

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE ECONOMÍA Y RELACIONES INTERNACIONALES

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS ECONÓMICAS



**“ESTUDIO EXPLORATORIO DEL SEGURO POPULAR DE SALUD COMO
MEDIDA PARA REDUCIR EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD, CASO
TIJUANA”.**

PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN CIENCIAS ECONOMICAS

PRESENTA

MISSAEL RUIZ CORRALES

DIRECTOR DE TRABAJO TERMINAL

DR. EMILIO HERNANDEZ GÓMEZ

TIJUANA BAJA, CALIFORNIA.

ABRIL DEL 2016.

Índice

I.	INTRODUCCION. -----	4
II.	MARCO TEORICO REFERENCIAL.-----	6
	II.1. Determinantes de la salud, pobreza y Acciones gubernamentales.-----	6
	II.2. Derecho a la salud en México.-----	13
	II.3. Sistema de salud y gasto de bolsillo.-----	16
III.	PROBLEMÁTICA.-----	22
	III.1. Caso Tijuana Baja California.-----	22
	III.2. Justificación.-----	25
	III.3. Preguntas de investigación.-----	27
	III.4. Hipótesis.-----	27
	III.5. Objetivos.-----	28
	III.6. Delimitación Teórica.-----	28
IV.	METODOLOGIA.-----	32
V.	RESULTADOS.-----	38
VI.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.-----	45
VII.	BIBLIOGRAFIA.-----	49

I. INTRODUCCION

La economía de la salud resulta ser un tema complicado debido a que en esta, no solo se contempla la decisión de el tener salud o no, el análisis debe ser mucho más profundo, en primera instancia debemos entender que la salud no es una decisión, es decir no decidimos si queremos enfermarnos o no y como consecuencia de eso debe concebirse a la salud como un estado deseable que está en función de factores tanto económicos, políticos, culturales y social-demográficos, de ahí la complejidad del análisis de esta.

Algunos estudios en el mundo relacionan a la Salud con una de las causas de empobrecimiento y viceversa, es decir cuando más pobre es una persona tiene menos recursos disponibles para acceder a servicios de salud de calidad y en la forma inversa la salud puede causar empobrecimiento debido al gasto que esta genera.

El derecho a la salud en muchos países del mundo es un derecho constitucional, es decir, todos los individuos deben recibir servicios de salud de manera equitativa y proporcional a su nivel de ingresos. Para mitigar los gastos de salud que podrían causar empobrecimiento en los ciudadanos vulnerables, es decir

aquellos cuyas características socioeconómicas impiden el acceso a un servicio de salud o de seguridad social, los gobiernos deben intervenir de manera activa a través de programas gubernamentales, en el caso de México en principio a este estrato de la población estaba dirigido un programa operado por la Secretaría de Salud denominado Seguro Popular de Salud y cuya característica es ofrecer una serie de servicios de salud que están determinados por el Catálogo de Universal de Salud cuya cobertura es limitada; pero después del 2007 este programa se convirtió más bien en un programa de combate a la pobreza y no un programa garantizador del cumplimiento del artículo 4to de la Constitución donde se estipula el Derecho a Salud.

Resumiendo lo anterior podemos decir que la Salud está en función de varios factores o determinantes que se relacionan directamente con el entorno en el que las personas viven y mueren, que está determinada en cierto modo por la cantidad de ingresos que perciben y de las decisiones del Estado para solventar las necesidades de salud.

Este trabajo presenta una exploración en los determinantes de la Salud que pudieran garantizar el acceso a los servicios de salud de los afiliados al programa Seguro Popular en el caso específico de Tijuana Baja California.

Se presenta un análisis detallado de estos determinantes y se plantea una metodología que permita cumplir con el objetivo y dar respuesta a las preguntas de estudio.

II. MARCO TEORICO DE REFERENCIA

II.1. Determinantes de la salud, pobreza y acciones gubernamentales.

Según el Centro de Estudio Económicos del Sector Privado el bienestar social y el combate a la pobreza es hacia donde deben converger y enfocarse todas las reformas estructurales y programas que en la actualidad se discuten en México. La eficiencia de la asignación del gasto puede ser evaluada a través de las transferencias de recursos enfocadas en el mejoramiento del bienestar de los hogares (CEESP, 2013).

En la actualidad y según datos de la OCDE, México ocupa el penúltimo lugar en las tablas de calificación de calidad de vida de los hogares principalmente en los temas de seguridad, educación y Salud. Mejorar en temas como nutrición; salud;

distribución de agua potable; seguridad personal; acceso al conocimiento básico; derechos personales y equidad, entre otros, es fundamental para que las familias logren un nivel de satisfacción que se refleje en mayor productividad y competitividad del país, asegura el organismo privado (CEESP, 2013).

Rosen (1997) Indica que uno de los temas más relevantes y donde se ha centrado los temas de discusión durante la última década es el tema de la salud. Los discursos y debates sobre temas de salud han hecho trascender las discusiones desde la concepción de la salud como un derecho humano y social hacia un punto céntrico donde se ubica la igualdad en salud, lo anterior ha hecho que podamos observar dos vertientes de estudio entre la salud y su relación con la pobreza muy interesantes, la primera donde se relaciona la pobreza de manera directa con los índices de mortalidad. Y la segunda donde se relacionan los problemas en temas de salud con el empobrecimiento.

Paul Spiker (1999) habla acerca de que la pobreza tiene distintos significados dentro de las ciencias sociales y presenta varias formas de representar esta palabra: necesidad, estándar de vida, insuficiencia de recursos, carencia de seguridad básica, privaciones, exclusión, desigualdad, entre otras. Si bien hay muchas formas de definirlo, los actuales estudios se han centrado casi de manera exclusiva en lo que se refiere a necesidad, insuficiencia de recursos y estándar de vida.

La interpretación de necesidades se refiere a la carencia de recursos y servicios materiales necesarios para vivir y funcionar dentro de una sociedad determinada.

Hay que acentuar que al referirnos al término de necesidades estamos hablando que se limita a la atención hacia artículos específicos. En este enfoque se considera pobre a una familia que no logra cubrir sus necesidades básicas de alimentación, salud, vivienda, vestido y educación. En este sentido se relaciona el bienestar con la satisfacción ex –post de las necesidades básicas (Ferest, Mancero, 2001).

Se considera importante hacer acentuación en el tema de pobreza, porque el análisis de este trabajo está basado en el área de la salud, y este término está incluido dentro de los determinantes de la pobreza.

Tomando como referencia el sin número de trabajos e investigadores que relacionan los problemas de salud y mortandad de manera directa con la pobreza y teniendo en cuenta los resultados obtenidos donde a los países más pobres se les atribuye un índice de mortalidad más alto, podríamos asegurar que la relación citada es correcta, pero debemos tomar en cuenta que existen otros factores ideológicos, sociales y religiosos atribuibles a la explicación del fenómeno, tales como las creencias religiosas, prácticas sociales heredadas, hábitos y costumbres y variables relacionadas con la educación, el sexo, la edad entre otros (Laurell, 1995).

Existen un número considerable de formas y técnicas para describir los determinantes de la salud, pero en este caso tomaremos el estudio realizado por la comisión mundial de la salud en 2005, donde de una forma literal describe la justicia social como una cuestión de vida y muerte. Existen desigualdades de

salud, las cuales son determinadas o explicadas por las prácticas o condiciones en las cuales la gente vive, crece, trabaja, se desarrolla, y los sistemas de salud enfocados al combate de las enfermedades. Las condiciones en las cuales las personas viven y mueren están relacionadas con las prácticas de políticas públicas, sociales y económicas. Bajo este concepto podemos entender que los determinantes de la salud no solo se derivan de conceptos monetarios o financieros, sino también a acciones gubernamentales y sociales que determinan la forma en la cual las personas viven y mueren. Las desigualdades a las cuales estamos haciendo referencia no solo se dan en la comparación entre países, sino también en su forma estructural interna, es decir existen desigualdades en las comparaciones entre países incluso cuando estos tienen condiciones de vida y económicas similar y también dentro del mismo país. Esta segmentación según recomendaciones de la misma organización que realizó el estudio pueden disminuirse al reorientar de una manera más eficiente y uniforme el poder, el dinero y los recursos (Commission on social determinants of health, 2008).

Los resultados presentados por la OMS nos hacen contrastar la idea de la relación directa entre la pobreza y la salud y abre la discusión y el análisis acerca de los determinantes sociales de la salud.

Dentro de los determinantes de la demanda de salud se identifican el ingreso, el empleo, y los factores sociales como lo son la edad, el sexo, las características de la vivienda, los niveles de educación (Phelps, 1997).

El ingreso forma parte primordial de los determinantes de la salud, dado que los hogares con mayores ingresos tienen la capacidad de acceder a mayores y mejores servicios de salud que los hogares cuyos niveles de ingreso son inferiores.

En cuanto al empleo, las características de este son determinante en el acceso a los servicios de salud requeridos, dado que una persona desempleada no cuenta con los ingresos para cubrir de manera efectiva los gastos en salud; en la contraparte una persona con empleo tiene mayor capacidad de realizar erogaciones en salud. Incluso dentro de las personas con empleo que perciben un ingreso por este hay diferencias que debemos destacar, el tipo de empleo es un determinante en el acceso a los servicios. Un empleado formal tiene la ventaja de contar con los servicios de las instituciones de salud a las cuales sus empleadores están afiliados como el IMSS, e ISSTE solo por mencionar algunos. A diferencia de los empleados informales o autoempleados que no cuentan con ninguno de estos servicios.

En lo que se refiere al tipo de vivienda y edad de las personas que lo habitan se consideran determinantes de la salud debido a que las personas de edad avanzada y niños están sujetos a mayores riesgos de salud que las personas jóvenes y adultas. El tipo de vivienda impacta en los niveles de ingreso disponibles para erogaciones en salud, es decir una familia que vive en una casa rentada dispone de menos recursos que las personas que habitan en una casa propia.

Por su parte la probabilidad de demanda de servicios de salud es mucho mayor en personas cuyo nivel de estudios es superior, debido a que entre más conocimientos tienen generan la contienda de intervenir en salud para beneficio propio, pero generalmente las personas con mayores estudios tienen también mayor nivel de ingresos y su gasto en servicios de salud representa un porcentaje menor de sus ingresos que el de las personas con niveles más bajos de educación y cuyos ingresos son inferiores (Phelps, 1997).

En general todos los factores están relacionados con el ingreso, las personas más pobres son las que tienen mayor dificultad para el acceso a la educación, lo que provoca que tengan una mayor cantidad de hijos, vivan en casas rentadas o prestadas y empleos cuya remuneración sea menor a los empleos que pueden obtener las personas con niveles de estudio superiores y por lo tanto menores ingresos, lo que conlleva a mayores dificultades para tener acceso a los servicios de salud (Phelps, 1997).

En el combate a la pobreza y mejora del bienestar y la calidad de vida de los persona, los gobiernos en su facultad de alta capacidad administrativa y cumplimiento a los derechos individuales tiene la tarea de proporcionar los medios necesarios para el buen para que este objetivo de alcance, esto lo hace a través de la formulación de políticas públicas y proyectos de desarrollo económico y social (Kaztman, 2009).

La medición o evaluación de las políticas públicas y programas de desarrollo social adoptadas por los gobiernos es un tema complejo ya que son producto de la

toma de decisiones frente a determinadas circunstancias y problemáticas, en algunas ocasiones las decisiones van encaminadas a la omisión, por resultar este el camino más adecuado. En todas las ocasiones las acciones tomadas u omitidas por los gobiernos tienen la repercusión de aumentar, disminuir, impactar de manera positiva o negativa o simplemente no generar ninguna reacción. (Cardozo, 1983).

En el mundo existen un sin número de programas enfocados al combate a la pobreza y mejora de la salud, en el caso de México podemos mencionar el programa de transferencia monetaria directa condicionada hacia las familias más pobres OPORTUNIDADES, cuando hablamos de condicionado nos referimos a que la población beneficiada con este programa está en la obligación del cumplimiento de ciertas conductas o actos, con frecuencia estas conductas están encaminadas a la prevención en salud, platicas informativas y chequeos completos anuales. La idea es que estas conductas ayuden a romper el ciclo de pobreza en la cual las personas se ven envueltas al presentar enfermedades. En el caso de los problemas de acceso a los servicios de salud existe el programa SEGURO POPULAR, el cual está restringido a un catálogo de servicios; pero en este caso ambos programas requieren un seguimiento y periodo de evaluación de resultados del cual aún se está lejos, por lo cual sería prematuro asegurar que este tipo de programas es la vía mediante el cual se resuelvan los problemas económicos causado por las enfermedades y muertes en el país (Laurell y Lopez, 1996).

Debe entenderse el Seguro Popular de Salud como un programa que forma parte del Sistema de Protección Social en Salud, el cual está dirigido a otorgar cobertura de servicios de salud, a través de un aseguramiento público, masivo y voluntario para aquellas personas desempleadas, que no cuentan con un trabajo fijo o trabajan por su cuenta y por lo tanto no tienen derecho a la protección de alguna institución como el IMMS o el ISSSTE. Los afiliados tienen acceso a servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios para satisfacer sus necesidades de salud. La cobertura actual ofrecida es 284 intervenciones y más de 500 enfermedades. (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2013).

II.2. Derecho a la salud en México

En la mayoría de los países del mundo, sus habitantes tienen derechos constitucionales. EL DERECHO A LA PROTECCION EN SALUD es en la mayoría de los países de América Latina, incluyendo a México, un derecho constitucional. Lo anterior se alberga bajo la idea de que no es concebible que alguna persona muera por no tener acceso a servicios de salud, esto conlleva a la idea de la igualdad, es decir todos los seres humanos tienen el mismo valor. (Laurrel y Lopez, 1996). Muchas de las ocasiones este derecho normativo no se cumple debido a situaciones de pobreza, segmentación de la población, falta de recursos económicos físicos, humanos, económicos y reducciones del gasto público. El

derecho a la salud en México esta asentado en el artículo 4º de la Constitución, la cual lo reconoce dentro de las garantías individuales y lo define acentuando la participación de la federación y las entidades federativas en la estructuración de las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Tal reconocimiento del estado de se ajusta a los lineamientos internacionales en la materia tales como recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como los compromisos adquiridos al ratificar los distintos tratados internacionales sobre derechos humanos. (CONEVAL, 2013)

En 1988, cuando Carlos Salinas asumió el cargo de primer mandatario, el país había vivido una prolongada crisis económica, una seria crisis de legitimidad del sistema político y una creciente efervescencia política con manifestaciones regionales más o menos organizadas en torno a demandas de democratización en la esfera de la participación política y de solución a los problemas de la población más afectada por la crisis en las esferas económica y social. Frente a este panorama, Salinas evaluó como imprescindible reorientar la economía, redefinir el rol del sector público y construir un nuevo pacto social. Para ello, durante los primeros dos años de su administración Salinas puso énfasis en cuatro líneas de política económica: la renegociación de la deuda, la reforma del Estado (que inició con la venta masiva de empresas paraestatales), la apertura a la inversión extranjera y las negociaciones del Tratado Trilateral de Libre Comercio. Respecto a la política social, el régimen reconoció que la magnitud de la crisis económica había dejado como saldo más de 40 millones de mexicanos que vivían en

situación de pobreza, asentados en áreas rurales y urbanas de todo el país, y definió como prioritario establecer un programa social de cobertura nacional para atender las carencias y necesidades básicas de esa población: el Programa Nacional de Solidaridad. Aun cuando el PRONASOL estaba enfocado al combate de la pobreza había algo que impedía mejorar la calidad de vida de las personas y abatir la pobreza. Al ser el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) un servicios médico a trabajadores asalariados bajo un esquema de aseguramiento público financiado por los trabajadores, patrones y el Estado, las personas no asalariadas no tienen acceso al servicios médicos, lo cual impacta directamente en su economía, debido a que tales servicios al ser requeridos deben ser cubiertos en la totalidad por el usuario mismo, al ser de esta manera, un porcentaje del ingreso familiar total está destinado a servicios médicos (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2013).

El trabajo analítico generador de evidencias para sustentar un cambio estructural del sistema de salud, inició en 1999. La reforma contenida en la Ley General de Salud (LGS) se aprobó en 2003 y el 1° de enero de 2004 entra en vigor el esquema de seguridad universal denominado Sistema de Protección Social en Salud (comúnmente identificado como Seguro Popular) para ofrecer, por primera vez en la historia del país, acceso igualitario de un aseguramiento médico público a la población no asalariada. Así es como se impulsó la protección financiera para los ciudadanos mexicanos carentes de seguridad social. El gobierno federal, a través de la Secretaría de Salud, durante 2001-2006, puso en marcha el Programa Nacional de Salud (PNS 2001-2006) subtulado La Democratización de la Salud

en México: Hacia un Sistema Universal de Salud que incluía un profundo análisis de la salud de la población y del sistema de salud. La investigación ofrecía evidencias de desajustes e inequidades entre el sistema de salud existente y las necesidades de salud de la población, por lo que se buscó reducir el gasto de bolsillo y fomentar la asistencia médica oportuna, a través del “Programa Salud para Todos” al que posteriormente se le denominó “Seguro Popular de Salud” (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2013).

La reforma a la Ley General de Salud en 2003, que dio origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cuyo brazo operativo es el Seguro Popular de Salud (SPS), es una reforma predominantemente financiera cuyos objetivos centrales son garantizar la protección financiera de la población no derechohabiente de la seguridad social y abatir los desequilibrios financieros del sistema de salud mediante nuevas reglas en el financiamiento y responsabilidad solidaria con las Entidades federativas.

El derecho a la salud forma parte de los derechos sociales, lo que obliga al Estado a garantizarlo y poner los medios necesarios para satisfacer de manera eficiente dicho derecho, dado que este es reglamentado a través de la Ley General de Salud. En esta se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salud. Sin embargo, aunque en materia de reglamentación, el derecho a la salud en México está garantizado por la Constitución y alineado con reglamentaciones internacionales, esto no siempre implica su pleno ejercicio.

II.3. El sistema de salud y gasto de bolsillo

El gasto de salud en México se distribuye de manera bipartita, en la primera parte esta erogación está cubierta por las aportaciones de la sociedad a través de los impuestos, y la otra parte proviene de manera directa del bolsillo de las familias. La primera parte de la confirmación del total del gasto se denomina como gasto público y proviene de las diversas instituciones que conforman el Sistema de Salud. La otra parte, la que proviene de manera directa del bolsillo de las familias está catalogada como gasto privado y es que se utiliza de manera directa para cubrir las necesidades de aseguramiento privado y proveedores directos de servicios de salud particulares (Sosa; Sesma y Guijarro, 2006)

El sistema de salud en el país está conformado por tres partes o tres grandes grupos, en el primero de ellos podemos localizar a todos aquellos trabajadores formales que son atendidos por las distintas instituciones de seguridad social. El segundo gran grupo está conformado por todos aquellos trabajadores informales, y todos aquellos que se encuentran fuera del sistema laboral, los cuales son responsabilidad de la Secretaría de Salud. Y en el tercer grupo podemos localizar todos aquellos individuos que tienen la capacidad económica de contratar servicios de seguridad privada (Rosas; Sesma; Gómez; Dantes, 2005)

Para aquel grupo en el que se localizan las personas que son responsabilidad de la Secretaría de Salud, el acceso a los servicios de salud se hace a través de programa Seguro Popular, el servicio ofrecido por este programa corresponde a

una cobertura de enfermedades y servicios establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), y al tratarse de un catálogo, este solo cubre una cantidad de servicios determinados, el resto los cubre el paciente en su totalidad, por lo tanto podemos darnos cuenta que no se cumple lo establecido en el artículo 4 constitucional de garantizar a los mexicanos la protección en salud (Laurrel, 2013).

El financiamiento equitativo de la salud, la buena salud y la capacidad de respuesta son las metas principales de cualquier sistema de salud, lo cual no se cumple en el caso de México debido a que en este sistema de salud una parte del financiamiento a los servicios de salud se hace a través del gasto de bolsillo el cual es la forma más inequitativa e ineficiente de financiar el gasto en salud, ya que rompe con un principio básico de justicia financiera que indica que los individuos deben aportar al financiamiento en salud de acuerdo a su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades (ke-xu, 2005).

Tabla 1. Características por tipo de aseguramiento

Características del Seguro Popular y del Seguro Social Laboral		
Concepto	Seguro Popular	Seguro Social (IMSS)
Criterios de inclusión	Voluntario	Voluntario
	No tener Seguro Social Laboral	Ser asalariado o familiar directo de asalariados menor de edad
	Solicitar inscripción	
	Pagar cuota familia	
	Renovación anualmente de inscripción y pago	Ser pensionado del IMSS o familiar directo del pensionado menor de edad
	Haber nacido después del 01/12/2006 en una familia sin seguro social laboral	
Criterios de exclusión	No reinscribirse o no pagar la cuota familiar	Perder el empleo antes de los 60 años o haber cotizado menos de 750 semanas
	Adquirir seguro social laboral	Existe continuidad voluntaria del seguro
	Cláusulas de exclusión definitiva	
Cupo de afiliados	14.3% de las familias objetivo a partir del 2004, cobertura universal en 2010 o 2011	No tiene cupo de asegurados al ser obligatorio
Beneficiarios	Titular y los miembros de su familia registrados	Asegurados y pensionados y sus familiares directos
Financiamiento	Estado federal-entidad federativa y familia según su ingreso la Ley prevé cuota	Patrón-trabajador-Estado, no existen otras cuotas aparte de la contribución sobre el salario
Beneficios Garantizados	Paquete de servicios y medicamentos especificados por el CAUSES y cuatro de gastos catastróficos	Servicios de salud
		Asistencia médica-quirúrgica y obstetra, farmacéutica y hospitalaria necesaria
		Servicios de medicina preventiva y rehabilitación
		Prestaciones en dinero
		Subsidios de enfermedad y maternidad

Fuente. Elaboración propia basado en (Laurrel, 2013).

El contenido del cuadro anterior nos muestra que el gasto de bolsillo en salud es inequitativo y no cumple con el principio básico de equidad financiera, esto es debido a que las personas que no cuentan con Seguro Social son las más pobres(determinantes de la salud) y son las que más gasto de bolsillo tienen en comparación con los derechohabientes del IMSS, ya que los que cuentan con Seguro Popular tienen que cubrir cuotas anuales y una serie de servicios que no están incluidos en el CAUSES, por lo tanto su gasto de bolsillo es mayor.

(Phelps, 1997). Afirma que la incertidumbre es el principal componente de la demanda de servicios de salud. Las características de las demandas familiares o individuales en salud es que esta demanda no está sujeta a decisión, es decir las personas no deciden cuando padecer una enfermedad, accidente o malestar; además esta demanda no ofrece alternativas en cuanto a si la salud es necesaria o no, cuando se presente una enfermedad; en este caso la salud es la deseable y única alternativa; Lo que sí es una decisión es la cantidad de dinero que están dispuestos a pagar para atender esta necesidad. Existe también otra tipo de demanda que se refiere a los servicios preventivos en salud, pero ésta es una menor cantidad que la demanda por servicios de salud en caso de enfermedades o accidentes.

Existe evidencia que nos muestra que el impacto que causa el aumento del ingreso sobre el gasto en salud es mucho más significativo en los hogares cuyos niveles de ingreso son menores; y un aumento en el nivel de salud causa un

impacto mayor en la disminución el gasto de bolsillo de los hogares con menores ingresos (Gilleskie, Mroz, 2000).

Para la protección financiera de la población, el Estado se encauzó a proveer un seguro universal de salud enfocado a cubrir a los grupos de población más pobres, dejando fuera de este beneficio a los grupos que ya contaban con cobertura de seguro.

Este nuevo esquema de financiamiento estableció claramente la separación del financiamiento de servicios personales, que funcionaba a través de la creación del Seguro Popular, y servicios no personales, que son todos aquellos bienes de salud pública como servicios ambientales, epidemiológicos, medicina preventiva comunitaria, etc. El nuevo esquema de aseguramiento establece tres fuentes de financiamiento: las contribuciones basadas en impuestos que provienen tanto de los gobiernos federales y estatales, y las contribuciones de las familias.

Aun cuando las contribuciones de las familias en salud o gasto de bolsillo en salud son equitativas dentro del sistema de salud mexicano, la cobertura del CAUSES mitiga muchas de las erogaciones que las familias tenían antes de estar inscritas en el Seguro Popular y por lo tanto aun cuando la revisión de la literatura y las evidencias la consideran ineficiente en términos de equidad en financiamiento, esta cobertura restringida debe disminuir dicho gasto.

III. PROBLEMÁTICA

III.1. El caso de Tijuana Baja California

México es un territorio con características diferentes para cada una de las Entidades Federativas, hablando en el caso específico de Baja California, uno de los Estados que conforma la Frontera Norte del país y una buena parte de la población en situación de pobreza no es no nativa, un sector importante de la población en situación de pobreza vive en las cabeceras municipales del estado y una considerable proporción de familias en pobreza extrema habitan en viviendas independientes, la mayoría de ellas construidas con techos de materiales endeble, y una proporción significativa con piso de tierra (Secretaría de Desarrollo Social Baja California 2013).

La distribución de la población por tipo y clase de hogar se encuentra de la siguiente manera: nucleares 66.6%, ampliados 30.2%, compuestos 2.3%, no familiares 2.5%, y de acuerdo con la distribución de la población habitan de 2 a 7 integrantes en cada hogar, lo cual representa el 88% del total. La distribución de

las viviendas según el tipo y clase se clasifican de la siguiente manera: independientes 75.5%, departamentos en edificio 6.2% y cuartos en vecindad o azotea 5.2%. En cuanto a la población ocupada en condición de pobreza participa en los mercados de trabajo y obreros y las diferencias y relaciones respecto al nivel de ingresos monetarios de los ocupados entre los pobres extremos y los no pobres es de más de 10 veces. El perfil educativo de los jefes de hogar en pobreza es bastante bajo. Casi tres de cada cuatro tienen como máximo nivel de escolaridad la educación secundaria. (Secretaría de Desarrollo Social Baja California 2013).

Es Tijuana s uno de los municipios de Baja California que se destaca en el sistema urbano mexicano como la tercera ciudad más importante del país por su dinámica productiva y poblacional; además es líder como centro regional, y su condición geográfica le da la ventaja para fomentar la cultura y las artes en el norte del país, lo que a su vez propicia en su tejido industrial y la diversidad de su sector terciario, consolidándola como una metrópoli emergente. Se caracteriza por la fortaleza en la actividad industrial. Por años, se sustentó en la disponibilidad de fuerza de trabajo, auspiciado por el singular crecimiento poblacional, mismo que ha tendido a estabilizarse. Otras de sus características están representadas por el sector de los servicios, el comercio, el turismo y las actividades relacionadas, así como los servicios financieros, la industria manufacturera, y por su dinámica de población, en la que destaca la migración que ejerce una fuerte presión a la infraestructura (Gobierno de Baja California, 2013).

La incorporación de Tijuana a nodos urbanos de producción global, ha generado una ciudad dividida en dos áreas: una con una orientación interna y otra hacia el exterior. La primera, en el lado oeste, concentra la ubicación del tradicional sector de servicios que caracterizó el inicio urbano. La otra, hacia el este, corresponde al crecimiento de la presencia de la industria maquiladora, la cual sigue extendiéndose debido a la orientación de este tipo de empresas hacia el mercado mundial. Este reciente patrón de expansión urbana hacia el lado sur y este, se caracteriza por la adyacencia espacial de la industria maquiladora y la fuerza de trabajo, incorporada a este sector de actividad económica, principalmente caracterizada por su baja escolaridad y ser población de inmigración reciente con bajos niveles de ingreso (Hernández y Rabelo, 2009).

III.2. Justificación

Inicialmente en el 2004 el Seguro popular se legislo como un derecho constitucional al acceso a servicios de salud de todo mexicano sin derecho a seguro social, independientemente de su condición económica , pero con el paso del tiempo su interpretación se ha vuelto más ambigua y se le presenta frecuentemente como una política publica de combate a la pobreza; el empobrecimiento y los problemas de salud están ligados entre sí en una relación de causalidad bidireccional, es decir las personas más pobres tienen mayores

problemas de salud y los problemas de salud ocasionan empobrecimiento por el gasto de bolsillo de las familias (Ke-Xu, 2005).

El ser un derecho constitucional el acceso a los servicios debería garantizar la cobertura universal de salud para el año 2012, pero en el caso de Tijuana una décima parte de la población no tiene acceso a ningún tipo de servicio de salud. Lo anterior nos pone a pensar si este derecho constitucional no se está cumpliendo debido a las características de operación de los Programas enfocados a garantizar este derecho (Organización Mundial de Salud, 2005).

Al ser el estado quien determina las reglas de operación de los programas existe la posibilidad de que estas formas de operación sean en parte responsables del no acceso a los servicios de salud.

Las reglas, procedimientos y características de operación del Seguro Popular nos hablan de un acceso a los servicios de salud restringidos a un catálogo cuyas exclusiones generan un gasto de bolsillo en salud de las familias beneficiadas, pero cuyo gasto debería ser menor que el que tenían antes de estar afiliados. Debemos añadir también que al tratarse de una afiliación voluntaria y no obligatoria la población que puede tener acceso al programa en mención tiene la decisión de afiliarse o no.

Siendo Tijuana la tercera ciudad más importante de México, con una afiliación al seguro popular de poco más de una tercera parte del total de su población y una décima parte que no cuenta con ningún tipo de servicio médico se justifica la necesidad de realizar un estudio exploratorio acerca de las variables que podrían

garantizar el acceso a los servicios de salud y el impacto que ha tenido el programa en la economía familiar a través del gasto de bolsillo en salud.

III.3. Preguntas de investigación.

¿Existe diferencia en las erogaciones categorizadas como gasto de bolsillo en salud dependiendo del tipo de aseguramiento?

¿Reduce la afiliación al Seguro popular el gasto de bolsillo en salud de las familias?

III.4. Hipótesis

La cobertura de servicios otorgada por el Catalogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) permite reducir el gasto de bolsillo de las familias afiliadas al Seguro Popular, pero dadas las restricciones de cobertura que excluyen muchos servicios que la población requiere; el carácter de afiliación voluntaria y no obligatoria; la facultad del Estado para determinar las características y procedimientos de operación de los programas encaminados al cumplimiento del Derecho a la protección en salud son determinantes que no garantizan a la población el acceso a los servicios de salud, pero si reduce las erogaciones de quienes no cuentan con ningún tipo de servicio médico.

III.5. Objetivos

Objetivo General

Realizar un estudio exploratorio del gasto de bolsillo en salud en los diferentes tipos de aseguramiento, que permita comparar y determinar si existen diferencias en relación a las erogaciones en salud, el acceso a los servicios y el impacto del Seguro Popular de Salud como medida para garantizar el derecho constitucional de acceso a los servicios de salud.

Objetivos específicos.

- 1.- Identificar si la afiliación al Seguro Popular han reducido el gasto de bolsillo en salud de los afiliados.
- 2.- Comparara el gasto en salud en los diferentes tipos de aseguramiento.
- 3.- Realizar un diagnóstico de los indicadores de acceso y uso a los servicios de salud.
- 4.- Medir el porcentaje de los ingresos que las familias gastan en servicios de salud.

III.6. Delimitación teórica

El estudio se basa específicamente en la Ciudad de Tijuana Baja California, la tercera ciudad más importante del territorio Mexicano debido a su importancia económica y sus relaciones internacionales por ser la principal frontera de México y la más transitada del mundo, además de ser una de las ciudad con mayores índices de migración (Hernández y Rabelo 2009).

Los servicios a la protección de salud son un derecho universal en la mayoría de los países de América Latina, en el caso de México están determinados en el capítulo 4to Constitucional, considerado como una de las garantías individuales y lo define acentuando la participación de la federación y las entidades federativas en la estructuración de las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Tal reconocimiento del estado de se ajusta a los lineamientos internacionales en la materia tales como recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como los compromisos adquiridos al ratificar los distintos tratados internacionales sobre derechos humanos. (CONEVAL, 2013)

La forma en la cual el gobierno Mexicano hace valer el derecho constitucional de salud es a través de programa Seguro Popular de Salud dirigido a la población vulnerable con características socioeconómicas definidas y específicas y cuyos servicios están determinados dentro del Catalogo Universal de Salud (CAUSES) el cual determina la cantidad de servicios preventivos, quirúrgicos y no quirúrgicos a los cuales los usuarios tienen acceso a por medio de una afiliación masiva y

voluntaria no obligatoria de aquellos que cumplen con el requisito de no contar con ningún tipo de servicio médico.

El GBS se conceptualiza en base al proceso de toma de decisiones de los hogares para utilizar servicios de salud. En este sentido, el pago por recibir el servicio de salud se denomina como el GBS. La definición del GBS de la OMS, en Xu (2005) y en la metodología de Cuentas de Salud, apuntan a aquellos gastos realizados en el momento que el individuo u hogar se benefician del servicio de salud –independiente si es un servicio en un establecimiento formal (clínica, hospital, farmacia, consultorio) o informal (medicina complementaria)– y siempre deduciendo del gasto cualquier reembolso.

La estimación del GBS en la literatura se centra principalmente en la medición de las Cuentas de Salud (CS) y en estudios para medir el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico en relación al gasto total del hogar.

La OMS y OECD utilizan la metodología de Sistema de Cuentas de Salud (SCS) que delimitan los servicios de salud en base a una clasificación funcional del sistema, donde las cuatro funciones del sistema de salud –gobernanza, generación de recursos, financiamiento y provisión de servicios– se conectan con los tres ejes centrales –consumo, provisión y financiamiento– (OECD et al., 2011). El gasto privado en salud se clasifica en seguros voluntarios de salud y GBS1, donde el GBS debe ser neto del reembolso. Por otra parte, OECD et al. (2011) destaca que la estimación del gasto privado en salud es una de las principales limitaciones para las comparaciones internacionales, principalmente por la falta de

registros e información administrativa de los proveedores por lo que se obtiene principalmente de encuestas de hogares.

El estudio se limita a analizar los afiliados por tipo de aseguramiento para la muestra que representa a Tijuana para el año 2013.

IV. METODOLOGIA

La evaluación o medición de Programas de carácter social y en temas de salud representa algo complejo debido a las distintas lógicas y percepciones que se puedan tener acerca de esto, para conocer los efectos y retroalimentarlos es necesario buscar una manera sencilla de evaluar estos y medir ya sea planeados o no. Existen tantas formas de evaluación como políticas y programas por lo cual resulta importante elegir la que mejor se adapte a las necesidades y requerimientos de los evaluadores (Cardozo, 1983). Este tipo de análisis se debe tomar desde un punto multidimensional incluyendo en un vértice las condiciones objetivas y cuantificables en la que los individuos se desenvuelven en su vida cotidiana, y otra desde un punto subjetivo que engloba la valoración de los propios sujetos. Desde una vista metodológica sería incorrecto o deficiente utilizar solo variables objetivos de los recursos ya sea de manera individual o colectiva. La percepción de los individuos acerca de las condiciones y recursos representa información valiosa a la hora de dar un concepto asertivo del caso de estudio en todas sus dimensiones (Somarriba y Pena 2008).

Laurell, 1989; Breilh, Franco, Laurell y Nunes 1991, plantean la idea de que la política de Salud solo es comprensible desde el punto de vista de la sociedad concreta que se está estudiando, es decir sería incorrecto proponer un método universal dado que las condiciones políticas, económicas y sociales en las cuales se desarrollan los individuos varían de un país a otro, incluso de una provincia a otra.

Para este caso se ha diseñado una propuesta metodológica que pueda solventar algunas de las limitaciones emanadas de las distintas percepciones en temas de Salud, limitantes de información y permita dar respuesta a las preguntas de investigación, aceptar la hipótesis y cumplir con los objetivos planteados.

Para el caso del gasto de bolsillo en salud (GBS) la Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud de México (DGIED) es la entidad que propone la metodología de cálculo del GBS en este país. El objetivo que se formula la DGIED, es dar cuenta del gasto privado en salud a partir de datos de las cuentas nacionales y de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 del Desempeño, cuyo alcance es establecer el gasto en la ciudad de Tijuana. El gasto de las familias del Sistema de Cuentas Nacionales, se divide sólo en tres rubros convenientes: productos medicinales farmacéuticos, servicios médicos y paramédicos no hospitalarios, y servicios hospitalarios.

En concreto, para calcular el GBS se consultó la información del gasto en salud y consumo privado total de los hogares del sistema de cuentas nacionales de México en específico de la ciudad de Tijuana para el período 2013, Se calcula el gasto de bolsillo en salud de los afiliados al Seguro Popular y se compara con las erogaciones

realizadas por las familias en los diferentes tipos de aseguramiento, de esta manera se puede determinar que rubro de la población muestra tiene mayores gastos de bolsillo.

Se toma como base la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social del año 2013 por ser la más reciente para el caso de Tijuana Baja California con una muestra de 4,390 encuestados, de los cuales se filtró y se tomó solo los que hayan tenido una erogación en salud en el último mes.

El diseño del estudio fue observacional, analítico, transversal y único. Para la medición del gasto se utilizó el método de trazadores propuesto por David M. Kessner(1973) que menciona las siguientes características para la selección de éstos:

1. Los trazadores deben tener un efecto funcional definido.
2. Los trazadores deben ser relativamente bien definidos y fáciles de diagnosticar.
3. La tasa de incidencia debe ser lo suficientemente alta como para permitir la compilación de un monto adecuado de datos a partir de una muestra de población limitada.
4. La evolución natural de la afección debe variar con la utilización y eficacia del tratamiento médico.
5. Las técnicas del tratamiento médico de la afección deben estar bien definidas al menos para uno de los siguientes procedimientos: prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

6. Los efectos de factores no médicos sobre el trazador se deben de comprender claramente.

Como trazador se utilizó cualquier tipo de erogación que derive de la demanda de servicios médicos de salud.

Criterios de inclusión.

- Familias que hayan realizado un gasto en servicios médicos durante el mes inmediato anterior a la fecha de la aplicación del instrumento.
- Familias que tengan un ingreso promedio mensual mayor a 0.

Criterios de Exclusión

- Familias cuyos datos no estén completos.

Variables.

Gasto directo en salud o gasto de bolsillo. Todas aquellas erogaciones directas al momento de demandar atención médica.

El ingreso se refiere a la cantidad de dinero que percibe la familia a la semana, es decir incluye la sumatoria de los salarios de todas las personas que realizan una actividad remunerada, pero deja fuera los ingresos económicos por transferencias de otros programas como Oportunidades.

El estudio se dividió en 3 partes:

1. Análisis de los ingresos y gastos por tipo de aseguramiento.
2. Diferencias de medias entre el gasto de bolsillo y los tipos de aseguramiento.
3. Diferencias de medias entre el gasto de bolsillo por nivel de ingresos.

Para la diferencia de medias se utilizó el método análisis de varianza (ANOVA) de un factor sirve para comparar varios grupos en una variable cuantitativa. Se trata, por tanto, de una generalización de la Prueba T para dos muestras independientes al caso de diseños con más de dos muestras.

A la variable categórica (nominal u ordinal) que define los grupos que deseamos comparar se le denomina independiente o factor. A la variable cuantitativa (de intervalo o razón) en la que se desea comparar los grupos se le llama dependiente.

La hipótesis que se pone a prueba en el ANOVA de un factor es que las medias poblacionales (las medias de la variable dependiente en cada nivel de la variable independiente) son iguales. Si las medias poblacionales son iguales, eso significa que los grupos no difieren en la variable dependiente y que, en consecuencia, la variable independiente o factor es independiente de la variable dependiente.

La estrategia para poner a prueba la hipótesis de igualdad de medias consiste en obtener un estadístico, llamado F, que refleja el grado de parecido existente entre

las medias que se están comparando. El numerador del estadístico

$$\hat{\sigma}_1^2 = n \hat{\sigma}_{\bar{Y}}^2$$

$$\hat{\sigma}_2^2 = \overline{S_j^2}$$

F es una estimación de la varianza poblacional basada en la variabilidad existente entre las medias de cada grupo: El denominador del estadístico F es también una estimación de la varianza poblacional, pero basada en la variabilidad existente dentro de cada grupo: (J se refiere a los distintos grupos o niveles del factor):

$$F = \frac{\hat{\sigma}_1^2}{\hat{\sigma}_2^2} = \frac{n \hat{\sigma}_{\bar{Y}}^2}{\bar{S}_J^2}$$

Si las medias poblacionales son iguales, las medias muestrales serán parecidas, existiendo entre ellas tan solo diferencias atribuibles al azar. En ese caso, la estimación $\hat{\sigma}_1^2$ (basada en las diferencias entre las medias) reflejara el mismo grado de variación que la estimación $\hat{\sigma}_2^2$ y el cociente F tomara un valor mayor que 1. Cuando más diferentes sean las medias, mayor será el valor F.

Si las poblacionales muestreadas son normales y sus varianzas son iguales, el estadístico F se distribuye según el modelo de probabilidad F de Fisher-Snedecor (los grados de libertad del numerador son el número de grupos menos 1; los del denominador, el número total de observaciones menos el número de grupos). Si suponemos cierta la hipótesis de igualdad de medias, podemos conocer en todo momento la probabilidad de obtener un valor como el obtenido o mayor (Pardo y San Martin, 1998).

Si el nivel crítico asociado el estadístico F (es decir, si la probabilidad de obtener valores como el obtenido o mayores) es menor que 0.05, rechazaremos la

hipótesis de igualdad de medias y se concluye que no todas las medias poblacionales comparadas son iguales. En caso contrario, no se puede rechazar la hipótesis de igualdad y no podremos afirmar que los grupos comparados difieran en sus promedios poblacionales.

V. Resultados

En este apartado se presentan los resultados encontrados al aplicar el instrumento y que nos permite contestar las preguntas de investigación planteadas y corroborar la hipótesis que se deriva de estas.

Tabla 2. Ingreso por tipo de aseguramiento.

ingreso mensual pea

tipo de aseguramiento	Media	N	Desv. típ.
No tiene	6106.2500	80	7141.46276
IMSS	6979.1076	158	6102.32104
ISSSTE	7487.1429	7	2770.64802
Seguro Popular	4513.5789	57	3062.41786
Adquirido por cuenta propia	6800.0000	4	4080.03268
Total	6300.9248	306	5941.04493

La tabla anterior muestra el promedio de los ingresos mensuales por tipo de aseguramiento. Puede observarse que quienes presentan un ingreso promedio mayor son aquellos sujetos cuyo aseguramiento está dado por el ISSSTE, y quienes presentan un ingreso promedio menor son todos aquellos sujetos que están afiliados al Seguro Popular de salud, lo cual permite argumentar que el Seguro Popular está dirigido en efecto al grupo de personas o familias mas vulnerables.

En relación al gasto en salud, la tabla 3 nos muestra los resultados que permiten visualizar el promedio mensual de las erogaciones en servicios médicos. Quienes

mas gastan en servicios de salud son aquellos cuya afiliación esta dada por la adquisición propia de un servicio privado, seguido por quienes no cuentan con ningún tipo de servicio médico y quienes menos gastaron fueron aquellos que están afiliados al ISSSTE.

Tabla 3. Gasto por tipo de aseguramiento.

gasto promedio mensual en salud

tipo de aseguramiento	Media	N	Desv. típ.
No tiene	965.0625	80	1351.61776
IMSS	881.2975	158	1335.36812
ISSSTE	785.7143	7	1234.81250
Seguro Popular	878.2456	57	1101.21544
Adquirido por cuenta propia	1962.5000	4	33984.29478
Total	1138.1046	306	4156.29538

Como promedio del ingreso el análisis del gasto de bolsillo en salud, muestra que el impacto o la repercusión de estos podría convertirse en gasto catastrófico que produciría pobreza, esto para las familias más vulnerables es decir quienes perciben menos ingresos. La tabla 4 muestra el porcentaje que representan los gastos por cada tipo de aseguramiento

Tabla 4. Gasto como porcentaje de los ingresos.

Aseguramiento	Ingreso Mensual	Gasto mensual en salud	% De gasto
No tiene	6106.25	965.0625	15.80%
IMSS	6979.1076	881.2975	12.63%
ISSSTE	7487.1429	785.7143	10.49%
Seguro Popular	4513.5789	878.2456	19.46%
Adquirido por cuenta propia	6800	1962.5	28.86%
Total	6300.9248	1138.1046	18.06%

Para determinar si existen diferencias entre las medias de los gastos y las medias de cada grupo clasificados dentro del factor tipo de aseguramiento se desarrolló un análisis ANOVA de un factor que nos permitió rechazar la hipótesis de igualdad de media por lo cual se puede indicar que el gasto en salud se comporta de manera diferente para cada grupo, para determinar cuáles son los grupos que difieren dentro del factor se utilizó la prueba Bonferroni determinando que la mayor diferencia está dado por los sujetos que integran el grupo de aseguramiento privado o por cuenta propia versus los sujetos que no tienen ningún tipo de aseguramiento.

Tabla 5. ANOVA, gasto por tipo de aseguramiento

gasto promedio mensual en salud

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	1302669645.957	4	325667411.489	24.716	.000
Intra-grupos	3966141704.696	301	13176550.514		
Total	5268811350.654	305			

Tabla 6. Gasto por tipo de aseguramiento Comparaciones múltiples

Variable dependiente: gasto promedio mensual en salud

Bonferroni

(I) tipo de aseguramiento	(J) tipo de aseguramiento	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
No tiene		83.76503	498.09916	1.000	-1324.7987	1492.3287
	ISSSTE	179.34821	1430.75897	1.000	-3866.6637	4225.3602
	Seguro Popular	86.81689	629.18553	1.000	-1692.4431	1866.0769
	Adquirido por cuenta propia	-18097.43750*	1859.79690	.000	-23356.7164	-12838.1586
IMSS	No tiene	-83.76503	498.09916	1.000	-1492.3287	1324.7987
	ISSSTE	95.58318	1402.05572	1.000	-3869.2595	4060.4258
	Seguro Popular	3.05185	560.85956	1.000	-1582.9906	1589.0943
	Adquirido por cuenta propia	-18181.20253*	1837.80671	.000	-23378.2959	-12984.1092
ISSSTE	No tiene	-179.34821	1430.75897	1.000	-4225.3602	3866.6637
	IMSS	-95.58318	1402.05572	1.000	-4060.4258	3869.2595
	Seguro Popular	-92.53133	1453.79913	1.000	-4203.6980	4018.6354
	Adquirido por cuenta propia	-18276.78571*	2275.19274	.000	-24710.7534	-11842.8180
Seguro Popular	No tiene	-86.81689	629.18553	1.000	-1866.0769	1692.4431
	IMSS	-3.05185	560.85956	1.000	-1589.0943	1582.9906
	ISSSTE	92.53133	1453.79913	1.000	-4018.6354	4203.6980
	Adquirido por cuenta propia	-18184.25439*	1877.57961	.000	-23493.8206	-12874.6882
Adquirido por cuenta propia	No tiene	18097.43750*	1859.79690	.000	12838.1586	23356.7164
	IMSS	18181.20253*	1837.80671	.000	12984.1092	23378.2959
	ISSSTE	18276.78571*	2275.19274	.000	11842.8180	24710.7534
	Seguro Popular	18184.25439*	1877.57961	.000	12874.6882	23493.8206

*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

Para identificar el nivel de riesgo de caer en gasto catastrófico se analizó mediante un modelo ANOVA de un factor para determinar diferencias de medias entre cada quintil por tipo nivel de ingresos (salarios mínimos) en relación al gasto. Los resultados se muestran en la tabla siguiente:

Tabla 7. ANOVA, gasto por quintil.

gasto promedio mensual en salud

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	197141778.696	4	49285444.674	2.925	.021
Intra-grupos	5071669571.957	301	16849400.571		
Total	5268811350.654	305			

Los valores de la prueba F a un nivel del confianza del 95% nos permite rechazar la igualdad de medias por lo tanto se puede decir que la media del gasto en salud varía en función del nivel de ingresos. Para determinar el grado de estas variaciones, se realizó un análisis Post-Hoc en este caso utilizando la prueba de Bonferroni.

La tabla nos muestra que la principal diferencia está entre los sujetos clasificados dentro del quintil de más de 5 salarios mínimos y el resto de los quintiles en específico entre los que solo reciben 1 salario mínimo y los que reciben más de 5.

Tabla 6. Gasto por quintil Comparaciones múltiples

Variable dependiente: gasto promedio mensual en salud

Bonferroni

(I) quintiles	(J) quintiles	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
hasta 1	hasta 2	-455.85861	912.45713	1.000	-3036.1761	2124.4589
	hasta 3	-224.16605	880.60744	1.000	-2714.4165	2266.0844
	de 3 a 5	-516.57468	925.77441	1.000	-3134.5518	2101.4025
	mas de 5	-2624.82143	1001.46918	.092	-5456.8542	207.2113
hasta 2	hasta 1	455.85861	912.45713	1.000	-2124.4589	3036.1761
	hasta 3	231.69256	636.01798	1.000	-1566.8887	2030.2739
	de 3 a 5	-60.71606	697.21421	1.000	-2032.3528	1910.9207
	mas de 5	-2168.96282	794.97793	.067	-4417.0635	79.1378
hasta 3	hasta 1	224.16605	880.60744	1.000	-2266.0844	2714.4165
	hasta 2	-231.69256	636.01798	1.000	-2030.2739	1566.8887
	de 3 a 5	-292.40862	654.98024	1.000	-2144.6129	1559.7956
	mas de 5	-2400.65538*	758.20931	.017	-4544.7789	-256.5319
de 3 a 5	hasta 1	516.57468	925.77441	1.000	-2101.4025	3134.5518
	hasta 2	60.71606	697.21421	1.000	-1910.9207	2032.3528
	hasta 3	292.40862	654.98024	1.000	-1559.7956	2144.6129
	mas de 5	-2108.24675	810.22846	.097	-4399.4740	182.9805
mas de 5	hasta 1	2624.82143	1001.46918	.092	-207.2113	5456.8542
	hasta 2	2168.96282	794.97793	.067	-79.1378	4417.0635
	hasta 3	2400.65538*	758.20931	.017	256.5319	4544.7789
	de 3 a 5	2108.24675	810.22846	.097	-182.9805	4399.4740

*. La diferencia de medias es significativa al nivel .05.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este apartado se presentan una serie de conclusiones y recomendaciones que nos permiten dar respuesta a nuestras preguntas de investigación. De los resultados se presentan las siguientes conclusiones:

- Las especificaciones del Programa Seguro Popular de Salud indican que los beneficiarios deben cumplir con ciertas características del tipo socioeconómicas, es decir está dirigido a aquellas familias vulnerables o en situación de riesgo de incurrir en gasto catastrófico que genere pobreza por cuestiones de gasto de salud. La investigación nos permite corroborar que los afiliados a este servicio de salud son los más vulnerables en cuestión de ingresos, de todos los sujetos analizados, aquellos clasificados como afiliados a este programa son los que tienen un ingreso promedio mensual menor al resto de los participantes en la investigación.
- Aun y cuando el Servicio de Seguro Popular está restringido al Catalogo Universal de Salud, los resultados nos permiten concluir que están

personas son quienes tienen un promedio mensual de gasto en salud en comparación a quienes están afiliados a otro tipo de servicio médico, menor incluso que los afiliados al IMSS quienes tienen cobertura total en servicios médicos, lo cual nos permite inferir que es una opción que reduce el gasto de bolsillo en salud el cual podría causar problemas de empobrecimiento.

- Aun y cuando en promedio el gasto mensual de los afiliados al Seguro Popular es menor se debe tomar en cuenta que también sus ingresos son menores que el resto y ese como porcentaje de los ingresos las personas destinan en promedio el 19% del total de sus ingresos mensuales al pago de servicios médicos. Se recomienda calcular el gasto en alimentación de este grupo de personas para determinar si ese porcentaje se puede traducir a gasto catastrófico y por lo tanto concluir que el Seguro Popular no reduce ni elimina la posibilidad de empobrecimiento por gasto en servicios médicos.
- Debe aclararse que aun cuanto en términos monetarios el Seguro Popular reduce el gasto de bolsillo en salud en comparación a quienes no cuentan con ningún tipo de servicio médico, no se cuentan con los elementos para determinar si esa reducción es suficiente para evitar el gasto catastrófico. Este cuestionamiento abre la posibilidad a futuras investigaciones.
- No existe homogeneidad de varianzas entre el gasto de bolsillo y los grupos que componen el factor tipo de aseguramiento, es decir el gasto en salud se comporta de manera diferente dependiendo el tipo de aseguramiento, la diferencias más significativa se encuentra entre los sujetos que componen

el grupo de aseguramiento privado o por cuenta propia y el resto de los sujetos, por lo tanto el comportamiento del gasto difiere solo en ese grupo para el resto de los grupos se comporta de manera homogénea.

- Por nivel de ingresos la diferencia de medias se encuentra entre los que menos ingresos reciben y los que más reciben, lo cual resulta algo lógico, debido a que quienes cuentan con más recursos no solo realizan gastos de remediación de la salud sino también en prevención, por lo cual en términos monetarios y como porcentaje de los ingresos las diferencias de grupos son mayores.

De manera general se puede concluir que si existen diferencias en la distribución del gasto de bolsillo en salud por tipo de aseguramiento y nivel de ingresos y esas diferencias son significativas a un nivel de confianza del 95% para el caso y el periodo analizado. En general quienes más ingresos tienen son quienes cuentan con un servicio privado de salud y son quienes más gasto en servicios médicos presentan, tanto en términos monetarios como en porcentaje de sus ingresos.

Cuando se creó el programa Seguro Popular de salud se pensó no como una alternativa para reducir la pobreza, si no como una medida para garantizar el cumplimiento del derecho universal de salud, pero el estudio presentado permite argumentar la posibilidad de que este programa además de los fines para los que fue creado cumple también con la función de combate a la

pobreza, debido a que aun cuando está restringido a un catálogo de servicios reduce en términos monetarios las erogaciones en servicios de salud, esto en comparación a quienes no cuentan con ningún tipo de servicio médico, pero el gasto de bolsillo presentado por los afiliados analizado como porcentaje de los ingresos es mayor que quienes no cuentan con ningún tipo de servicio médico. Se recomienda calcular el gasto en alimentación que realizan esas familias para determinar si este porcentaje podría convertirse en gasto catastrófico que genere empobrecimiento.

VII. BIBLIOGRAFIA

Breilh Jaime, Franco Saul, Laurell, Asacristina y Nunes, Everardo (1991) Debates en medicina social. Quinta organización panamericana de la salud/ALAMES

Cardozo Myriam (1983).La evaluación de las políticas públicas, problemas, metodologías, aportes y limitaciones. Universidad Nacional Autónoma de México. México 1983

CEESP. (2013) Objetivo de reformas debe ser bienestar social. El Economista. Centro de Estudios Económicos del Sector Privado. México 2013.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2013). La Comisión CNPSS” Secretaria de Salud. México 2013. Recuperado Septiembre 2013.

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2013). La Comisión CNPSS” Secretaria de Salud. México 2013. Recuperado Septiembre 2013.

Commission on Social Determinants of Health (2008) Closing the gap in a generation. Ginebra.

CONEVAL. (2013) La Situación actual de la pobreza en México” El Economista. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. México 2013.

CONEVAL. (2014) "Indicadores de uso y acceso efectivo a los servicios de salud afiliados al seguro popular" Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. México 2014.

Feres Juan, Mancero Xavier (2001). "Enfoques para la medición de la pobreza breve revisión de la literatura" CEPAL. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos. (Santiago de Chile) pp. 9-25.

Gilleskie DB, Mroz TA. (2000) Estimating the effects of covariables on health expenditures. Cambridge, MA, National Berau of Economic Research.

Gobierno de Baja California (2013). Plan municipal de desarrollo 2011-2013. Tijuana Baja California 2013.

Hernández Emilio y Rabelo Jocelyne (2009). Segregación socio espacial y distribución del ingreso en el área urbana de Tijuana Baja California, México 1990-2000, Universidad Autónoma de Baja California, México 2009.

INEGI (2005, 2010, 2011) Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los hogares. México

INEGI (2005, 2010, 2011) Estadísticas económicas y social demográficas.

Kaztman, Rubén (2005) Seducidos y abandonados; el aislamiento social de los pobres" Universidad Católica de Uruguay. Uruguay 2005.

Ke-Xu, (2005) "Distribucion del gasto en salud y gasto catastrófico" world health organization, Geneva.

Laurell, Asa Cristina, 2013 "Impacto del seguro popular el sistema de salud" CLACSO-CROP, Buenos Aires Argentina.

Laurell, Asa Cristina 1995 La Reforma de los Sistemas de Salud y Seguridad Social. Concepciones y propuestas de los distintos actores en Mexico. Fundacion F. ebert

Laurell, Asa Cristina (1991)(Crisis neoliberal health policy and political processes in México.

Laurell, Asa Cristina y Lopez Arellano, Olivia (1996) " Market commodities and por relief en Int Health Serv.

Organización Mundial de la Salud (2005) Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad" Ginebra.

Phelps Ch. (1997) Health economic. 2a ed., Addison-Wesley, pp. 5, 6 y 102-133.

Puentes- Rosas E., Sesma S., Gómez- Dantes O. estimación de la población con Seguro de Salud en México mediante una encuesta nacional de salud.

Rosen, George 1972 "The evolution of social medicine" en Freeman, Howard; Levine, Sol y Reeder, Leo Handbook of medical sociology (Englewood Cliffs: Prentice Hall) pp. 30-62.

Secretaria de Desarrollo Social Baja California (2013). Situación del desarrollo social en Baja California. Perfil de la pobreza. Baja California México 2013.

Spicker, Paul (1993). Proverty and social security. Routledge, London

Somarriba N y Pena B (2008) Quality of life and subjective welfare in Europe: An econometric analysis. Applied Econometrics and International Development 8(2).