las familias afiliadas al SPSS, una población que expandió considerablemente durante el periodo, hubo una reducción importante en los tres indicadores durante el periodo. El porcentaje de familias que tuvieron gasto catastrófico pasó de 3.6% en 2004 –valor correspondiente a la categoría de “no asegurados” en las estimaciones previas– a sólo 2% en 2014, lo que implicó una reducción en dicho indicador de 43%. El porcentaje de hogares con gasto empobrecedor pasó de 2.1% en 2004 a 0.9% en 2014, equivalente a una reducción de 59%. A su vez, el indicador compuesto de gastos excesivos cayó de 5.2% en 2004 a 2.7% en 2014, es decir, una baja de 47.5%. En todos los casos las diferencias en los indicadores son estadísticamente significativas en 2004, 2006, 2008 y 2010, en comparación con 2014. No hay diferencias significativas entre 2012 y 2014.

Las familias cubiertas por la seguridad social u otro aseguramiento presentaron los niveles más bajos de gastos tanto catastróficos como empobrecedores. Los descensos en los indicadores para este grupo de hogares

son estadísticamente significativos pero menos notorios que en el caso del SPSS: el gasto excesivo pasó de 1.7% en 2004 a 1.2% en 2014 (figura 2).*

Por su parte, los hogares que se declaran no afiliados a ningún esquema de aseguramiento en salud –en este estudio denominados *no asegurados*– presentan niveles de desprotección financiera ligeramente superiores al de los hogares afiliados al SPSS. Los intervalos de variación sugieren que las diferencias en cada año no son estadísticamente significativas entre los hogares no asegurados y los que reportan tener SPSS. Este hallazgo merece un estudio más detallado para revisar los determinantes por año de los gastos catastróficos y empobrecedores en cada uno de los grupos.

Por condición de residencia, se observa una reducción importante para hogares de zonas tanto urbanas como rurales; sin embargo, la brecha entre los grupos sigue siendo considerable ya que los hogares de zonas

* Para obtener una mejor referencia de los valores en las figuras que se presentan en el documento, se puede consultar el anexo estadístico en: <http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/documentos.html>

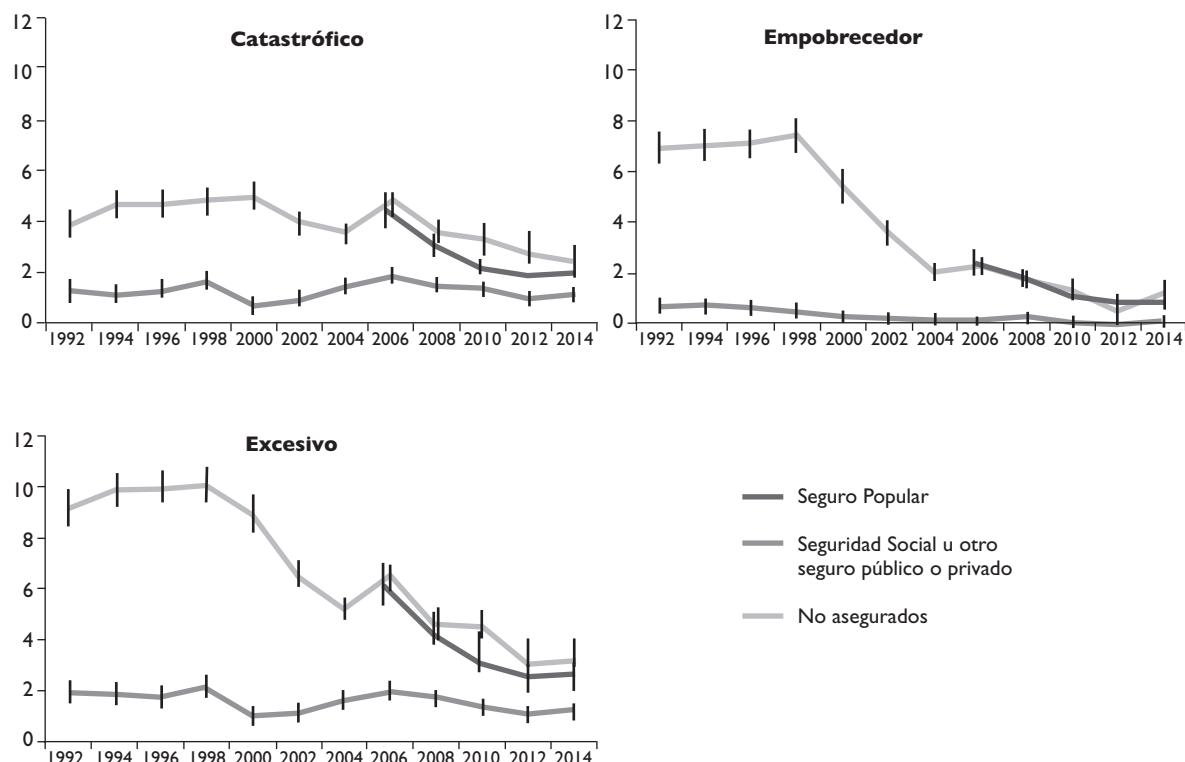


FIGURA 2. TENDENCIAS EN EL GASTO CATASTRÓFICO, EMPOBRECEDOR Y EXCESIVO SEGÚN TIPO DE ASEGUERAMIENTO EN SALUD. MÉXICO, 1992-2014

rurales continúan presentando una desprotección financiera más alta (figura 3).^{*} Entre 2004 y 2014, el gasto excesivo se redujo 39% en los hogares rurales y 42% en los urbanos. En 2004, los gastos excesivos eran aproximadamente 3.3 veces más altos en hogares rurales que en urbanos, mientras que en 2014 esta relación se redujo a 3.1 veces aproximadamente. No obstante, hubo diferencias notables al comparar gasto catastrófico y empobrecedor. La reducción en el gasto catastrófico fue más importante en los hogares urbanos en comparación con los rurales: 41% en los primeros y 24% en los segundos. A la vez, la reducción en el gasto empobrecedor fue de 57% en los hogares urbanos y de 52% en los rurales.

En relación con quintiles de ingreso, se encontraron mayores mejoras en los primeros cuatro quintiles. El cambio fue mucho menor en el quintil 5, el de hogares menos pobres (figura 3).^{*} En términos porcentuales, los quintiles 2 y 4 tuvieron las reducciones más importantes: 53 y 54%, respectivamente.

El quintil 1, el de hogares más pobres, tuvo el mayor avance en términos absolutos: pasó de 7.1 a 4.1% en el gasto excesivo que, en términos relativos, implica una reducción de 42%. Para el quintil 1, la disminución en el gasto catastrófico fue de sólo 11%, mientras que el gasto empobrecedor se redujo en 54%. Por otro lado, se puede observar que la brecha entre los quintiles 1 y 5, es decir entre el más pobre y el más rico, se cerró durante este periodo. A su vez, en 2004, el gasto excesivo para el quintil 1 era 2.6 veces el del quintil 5, mientras que, para 2014, se redujo a 1.8 veces.

Por composición del hogar, los gastos catastróficos se redujeron en mayor medida entre aquellos hogares que tienen niños menores de seis años. Esta reducción fue de 73% (de 3.3% en 2004 a 0.9% en 2014) (figura 4).^{*} A su vez, la menor reducción fue la que se dio entre los hogares sin mayores de 65 años y sin niños, siendo de 9% (1.2% en 2004 a 1.1% en 2014); ésta, además, no resultó estadísticamente significativa por haber ocurrido en un

* Ver anexo estadístico en: <http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/documentos.html>

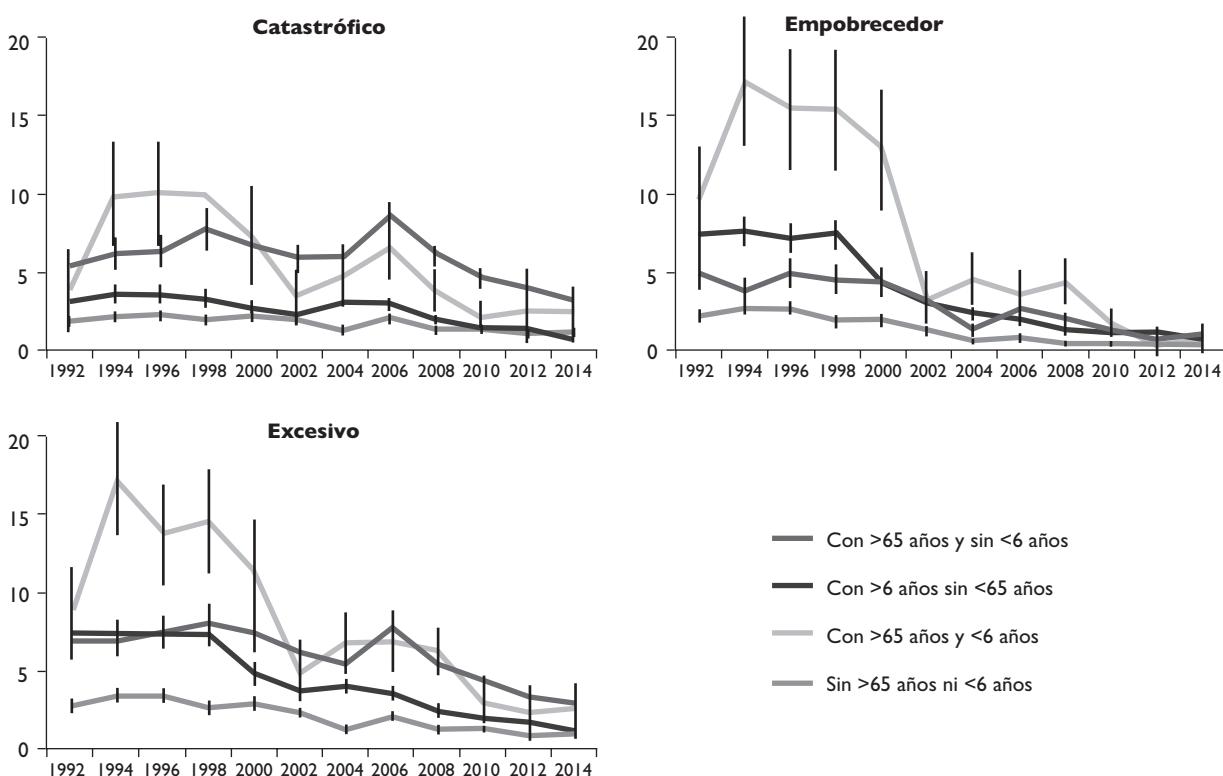


FIGURA 3. TENDENCIAS EN EL GASTO CATASTRÓFICO, EMPOBRECEDOR Y EXCESIVO POR COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA. MÉXICO, 1992-2014

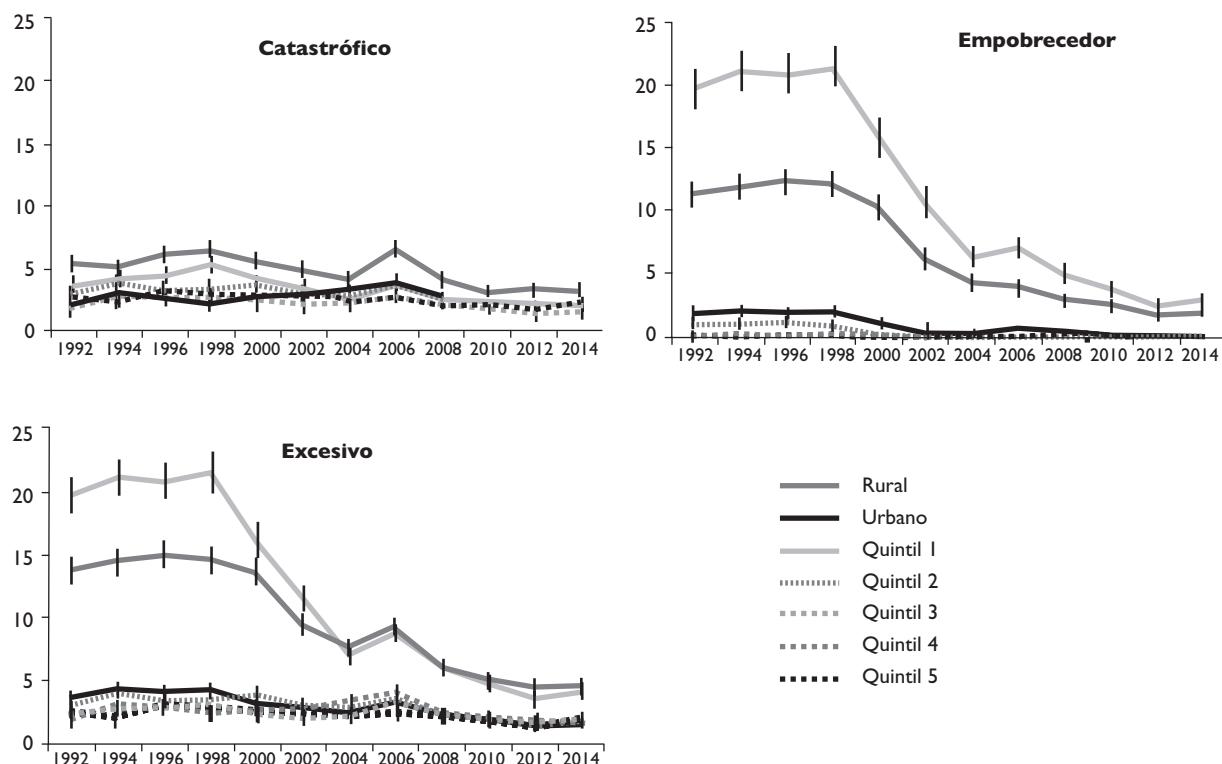


FIGURA 4. TENDENCIAS EN EL GASTO CATASTRÓFICO, EMPOBRECEDOR Y EXCESIVO POR QUINTIL DE INGRESO DE LA FAMILIA. MÉXICO, 1992-2014

grupo de población menor y que, por tanto, tuvo una medición menos precisa. El gasto empobrecedor tuvo una mayor reducción entre los hogares con presencia de mayores de 65 años y menores de seis años, con 83% (4.6% en 2004 a 0.8% en 2014). Los hogares con menor avance fueron, nuevamente, aquéllos que tienen mayores de 65 años y sin niños de seis años o menos con una reducción de 1.3 a 0.9% entre 2004 y 2014, respectivamente. El indicador de gastos excesivos se redujo notoriamente más en aquellos hogares que incluyen la presencia de menores de seis años: 71% cuando no hay adultos mayores de 65 años (5.1 a 1.5% entre 2004 a 2014), y 63% cuando conviven ambos en el hogar (8.8% en 2004 a 3.3% en 2014). En suma y comparando hogares con niños y hogares con mayores, la mejoría más importante se observó entre hogares con niños, y la menos notoria entre hogares con adultos mayores.

Conclusiones

Este estudio documenta la evolución de los gastos catastróficos, empobrecedores y excesivos en salud entre

1992 y 2014 en México, específicamente entre 2004 y 2014, a partir del inicio del SPSS.

Entre los fines de este estudio no estuvo distinguir los aspectos causales de la relación entre la expansión del SPSS y la reducción del número de hogares con gastos excesivos. Estas relaciones causales podrían ser exploradas en futuros estudios con técnicas de análisis multivariado, las cuales darían mayor información acerca de los factores determinantes de la reducción en el porcentaje de hogares con gastos catastróficos y empobrecedores. Aunque cabe aclarar que una limitación es la falta de datos longitudinales sobre el gasto en salud.

Asimismo, será importante para futuros estudios identificar los padecimientos y enfermedades más frecuentemente asociados a los gastos catastróficos y empobrecedores y, en particular, si se relacionan con enfermedades crónicas, lo que en este estudio ocurrió en familias con adultos mayores. Este tipo de análisis requiere datos más detallados que incluyan información tanto de los gastos e ingresos de los hogares como de su condición de salud.

Los resultados muestran una tendencia de mejora continua en los tres indicadores de protección financiera desde 2000 y, para 2012 y 2014, muestran niveles bajos de gasto catastrófico y empobrecedor, y quizás un aplanamiento. En general, las tendencias en los gastos catastróficos y empobrecedores coinciden con los años en donde se reduce la proporción de la población que vive en pobreza y se incrementan cuando ésta sube.³⁵

Se muestran reducciones importantes para los hogares con SPSS, con niños, y con niños y adultos mayores, en condiciones tanto urbanas como rurales, y entre las de los quintiles 1 a 4. Entre las familias más pobres –las del quintil 1– hubo una mayor reducción en el indicador de gastos empobrecedores, mientras que, entre las familias en condiciones de menor pobreza –quintiles 2, 3 y 4–, las mejorías se dieron principalmente en el indicador de gastos catastróficos. La brecha en la prevalencia de gasto excesivo se redujo entre el quintil 1 y el quintil 5 de 2.6 veces en 2004 a 1.8 veces en 2014.

Los resultados son consistentes con estudios previos,² y apoyan la hipótesis de que una parte de la reducción del número de hogares con gastos excesivos se debe a la ampliación de la protección financiera de las familias mexicanas, que ha traído consigo el SPSS. Sin embargo, las tasas siguen siendo relativamente altas para los hogares del quintil 1, residentes en zonas rurales y con adultos mayores. Es en estos hogares, la mayoría de los cuales ya cuenta con SPSS o seguridad social, donde se han de enfocar los esfuerzos para mejorar la protección financiera, dado que son los más propensos a sufrir un gasto catastrófico o empobrecedor.

Agradecimientos

Los autores agradecen el apoyo financiero e institucional del International Development Research Centre de Canadá, convenio 106439-001, del Consejo Promotor Universalidad y Competitividad en Salud de la Fundación Mexicana para la Salud y de la Universidad de Miami.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO, 2000.
2. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2014;380(9849):1259-1279. <http://doi.org/f2m84w>
3. Frenk J, de Ferranti D. Universal health coverage: good health, good economics. *Lancet* 2014;380(9845):862-864. <http://doi.org/f2ft28>
4. McKee M, Balabanova D, Basu S, Ricciardi W, Stuckler D. Universal health coverage: a quest for all countries but under threat in some. *Value Health* 2013;16(1):S39-S45. <http://doi.org/bdtb>
5. Reddy KS, Patel V, Jha P, Paul VK, Kumar AS, Dandona L, Lancet India Group for Universal Healthcare. Towards achievement of universal health care in India by 2020: a call to action. *Lancet* 2011;377(9767):760-768. <http://doi.org/bb3nxc>
6. Atun R, Aydin S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Lancet* 2013;382(9886):65-99. <http://doi.org/f2kgff>
7. Saleh SS, Alameddine MS, Natafji NM, Mataria A, Sabri B, Nasher J, et al. The path towards universal health coverage in the Arab uprising countries Tunisia, Egypt, Libya, and Yemen. *Lancet* 2014;383(9914):368-381. <http://doi.org/f2ps4v>
8. Hu S, Tang S, Liu Y, Zhao Y, Escobar ML, de Ferranti, D. Reform of how health care is paid for in China: challenges and opportunities. *Lancet* 2008;372(9652):1846-1853. <http://doi.org/brmhk2>
9. Murray CJL, Knaul FM, Xu K, Mugrove P, Kawabata K. Defining and measuring fairness of financial contribution. World Health Organization, Global Programme on Evidence. Working Paper 24. Geneva: WHO, 2000.
10. Xu K, Lydon P, Ortiz de Iturbide J, Musgrave P, Knaul FM, Kawabata K, et al. Analysis of the fairness of financial contribution in 21 countries. World Health Organization, Global Programme on Evidence. Discussion Paper 25. Geneva: WHO, 2000.
11. World Health Organization. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. WHO/World Bank Group report [documento en internet]. Geneva, Suiza: WHO, 2015 [consultado: 20 de julio de 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1
12. Evans DB, Marten R, Etienne C. Universal health coverage is a development issue. *Lancet* 2014;380(9845):864-865. <http://doi.org/f2ft29>
13. Organización de las Naciones Unidas. El camino hacia la dignidad para 2030: acabar con la pobreza y transformar vidas protegiendo el planeta. Informe de síntesis del Secretario General sobre la agenda de desarrollo sostenible después de 2015 [documento en internet]. Nueva York: ONU, diciembre de 2014 [consultado: 20 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/index.asp?symbol=A/69/700&referer=http://www.un.org/en/documents/&Lang=E>
14. Secretaría de Salud. Sistema de Protección en Salud: hacia un sistema universal de salud. Firma del Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación, 15 de mayo de 2003. México: SSa, 2003.
15. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet* 2006;368(9546):1524-1534. <http://doi.org/cd2fx7>
16. Knaul F, Frenk J. Health Insurance In Mexico: Achieving Universal Coverage Through Structural Reform. *Health Aff* (Millwood) 2005;24(6):1467-1476. <http://doi.org/bvsdkv>
17. Frenk J, Gómez-Dantés O, Knaul FM. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bull World Health Organ* 2009;87(7):542-548. <http://doi.org/b5d4p6>
18. Juan M, Moguel Ancheita A, Valdés Olmedo C, González Pier E, Martínez González G, Barraza Llorens M, et al. Universalidad de los servicios de salud en México. *Salud Pública Mex* 2013;55(SPE):1-64.
19. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet* 2006; 368(9549):1828-41. <http://doi.org/cv8c5t>
20. Pérez-Rico R, Sesma-Vázquez S, Puentes-Rosas E. Gasto Catastrófico por Motivos de Salud en México: Estudio comparativo por grado de marginación. *Salud Pública Mex* 2005;47(suppl 1):S47-S53.
21. Knaul F, Arreola H, Borja C, Méndez O, Torres AC. El Sistema de Protección Social en Salud de México: efectos potenciales sobre la justicia

- financiera y los gastos catastróficos de los hogares. En: Knaul F, Nigenda G, eds. *Caleidoscopio de la salud*. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud, 2003.
22. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Martínez A. Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México. *Salud Pública Mex* 2005;47(suppl 1):S54-S65.
23. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez O. Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. *Salud Pública Mex*. 2005; 47(6): 430-439. <http://doi.org/dpnb9d>
24. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Bitran R, Campino AC, et al. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud Pública Mex* 2011;53:S85-S95.
25. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H (eds). *Financing Health in Latin America: Household Spending and Impoverishment (vol 1)*. Harvard Global Equity Initiative, Mexican Health Foundation. Cambridge, MA: International Development Research Centre, 2013.
26. Prada SI, Duarte JL, Guerrero R. Out-of-pocket health expenditure for poor and non-poor older adults in Colombia: composition and trends. *Int J Consum Stud* 2015;39:362-368. <http://doi.org/bdtc>
27. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez O. Preventing impoverishment, promoting equity and protecting households from financial crisis: universal health insurance through institutional reform. In: Pinto-Masis D, Smith PC (eds.). *Health Care System in Developing and Transition Countries: The Role of Research Evidence*. London UK: Edward Elgar, 2009:89-136.
28. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Torres AC. Impoverishing and catastrophic household health spending among families with older adults in Mexico: A health reform priority. En: Angel JL, Whitfield KE (Eds.). *The health of aging hispanics: the Mexican-Origin population*. New York: Springer Publishing, 2007:237-262. <http://doi.org/bnd6m7>
29. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Wong R, Méndez O, Aguilar AM, Pleic M. Catastrophic and impoverishing health expenditure in Mexico. Remittances as a financial protection mechanism. A propensity-score matching analysis. En: Knaul, FM, Wong R, Arreola-Ornelas H (Eds.). *Financing Health in Latin America: Household Spending and Impoverishment (vol 1)*. Harvard Global Equity Initiative, Mexican Health Foundation. Cambridge, MA: International Development Research Centre, 2013.
30. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: with applications to Vietnam 1993-98. *Health Econ*. 2003; 12(11): 921-34. <http://doi.org/b74mv7>
31. World Health Organization. *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva:WHO, 2010.
32. Murray CJL, Xu K, Klavus J, Kawabata K, Hanvoravongchai P, Zeramini R, et al. Assessing the distribution of household financial contributions to the health system: Concepts and empirical Application. En: Murray CJL, Evans DB (Eds.) *Health systems performance assessment. Debates, methods and empiricism*. Geneva:WHO, 2003:513-531.
33. Secretaría de Salud. *Salud: México 2004. Información para la rendición de cuentas*. México:SSa, 2005:80-81.
34. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, 1992, 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2010 y 2014 [sitio en internet]. Aguascalientes: Inegi. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enigh/>
35. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Resultados de pobreza en México 2014 a nivel nacional y por entidades federativas*. México DF: Coneval, 2015.