

NÚMERO 400

JOHN SCOTT

Impacto del Seguro Popular sobre la
desigualdad en el financiamiento
de la salud en México, 2004-2010

NOVIEMBRE 2007



www.cide.edu

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

• D.R. © 2007. Centro de Investigación y Docencia Económicas, carretera México-Toluca 3655 (km. 16.5), Lomas de Santa Fe, 01210, México, D.F.
Fax: 5727•9800 ext.6314
Correo electrónico: publicaciones@cide.edu
www.cide.edu

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

Agradecimientos

Este trabajo se origina en un documento técnico preparado para el Informe Sistema de Protección Social en Salud: Evaluación Financiera (Secretaría de Salud, noviembre 2006). Se agradecen comentarios, sugerencias y correcciones de María Lilia Bravo, Karina Rincón, Octavio Gómez Dantés, Sergio Sesma y Víctor Zurita de la Dirección General de Evaluación de Desempeño, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud. También se agradecen comentarios recibidos en una presentación de este trabajo ante la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, el 21 de agosto de 2006. Por supuesto, la responsabilidad sobre el contenido del documento es exclusivamente del autor.

Abstract

This study presents a preliminary evaluation of the impact of the Seguro Popular (SP) on state and households health financing inequalities. There exist in Mexico extreme inequalities in health financing, which are explained by the high proportion of out-of-pocket spending in total health financing, as well as the unequal incidence of public health spending. The study is divided in two parts. The first evaluates the inequalities in public health financing between states, considering three principal aspects: a) the distribution of federal health spending on the uninsured, b) the capacity of state governments to absorb the financial burden implied by the rules of SP, and c) the incentives which these rules imply for state efforts in health financing. The second part evaluates the impact of SP in total health financial resources (public and private) available to households in Mexico.

Resumen

Este trabajo presenta una evaluación preliminar del impacto del Seguro Popular (SP) sobre las desigualdades en el financiamiento de la salud entre los estados y los hogares. Existen en México desigualdades extremas en el financiamiento de la salud, explicadas por la alta proporción que representa el gasto de bolsillo de los hogares en el financiamiento total de la salud, como de la incidencia desigual del gasto público en salud. El trabajo se divide en dos partes. La primera evalúa las desigualdades estatales en el financiamiento público de la salud, considerando tres temas principales: a) la distribución del gasto federal en salud en beneficio de la población no asegurada, b) la capacidad financiera que tienen los estados para asumir la carga que les correspondería bajo las actuales reglas de operación del SP y c) los incentivos que implican estas reglas para el esfuerzo financiero de los estados en salud. En la segunda parte se evalúa el impacto del SP en el conjunto de recursos financieros para la salud (públicos y privados) disponibles a los hogares en México.

Introducción

La creación del *Sistema de Protección Social en Salud*, o *Seguro Popular* (SP), a partir de la reforma a la *Ley General de Salud* (LGS) de 2003, representa posiblemente la iniciativa más ambiciosa de protección en salud para la *población no asegurada* (PNA) desde la creación del Sistema Nacional de Salud en 1943. A tres años de esta reforma, el programa reportaba una cobertura de 5.1 millones de familias, con 15.6 millones de personas (Secretaría de Salud, 2007). El presupuesto federal aprobado para 2007 es de 26 mil millones de pesos, casi la mitad del presupuesto total de la Secretaría de Salud, con lo que se espera lograr en este año una cobertura de 6.8 millones de familias. Esto incluye el *Seguro Médico de Nueva Generación*, una iniciativa de la administración entrante que garantiza el acceso al SP a todas las familias con niños nacidos a partir de diciembre de 2006. La trayectoria de ampliación proyectada al inicio del programa implica la cobertura completa de la población objetivo de 11.9 millones de familias para 2010.

Dado su alcance, el SP enfrenta retos formidables de diseño, financiamiento y logística en su aplicación. Un objetivo central de esta reforma ha sido reducir las desigualdades que existen en el financiamiento de la salud en México, dada la participación comparativamente baja de recursos públicos en la salud y un sistema de salud altamente fraccionado y desigual. Para ello el SP ofrece a todos sus beneficiarios un paquete básico común de protección en salud financiado en forma tripartita (tabla 1):

- a) el gobierno federal hace la aportación principal por medio de una *Cuota Social* (CS) y una *Aportación Solidaria Federal* (ASF), que en conjunto representan 83.3% del financiamiento público,
- b) los gobiernos estatales contribuyen la fracción pública restante mediante una *Aportación Solidaria Estatal* (ASE), y
- c) se definen aportaciones de los hogares crecientes a mayores ingresos (cuota familiar), dejando exentas a las familias en los primeros dos deciles en la distribución del ingreso, aunque en la presente fase del programa (fines de 2006) 99% del financiamiento es público, ya que 96% de las familias beneficiarias se han clasificado como no contributivas.

TABLA 1. FINANCIAMIENTO PÚBLICO ANUAL POR FAMILIA BENEFICIARIA

Gobierno	Concepto	Fracción de SMDF*	Pesos (enero 2004)	Participación en financiamiento
Federal	Cuota Social (CS)	15.0%	2,477	33.3%
	Aportación Solidaria Federal (ASF)	22.5%	3,715	50.0%
Estatal	Aportación Solidaria Estatal (ASE)	7.5%	1,239	16.7%
Total		45.0%	7,431	100.0%

*Salario mínimo en el Distrito Federal, enero 2004.

Fuente: CNPSS (2006)

Este trabajo presenta una evaluación preliminar del impacto del SP sobre las desigualdades en el financiamiento de la salud entre los estados y los hogares. Existen brechas importantes en los recursos federales para la salud que se ejercen en los estados, pero éstas son especialmente amplias en el gasto estatal en la salud.¹ En el caso de los hogares, persisten desigualdades extremas en el financiamiento de la salud, explicadas tanto por la alta proporción que representa el gasto de bolsillo en el financiamiento total de la salud de los hogares en México, como de la incidencia desigual del gasto público en salud.

El trabajo está estructurado en dos partes. La primera evalúa los desequilibrios estatales, considerando tres temas principales: *a*) la distribución del gasto federal en salud en beneficio de la población no asegurada (PNA), *b*) la capacidad financiera que tienen los estados para asumir la carga que les correspondería bajo las actuales reglas de operación del SP y *c*) los incentivos que implica la estructura financiera del SP para el esfuerzo financiero de los estados en salud. En la segunda parte se evalúa el impacto del SP en el conjunto de recursos financieros para la salud (públicos y privados) disponibles a los hogares en México.

Tanto en el caso de los estados, como en el de los hogares, analizamos el impacto distributivo del SP en dos puntos del tiempo en su trayectoria de cobertura: *1*) con el nivel de cobertura en una etapa relativamente temprana del programa (2004 y 2005),² y *2*) con el nivel de cobertura completa de la población objetivo proyectado para 2010.

¹ El gasto federal incluye las transferencias "federalizadas" del ramo 33 (FASSA), además del ramo 12. El gasto estatal se refiere al gasto en salud financiado por medio de las participaciones de la recaudación federal y la recaudación propia de los estados.

² Un programa piloto del SP inició en 2002 y el *Sistema de Protección Social en Salud* se crea en 2003, pero su cobertura empieza a crecer en forma importante a partir de 2004.

Para esta última estimación, consideramos, a su vez, dos escenarios alternativos sobre el monto de recursos públicos frescos que absorbe el programa —interpretados como la cota inferior y superior, respectivamente— de los recursos fiscales disponibles al programa:³

Financiamiento mínimo (sin adicionalidad): las *aportaciones solidarias* federales y estatales (ASF y ASE) se financian (respectivamente) con el gasto federal y estatal en salud para la población no asegurada observado al inicio del programa (2004), y se asumen recursos frescos únicamente cuando estas aportaciones excedan los recursos existentes más la Cuota Social.

Financiamiento máximo (adicionalidad total): la totalidad de las transferencias públicas que demanda el SP se financian con recursos frescos, adicionales a los ejercidos actualmente por estados y federación.

Es importante mencionar algunas ambigüedades en la definición de la *población objetivo* (PO) que utiliza el programa para establecer sus metas anuales de cobertura y la meta final para 2010 de 11.9 millones de familias beneficiarias. Esta última cifra representa el total de familias no aseguradas estimado para el año 2004 a partir del Censo 2000 y las proyecciones poblacionales de CONAPO (Secretaría de Salud, 2004). A pesar de que en principio toda la PNA en México tendría derecho a incorporarse al SP, esta meta no contempla la cobertura universal. Hay tres factores distintos que implican una cobertura incompleta.

Primero, dado un crecimiento poblacional entre 2004 y 2010 estimado por CONAPO en 6% (6.3 millones de personas), podemos suponer que la PNA crecerá por lo menos en esta proporción. El nuevo *Seguro Médico de Nueva Generación* garantizaría, en principio, que todos estos nuevos integrantes de la PNA a partir de diciembre de 2006 serán cubiertos por el programa, pero mientras se mantenga fija la PO esto implicará una reducción equivalente de la cobertura de la PNA nacida antes de esta fecha. Esto no es un problema en la práctica, ya que una proporción de la PNA de mayores ingresos no demandaría la afiliación al SP, prefiriendo asegurarse de manera privada. Si son problemáticos, en cambio, el segundo y tercer factores de divergencia.

Segundo, es probable que la PNA crecerá más rápidamente que la población en su conjunto no sólo por diferencias en composición demográfica y tasas de fertilidad entre la PNA y la población asegurada, sino por la posibilidad de que el SP mismo contribuya a desincentivar la participación en la seguridad social al aumentar su costo de oportunidad para los trabajadores, contribuyendo en este sentido a profundizar la dualidad del sistema de salud pública en México (Levy, 2006).

Finalmente, es importante tomar en cuenta una inconsistencia básica en la PO definida en términos de familias y de personas. Aunque el concepto de

³ Los montos resultantes de estas proyecciones se reportan en el anexo. Para las reglas que definen la estructura de financiamiento del SP, ver Secretaría de Salud (2005).

PNA se refiere fundamentalmente a las *personas* en esta condición, en los indicadores de desempeño del programa se reporta su tasa de cobertura de la PO en términos de familias. Sin embargo, el concepto de “familia” utilizado para estimar la PO (Secretaría de Salud, 2004) y el concepto que aplica el programa en sus reglas de afiliación no son los mismos. El primero es el concepto censal de *hogar* que utiliza INEGI, mientras el último admite la posibilidad de múltiples familias por hogar. Esto podría explicar porque el tamaño medio de las familias beneficiarias del SP es de 3.1 miembros, cuando el tamaño medio de la PO que indica la información censal es de 4.8 miembros. Esto implica una divergencia importante en la cobertura actual del programa, que es de 43% en términos de familias, como se reporta en los informes de resultados del programa, pero apenas 27% en términos de personas. De mantenerse este tamaño medio de las familias afiliadas, aun si se cumpliera con la actual meta del lograr 100% de cobertura de la PO de 11.9 millones de familias en 2010, esto representaría en realidad 64% de la PNA.

1. Desequilibrios y esfuerzo en el gasto estatal en salud: capacidad de gasto e incentivos asociados al Seguro Popular

Se observa una gran heterogeneidad entre los estados en la cobertura y transferencias por hogar no asegurado del SP (gráficas 1 y 2). Para finales de 2006, la mitad de los estados reporta coberturas cercanas o por encima de 50% de la PO definida en términos de hogares, y tres estados reportan coberturas por arriba de 100%.⁴ Sin embargo, en términos de la PNA, una mayoría de los estados presenta coberturas aún por debajo de 30%. Las transferencias federales del SP por hogar no asegurado varían de \$5,360 para Tabasco, a menos de \$400 para el Estado de México y el DF.

Esta heterogeneidad refleja en parte diferencias en las condiciones iniciales y procesos de incorporación al SP de los distintos estados (tamaño de la población no asegurada, esfuerzo estatal en el financiamiento de la salud, fecha de incorporación y capacidad de crecimiento de la cobertura del SP, etcétera), pero también se observa un elemento compensatorio en la distribución de los recursos (gráfica 2).

Persisten brechas amplias entre los estados en el gasto público en salud para la población no asegurada, tanto federal (ramo 12, FASSA e IMSS-Oportunidades) como estatal. La brecha máxima en el gasto federal en salud por hogar no asegurado en 2004, excluyendo el SP, era de 4.15 veces (Guanajuato con \$2,507 y BCS con \$10,414). Las diferencias en el gasto estatal son aún más extremas, con una brecha máxima de 150 veces (entre

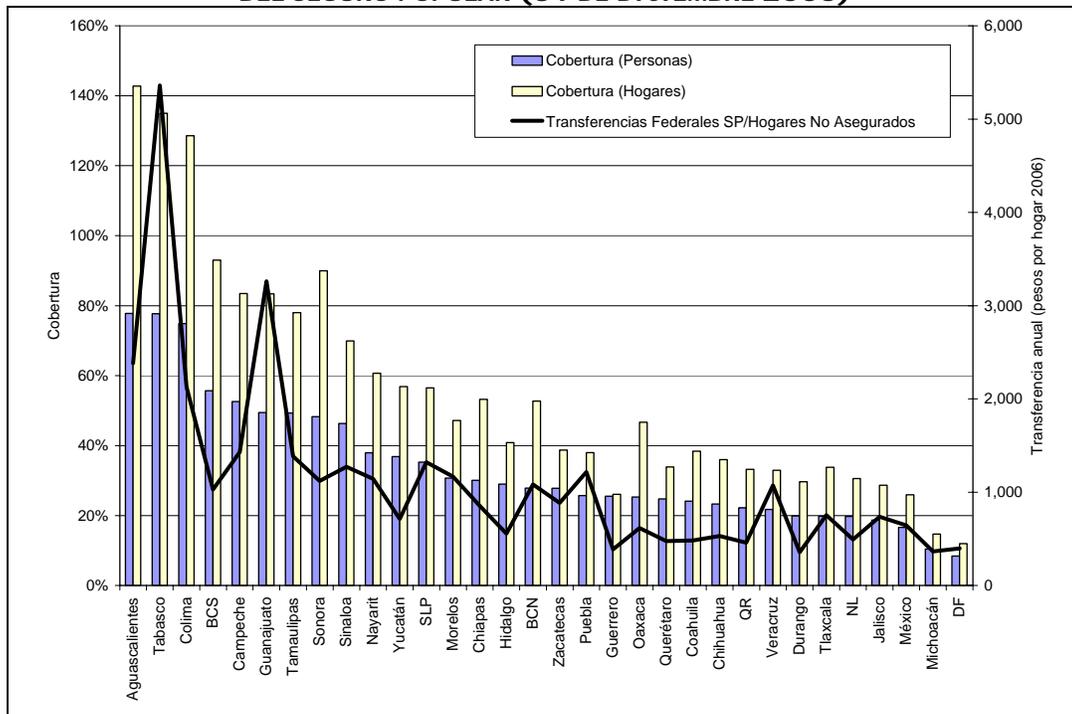
⁴ Estos últimos casos se pueden explicar por los problemas en la definición de la PO (ver sección anterior), además de posibles errores en la estimación por estado de los hogares no asegurados en 2004 a partir del Censo 2000 (Secretaría de Salud, 2004).

Tabasco y Guerrero), que asignan anualmente recursos propios por hogar no asegurado de \$4,815 y \$32s, respectivamente (tabla 1).

Cinco de los estados que se encontraban entre los que recibían menores transferencias federales por hogar en 2004 obtuvieron 48% de las transferencias federales del SP en 2005 (México, Tabasco, Puebla, Veracruz y Guanajuato), mientras que los doce mayores receptores de las transferencias federales (por hogar no asegurado) obtuvieron apenas 12.8% (1% en promedio por estado) de estas transferencias.

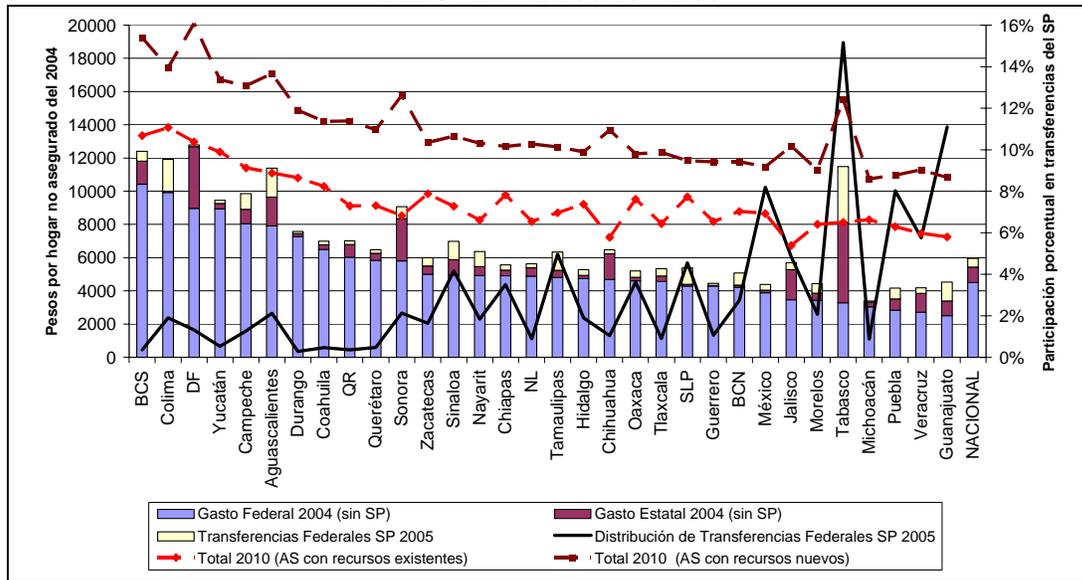
El efecto de SP sobre estas brechas era relativamente modesto en 2005, dada la cobertura limitada que aún tenía el programa a nivel nacional (13% de la población objetivo), pero las estimaciones que se presentan en la gráfica 2 implican que aun en el escenario más conservador en términos de los recursos fiscales disponibles, la brecha máxima entre los estados se reduciría de 3.77 a 1.9 (veces) entre 2005 y 2010 (tabla 2).

GRÁFICA 1. COBERTURA DE LA POBLACIÓN OBJETIVO Y TRANSFERENCIAS FEDERALES DEL SEGURO POPULAR (31 DE DICIEMBRE 2006)



Fuente: CNPSS (2007).

GRÁFICA 2. GASTO PÚBLICO FEDERAL Y ESTATAL EN SALUD PARA LA PNA (POR HOGAR NO ASEGURADO) Y DISTRIBUCIÓN DE LAS TRANSFERENCIAS DEL SP ENTRE LOS ESTADOS



Estados ordenados por gasto federal en salud para la población no asegurada por hogar no asegurado.

Fuentes: estimaciones del autor a partir de información presentada en CNPSS (2006), y Sistema de Cuentas Estatales de Salud (SICUENTAS, Secretaría de Salud).

TABLA 2. BRECHAS MÁXIMAS ENTRE ESTADOS EN GASTO POR HOGAR NO ASEGURADO CON Y SIN SP CON FINANCIAMIENTO MÍNIMO: 2004, 2005, 2010

Concepto de gasto	Múltiplos
Gasto público federal: 2004	4.2
Gasto público estatal: 2004	150.2
Gasto público total sin SP: 2004	3.84
Gasto público total con SP: 2005	3.77
Gasto público total con SP: 2010	1.93

Fuente: CNPSS (2006), y Cuentas Estatales de Salud (SICUENTAS, Secretaría de Salud).

Capacidad de gasto estatal

A nivel nacional, si la totalidad del gasto público que ejercen actualmente el gobierno federal y los gobiernos estatales en salud para la PNA se contabilizara como gasto en el SP, el esfuerzo presupuestal adicional que se requerirá para lograr la cobertura completa de la población objetivo en 2010 implicará un aumento a lo largo de los próximos años de 37.6% en el gasto federal, y 33% en el gasto estatal. Estas tasas de crecimiento son claramente factibles, y menores, de hecho, al crecimiento en estos gastos observado

entre 2000 y 2005 (40 y 62.3% en el gasto federal y estatal, respectivamente; ver Anexo).

Sin embargo, las brechas en el financiamiento público de la salud para la población no asegurada que documentamos anteriormente implican contrastes correspondientes en el esfuerzo financiero de los estados necesario para solventar sus aportaciones obligatorias al SP. En un extremo, hay siete estados (BCS, Chihuahua, Aguascalientes, Jalisco, Sonora, DF y Tabasco) que podrían financiar la ASE mínima para la totalidad de su población objetivo con los recursos que actualmente ejercen en beneficio de esta población. Los demás estados, sin embargo, tendrán que ejercer recursos estatales adicionales en salud para poder cumplir con este compromiso financiero, que implican en su gran mayoría aumentos por encima de 100%, y en algunos estados entre 10 y 38 veces (BCN, SLP, Colima y Guerrero). Aunque las diferencias son menores en el caso del gasto federal, el esquema de financiamiento del SP implicará aumentos en las transferencias federales por encima de 100% en Michoacán, Puebla, Guanajuato y Veracruz.

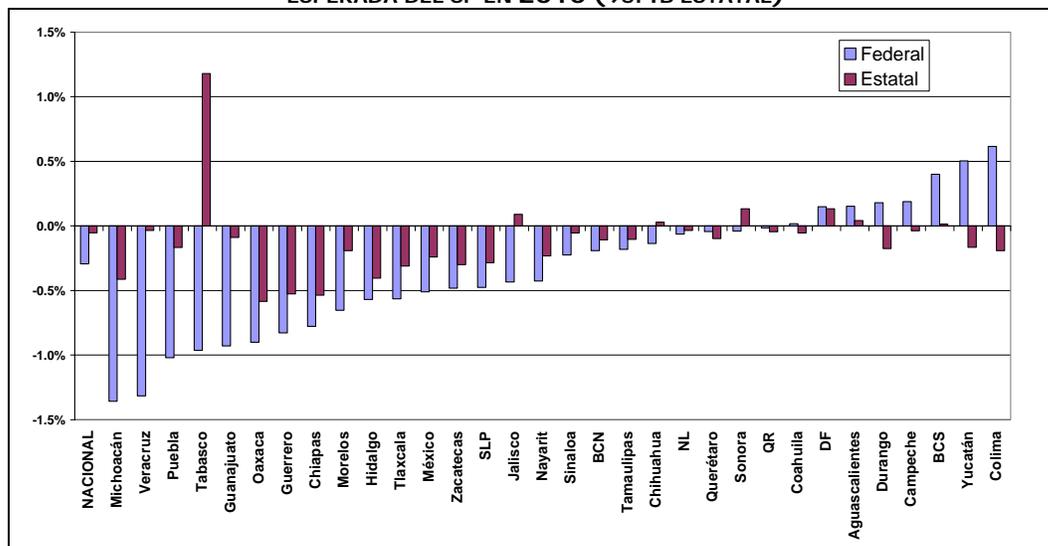
Hay que tomar en cuenta, sin embargo, que estos casos extremos reflejan niveles absolutos de gasto muy bajos, por lo que el esfuerzo en términos de recursos absolutos resulta mucho más factible de lo que estos órdenes de magnitud podrían sugerir. Para apreciar esto la siguiente gráfica presenta, para cada estado, el déficit/superávit en las cuentas estatales públicas de salud en 2004 respecto a las obligaciones financieras que implicará la cobertura completa de la población objetivo del SP en 2010, medidos como porcentaje del PIB estatal. Los tres casos más deficitarios (Oaxaca, Guerrero y Chiapas) implican un esfuerzo presupuestal por parte de los gobiernos locales del orden de 0.5% del PIB estatal, y el promedio para el conjunto de los estados es de apenas 0.12%.

TABLA 3. INCREMENTO EN EL GASTO PÚBLICO EN SALUD PARA LA PNA NECESARIO PARA FINANCIAR LA COBERTURA ESPERADA DE SP EN 2010, RESPECTO A 2004

Entidad	Gasto estatal	Gasto federal	Entidad	Gasto estatal	Gasto federal
NACIONAL	33.01%	37.61%			
Guerrero	3763.65%	44.25%	Zacatecas	148.42%	23.81%
Colima	1442.03%	-37.59%	NL	139.06%	26.83%
SLP	1088.88%	44.08%	Nayarit	127.71%	25.92%
BCN	886.62%	47.00%	Puebla	79.87%	118.51%
México	692.13%	59.28%	OR	61.81%	2.80%
Durango	570.96%	-14.82%	Campeche	43.08%	-23.07%
Hidalgo	513.16%	30.82%	Guanajuato	40.03%	146.98%
Oaxaca	487.25%	34.43%	Sinaloa	33.18%	25.17%
Coahuila	359.13%	-4.77%	Veracruz	8.20%	128.95%
Michoacán	350.23%	104.41%	BCS	-11.19%	-40.54%
Yucatán	269.28%	-30.70%	Chihuahua	-20.16%	32.10%
Tlaxcala	265.64%	35.71%	Aguascalientes	-28.03%	-21.80%
Chiapas	253.66%	26.25%	Jalisco	-31.24%	78.55%
Morelos	189.21%	80.44%	Sonora	-51.25%	6.70%
Querétaro	184.55%	6.20%	DF	-66.68%	-30.91%
Tamaulipas	181.81%	29.09%	Tabasco	-74.28%	89.08%

Nota: Se asume que todo el gasto público en salud para la PNA se contabiliza como SP.
Fuente: estimaciones del autor a partir de datos presentados en CNPSS (2006) y Cuentas Estatales de Salud (SICUENTAS, Secretaría de Salud).

GRÁFICA 3. DÉFICIT Y SUPERÁVIT EN EL GASTO PÚBLICO EN LAS CUENTAS ESTATALES PÚBLICAS DE SALUD EN 2004 RESPECTO A LAS OBLIGACIONES FINANCIERAS QUE IMPLICA LA COBERTURA ESPERADA DEL SP EN 2010 (% PIB ESTATAL)



Fuente: estimaciones del autor a partir de datos presentados en CNPSS (2006) y Cuentas Estatales de Salud (SICUENTAS, Secretaría de Salud).

Incentivos sobre el esfuerzo financiero estatal en servicios de salud pública

Finalmente, es importante analizar los incentivos que el esquema financiero del SP implica para el esfuerzo de los estados en el financiamiento de los servicios de salud, en el mediano plazo (2004-2010), cuando se dará la transición hacia la cobertura completa de la población objetivo, y en el largo plazo, cuando los estados enfrentaran incrementos en la demanda y costos de los servicios. Empezamos con los efectos de corto y mediano plazo.

Sustitución entre gastos estatales y federales ("crowding in/out")

Existe un conflicto potencial entre el objetivo compensatorio del SP a nivel estatal, que intenta reducir los desequilibrios financieros entre los estados, y el objetivo de promover el esfuerzo estatal: la disponibilidad de recursos federales frescos para la salud podría desincentivar el esfuerzo estatal, sustituyendo ("crowding out") recursos federales por recursos estatales. El esquema financiero del SP resuelve este conflicto parcialmente al definir una aportación estatal mínima, que representa 16.7% del gasto público por beneficiario (ver tabla 4). Este nivel de contribución es similar a la participación media del gasto estatal en el gasto público total en salud para la PNA en 2004 (17.1%). Como hemos visto, sin embargo, el esfuerzo estatal en salud varía ampliamente entre los estados, lo que implica esfuerzos correspondientemente diferenciados para cumplir con las obligaciones financieras del SP. La mayoría de los estados deberá incrementar el gasto estatal en forma gradual, pero significativa, en el curso de la presente década para cumplir con esta aportación.

Sin embargo, este incentivo para incrementar el esfuerzo estatal no se aplica para los siete estados que ya ejercen el gasto suficiente para financiar la ASE para toda su población objetivo. De hecho estos estados podrían reducir su gasto actual por familia hasta la aportación mínima obligatoria, sustituyendo el financiamiento estatal por los recursos federales frescos de la CS y la ASF. Si estos estados hicieran esta sustitución, el SP no contribuiría a aumentar el esfuerzo estatal aun cuando se lograra la cobertura completa (éste se reduciría ligeramente, de 17.1 a 16.7%). Para el resto de los estados, el incentivo al esfuerzo estatal esta acotado a la fase de transición hacia el 2010. El esquema financiero actual del SP no ofrece incentivos significativos para aumentar el esfuerzo estatal por encima del mínimo definido.⁵

⁵ Aunque las reglas del SP incorporan un incentivo al esfuerzo estatal en la determinación de la ASF a nivel estatal, éste no se ha aplicado aún, y en todo caso se aplicaría con un ponderador de 5% que difícilmente representará un incentivo importante.

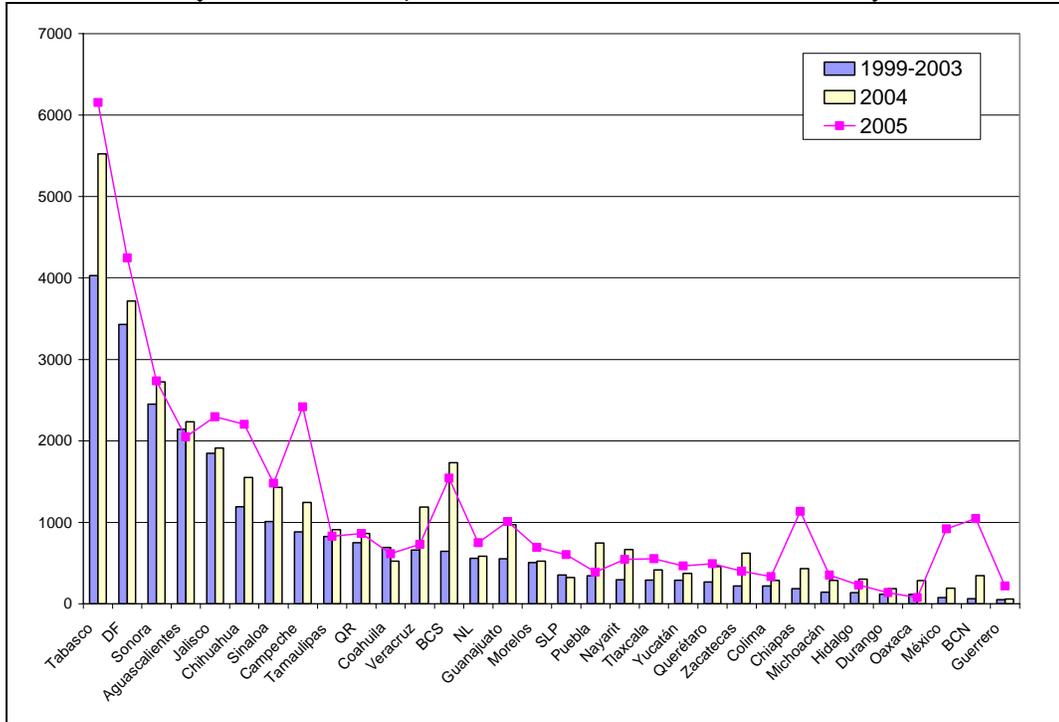
Una evaluación empírica completa tendrá que esperar a la disponibilidad de datos más recientes del gasto estatal y una cobertura más amplia del SP, pero podemos ofrecer algunas observaciones preliminares. Las siguientes gráficas comparan el crecimiento del gasto estatal en los años inmediatamente anteriores al SP, con el crecimiento observado el primer año de operación amplia del programa (2004, que es el año más reciente disponible en las cuentas estatales de la SS). En la mayoría de los estados el gasto ha aumentado en forma importante entre 2000 y 2004, pero en muchos casos esta tendencia antecede la entrada del SP. Considerando los cinco principales receptores de las transferencias del SP en 2004, la evidencia es mixta: en el caso de Tabasco y Veracruz, el crecimiento en 2003-2004 (8 y 15%, respectivamente) es más lento que en los años anteriores, pero en Guanajuato, Puebla y el Estado de México el crecimiento del gasto se acelera en el último año. Comparando los estados que en 2004 recibieron transferencias federales del SP mayores o menores a 5% del gasto federal total en el estado, observamos para ambos grupos que el gasto estatal crece más en el último año, pero la diferencia entre los dos periodos es más notable para los estados con menores transferencias: de 2.8% promedio anual en 2001-2003, a 15.6% en 2003-2004. Esto podría reflejar el esfuerzo de estos estados por lograr el nivel gasto necesario para poder financiar la ASE para una cobertura rápidamente creciente del SP en los próximos años.

TABLA 4. PARTICIPACIÓN DE LOS GOBIERNOS FEDERALES Y ESTATALES EN EL FINANCIAMIENTO DEL SEGURO POPULAR

Nivel de gobierno	Concepto	Fracción de salario mínimo*	Participación en financiamiento
Federal	CS	15.0%	33.3%
	ASF	22.5%	50.0%
Estatal	ASE	7.5%	16.7%
Total		45.0%	100.0%

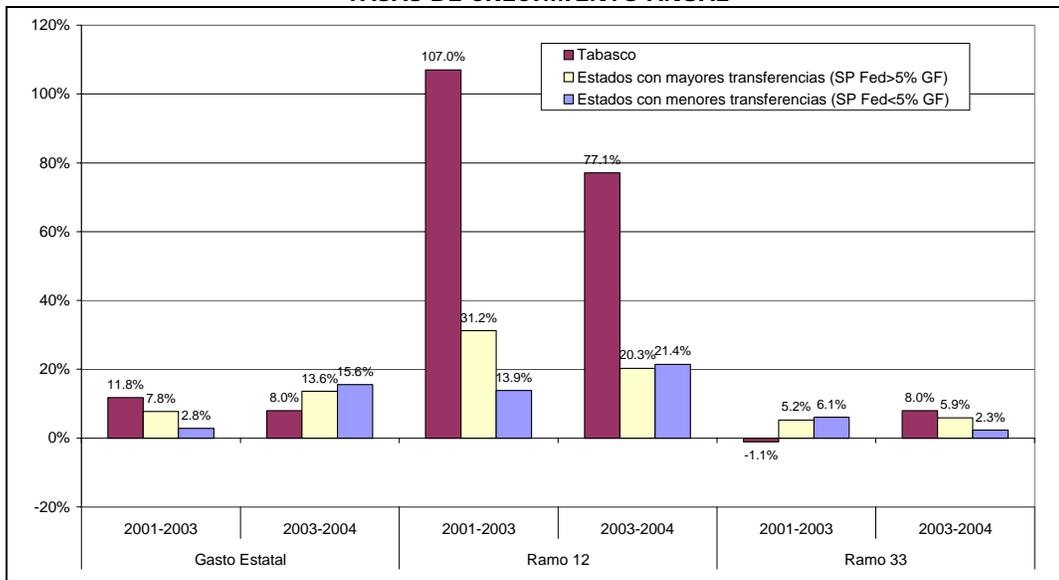
*Salario mínimo en el Distrito Federal, enero 2004.

GRÁFICA 4. GASTO ESTATAL EN SALUD POR HOGAR NO ASEGURADO: 1999-2005 (PESOS DE 2004, HOGARES NO ASEGURADOS DE 2004)



Fuente: Cuentas Estatales de Salud (SICUENTAS, Secretaría de Salud).

GRÁFICA 5. GASTO ESTATAL EN SALUD POR HOGAR NO ASEGURADO: TASAS DE CRECIMIENTO ANUAL



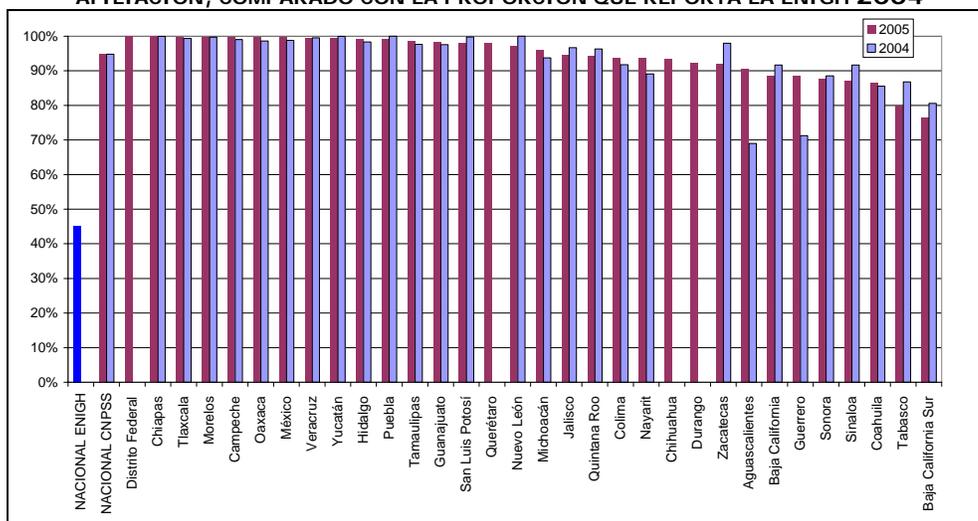
Fuente: estimaciones del autor a partir de datos presentados en CNPSS (2006) y Cuentas Estatales de Salud (SICUENTAS, Secretaría de Salud).

Incentivos para la ampliación de la cobertura por medio de afiliaciones no contributivas

Hay un incentivo menos evidente a nivel estatal en la etapa de transición hacia la cobertura completa que puede tener un efecto importante en el financiamiento del SP. Esto tiene que ver con el proceso de afiliación de las familias beneficiarias. Este proceso está normado por las reglas del programa, pero su implementación es responsabilidad de las secretarías de salud estatales. Según las reglas, en este proceso se debe aplicar un sistema de puntaje socioeconómico similar al que se aplica en el caso del programa Oportunidades, para clasificar a los beneficiarios por “deciles de ingreso” y definir así su condición contributiva según la tabla de cuotas familiares que se reproduce abajo.

Sin embargo, la evidencia disponible no es consistente con la aplicación de este proceso de clasificación, y esto tiene consecuencias importantes para el financiamiento del programa. Como puede apreciarse en la gráfica siguiente, la CNPSS reporta que 95% de las familias afiliadas al SP en 2004 y 2005 se clasificaron en el quintil más pobre, por lo que están exentas de toda contribución. En una buena parte de los estados, se clasificaron dentro de este grupo socioeconómico cerca de 100% de los afiliados, incluyendo algunos estados que ya han logrado niveles altos de cobertura como Campeche y Guanajuato.

GRÁFICA 6. PROPORCIÓN DE BENEFICIARIOS DEL SP CLASIFICADOS EN EL PRIMER QUINTIL DE INGRESO POR LOS SISTEMAS ESTATALES DE SALUD EN EL PROCESO DE AFILIACIÓN, COMPARADO CON LA PROPORCIÓN QUE REPORTA LA ENIGH 2004



Fuente: CNPSS (2006).y estimación del autor a partir de datos presentados en ENIGH (2004), Módulo de Programas Sociales (INEGI, Sedesol).

Es evidente que este grado de focalización es prácticamente imposible. Implicaría que todos los estados han dado prioridad absoluta a la incorporación de los pobres extremos (que coinciden aproximadamente con el primer quintil), rechazado la afiliación de prácticamente todas las familias interesadas por encima del segundo decil (contra la ley del SP), que lograron este grado de focalización con un nivel sin precedentes de precisión (Oportunidades, el programa mejor focalizado en México, logra concentrar 65% de sus beneficiarios en el quintil más pobre). También es inconsistente este resultado con algunas características más observables (que el ingreso) reportadas en los datos administrativos: por ejemplo, 60% de las familias beneficiarias son urbanas (cuando las zonas rurales concentran 60% de los pobres extremos) y sólo 25% habitan en localidades de alta o muy alta marginación. Esto se confirma finalmente en el análisis distributivo a nivel de los hogares (sección 2) utilizando la ENIGH 2004 (Módulo de Programas Sociales), que identifica menos de la mitad (45%) de los beneficiarios en el primer quintil.

Una de las causas probables de este sesgo en la clasificación tiene que ver con la presión de muy corto plazo que enfrentan las secretarías de salud estatales para cumplir con las metas de ampliación de cobertura en la etapa de transición hacia la cobertura universal.⁶ Esto parece especialmente probable si no existiera una demanda suficiente del SP bajo los esquemas contributivos, como puede ser el caso en la etapa inicial cuando el conocimiento y credibilidad del programa son aún limitados.

Sin embargo, las consecuencias financieras para los estados en el mediano y largo plazo no son inocuas, como no lo es el impacto distributivo a nivel de los hogares (sección 2). Si las cuotas familiares publicadas se aplicaran a los deciles de ingreso de los hogares beneficiarios que se obtienen de la ENIGH, esta fuente de financiamiento representaría casi 20% de los recursos totales del SP (con cobertura completa, esto representaría 21,083 millones de pesos del 2004). En contraste, la contribución de las cuotas familiares al financiamiento del SP que reporta la CNPSS para 2004 fue de apenas 1.3%, y para 2005 se reduce a menos de un punto porcentual.

Incertidumbre en los costos de la oferta y en el crecimiento de la demanda por servicios de salud

Finalmente, hay que considerar los costos y riesgos financieros que enfrentan los estados ante el aumento de la demanda por servicios de salud que implica el SP. Como hemos visto, el diseño financiero del SP minimiza los costos de entrada para los estados, al definir una aportación estatal por familia beneficiaria relativamente modesta, deducible contra el gasto estatal

⁶ Para un análisis preliminar de este problema de clasificación, ver Scott (2006a).

existente (y aun anterior), y compensada ampliamente por las transferencias federales: por cada peso que invierte el estado, recibe dos pesos por concepto de la CS, y más aún en el caso de los estados con transferencias de FASSA deficitarias en relación a los recursos necesarios para financiar la ASF para los hogares beneficiarios (23).

Una vez "adentro", sin embargo, los costos para los estados en el mediano y largo plazo serán mucho más importantes, pues son los servicios de salud estatales los que deben atender finalmente el crecimiento en la demanda de servicios asociadas a la cobertura creciente del SP. Si este crecimiento genera aumentos en el costo de los sistemas de salud estatales por encima de los recursos federales frescos que recibe el estado, los gobiernos estatales deben responder a esta presión por sus propios medios, haciendo un uso más eficiente de los recursos federales y estatales disponibles, y/o incrementando los recursos estatales, incluyendo la recaudación de las cuotas familiares. En otras palabras, dado que las transferencias federales por familia afiliada al SP están determinadas en la LGS independientemente de variaciones en la demanda y en los costos de la oferta, y la provisión de los servicios de salud son responsabilidad estatal, son los gobiernos estatales los que asumen finalmente el *riesgo residual* del SP.

Este riesgo, asociado al impacto del SP sobre la demanda y oferta de los servicios de salud, es potencialmente más relevante en términos financieros que la ASE, aunque estimarlo resulta más complicado. En el corto y mediano plazo, el riesgo es que los recursos frescos que genera el SP resulten insuficientes para financiar adecuadamente la demanda de servicios generada por el programa. Esto podría suceder porque no se logran obtener todos los recursos programados (por ejemplo, por concepto de cuotas familiares, como hemos visto), o porque se subestima la demanda adicional generada (selección adversa).

En la LGS y los documentos públicos sobre el SP se define el monto de recursos públicos por beneficiarios como 45% de un salario mínimo del DF (\$7,431 de diciembre 2004), pero no se explica cómo se llegó a este monto específico de gasto público por familia beneficiaria. Idealmente, esta cifra tendría que haberse estimado a partir de un estudio empírico que considerara por lo menos tres factores principales: *a)* los costos de provisión del paquete de servicios y medicinas del SP, *b)* la capacidad de oferta instalada de los sistemas de salud estatales y *c)* la demanda esperada de los servicios de salud por parte de los derechohabientes de este paquete, tomando en cuenta las condiciones epidemiológicas, demográficas y económicas de estos hogares, así como el acceso a opciones alternativas de aseguramiento y tratamiento, públicas y privadas, disponibles a ellos. Dadas las incertidumbres del caso, y la información limitada disponible, aún si se hubiera realizado un estudio de este tipo para sustentar el monto especificado, sería improbable que este

resultara consistente con los costos y la demanda generados una vez implementado el esquema.

Equidad a nivel de los hogares en los recursos para la protección y atención a la salud

El desequilibrio financiero más fundamental que motivó la reforma de la LGS que generó el SP es la desigualdad en los recursos disponibles a los hogares para acceder a bienes y servicios de salud. Los cinco grandes desequilibrios de nivel, origen, distribución, esfuerzo estatal y destino de los recursos son finalmente instrumentos para este último objetivo. En esta sección estimamos el impacto esperado del SP en los recursos financieros totales, públicos y privados, disponibles a los hogares para la atención a la salud.

Para esta estimación utilizamos, además de los módulos de gasto e ingreso de la ENIGH 2004 y anteriores, el Módulo de Programas Sociales que se levantó como parte de la ENIGH 2004 por encargo de la SEDESOL. Este módulo reporta afiliación al Seguro Popular para los hogares contributivos y no contributivos.⁷ Además de los resultados para 2004 y 2005, incluimos para propósitos comparativos algunos resultados de años anteriores (1996 y 2002) y presentamos proyecciones para 2010 bajo diversos escenarios.

Población objetivo 2010

El punto de partida para estas proyecciones es una estimación de la población objetivo (PO) del SP por decil que se presenta en la siguiente tabla. La PO que adopta el programa se obtuvo de una proyección de la PNA para 2004, a partir del Censo 2000, que arrojó un total de 11,898,254 hogares. Manteniendo esta PO total, utilizamos la ENIGH para obtener una estimación más exacta y actualizada de la distribución de los hogares con PNA. Los deciles que presentamos aquí, como en todo el análisis por deciles de esta sección, son deciles de hogares ordenados por ingreso corriente total per cápita. La distribución de la PO que se deriva de la ENIGH resulta significativamente más cargada hacia los deciles más pobres. La diferencia podría reflejar la riqueza comparativa en la información sobre ingresos de la ENIGH, pero también es posible que los deciles que utiliza la CNPSS se hayan definido a partir de un ordenamiento de los hogares por el ingreso *total* (no per cápita) del hogar (esto no se especifica en los documentos disponibles). Para la presente estimación utilizamos el ingreso per cápita porque esto elimina el efecto del tamaño de los hogares sobre su nivel de ingreso, y representa mejor el nivel de bienestar medio del hogar. La mayor concentración en la parte inferior de

⁷ Aunque el módulo de gasto de la ENIGH 2004 también incluye una pregunta sobre el SP, sólo se reportan los hogares *contributivos*, que en 2004 representaban apenas 5% del total de hogares afiliados.

la distribución muestra que la falta de aseguramiento afecta en forma más intensa a los hogares más pobres en términos del ingreso per cápita.⁸

A continuación utilizamos las proyecciones poblacionales de CONAPO para estimar la PNA por decil en 2010.⁹ Finalmente, imputamos el déficit total de cobertura entre la PO y la PNA de 2010 al decil más rico, suponiendo que la cobertura estará sesgada hacia los nueve deciles más pobres por decisión de política y/o auto-selección de los hogares. Esto implica una distribución estimada de los beneficiarios para 2010 aún más progresiva.

TABLA 5. ESTIMACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETIVO EN 2010						
Deciles	Distribución CNPSS 2004	Distribución ENIGH 2004		Crecimiento poblacional 2004-2010 (CONAPO)	Ajuste en cobertura en decil 10	
1	12.0%	16.6%	1,970,265	2,089,286	2,089,286	17.6%
2	11.5%	14.1%	1,677,772	1,779,124	1,779,124	15.0%
3	11.1%	12.1%	1,442,906	1,530,069	1,530,069	12.9%
4	10.4%	11.0%	1,305,672	1,384,546	1,384,546	11.6%
5	8.7%	10.1%	1,198,461	1,270,858	1,270,858	10.7%
6	10.0%	8.2%	981,387	1,040,672	1,040,672	8.7%
7	9.7%	8.1%	957,855	1,015,718	1,015,718	8.5%
8	9.5%	7.1%	847,460	898,654	898,654	7.6%
9	9.1%	6.6%	785,755	833,222	833,222	7.0%
10	8.0%	6.1%	730,721	774,863	56,106	0.5%
	100.0%	100.0%	11,898,254	12,617,011	11,898,254	100.0%

Fuente: cálculos del autor a partir de la ENIGH 2004 y Módulo de Programas Sociales (INEGI, Sedesol). Hogares ordenados por ingreso per cápita.

Distribución de beneficios y contribuciones del SP

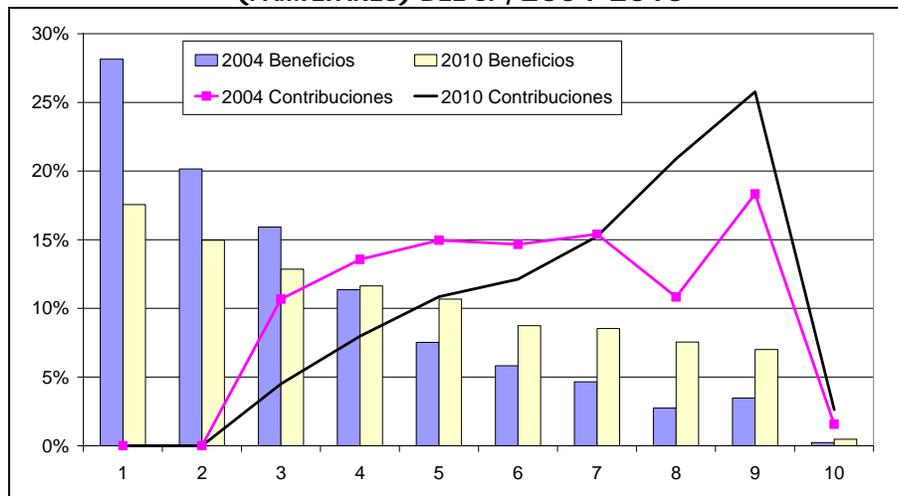
La siguiente gráfica y tabla presentan la distribución estimada de los beneficios y contribuciones familiares del SP en 2004, 2005 y 2010. Dado que el SP ofrece un paquete de aseguramiento único a todos sus afiliados, suponemos que el costo medio por afiliado no varía por decil, por lo que la distribución de beneficios coincide con la de afiliados. Para 2004 la distribución reportada es la distribución de afiliados obtenida del Módulo de Programas Sociales de la ENIGH 2004, que se contrasta en la tabla con la distribución reportada por la CNPSS. Para 2010 utilizamos la distribución de la PO que se presentó en la tabla anterior, bajo el supuesto de que en ese año se habrá logrado la cobertura completa de esta población. Un supuesto

⁸ Una definición más precisa, que deberá explorarse en estudios futuros del SP y en la definición de los deciles para los propósitos operativos del programa, podría utilizar escalas de equivalencia para controlar por diferencias en la composición demográfica de los hogares y economías de escala en el consumo al interior del hogar.

⁹ Utilizamos el crecimiento medio de la población. Para una estimación más precisa, especialmente en un horizonte de tiempo más largo, sería posible utilizar la composición demográfica de los hogares por decil que arroja la ENIGH y las proyecciones por grupos de edad, pero en un periodo tan corto la diferencia sería marginal.

alternativo es que la distribución de beneficios del SP corresponde a la distribución del uso de servicios de salud para la PNA. Aunque toda la PNA tiene derecho a usar los servicios de la SS, la distribución del uso de estos servicios es significativamente más progresiva (pro pobre) que la distribución de la PNA. Incorporamos esta posibilidad dentro de los escenarios alternativos que presentamos a continuación.

GRÁFICA 7. DISTRIBUCIÓN DE BENEFICIOS Y CONTRIBUCIONES (FAMILIARES) DEL SP, 2004-2010



Fuente: cálculos del autor a partir de la ENIGH 2004 y Módulo de Programas Sociales.
Hogares ordenados por ingreso per cápita.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN Y MONTOS TOTALES POTENCIALES ESTIMADOS DEL FINANCIAMIENTO DEL SP POR MEDIO DE CUOTAS FAMILIARES

Deciles	Distribución de familias/hogares afiliados		Cuota familiar anual (pesos)		Distribución del financiamiento por cuotas familiares		
	CNPSS	ENIGH					
	2004	2004	2004	2005	2004	2005	2010*
1	67.6%	28.1%	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
2	27.4%	20.1%	0	0	0.0%	0.0%	0.0%
3	4.7%	15.9%	640	640	10.7%	9.4%	4.5%
4	0.1%	11.4%	1140	1,255	13.6%	13.2%	8.0%
5	0.1%	7.5%	1900	1,860	15.0%	12.9%	10.9%
6	0.0%	5.8%	2400	2,540	14.7%	13.7%	12.1%
7	0.0%	4.7%	3160	3,270	15.4%	14.1%	15.2%
8	0.0%	2.7%	3780	5,065	10.8%	12.8%	20.9%
9	0.0%	3.5%	5040	6,740	18.3%	21.6%	25.8%
10	0.0%	0.2%	6300	10,200	1.6%	2.2%	2.6%
Coefficiente de concentración	-0.825	-0.456			0.149	0.190	0.309

Fuente: cálculos del autor a partir de la ENIGH 2004, Módulo de Programas Sociales (INEGI, Sedesol). Hogares ordenados por ingreso per cápita. Millones de pesos del 2004.

*El porcentaje de 2010 se calcula bajo el supuesto que todo el gasto público del SP se financia con recursos nuevos. Los porcentajes para los años anteriores son mayores porque se calculan respecto a los recursos nuevos reportados, que son menores al gasto público en el SP (una parte se financia con recursos existentes).

En el caso de las contribuciones familiares, aunque la ENIGH reporta el dato, no permite obtener una distribución por deciles representativa, dado el bajo porcentaje de contribuyentes (40 casos en la muestra original de la ENIGH). Por ello, tanto para 2004 como para 2010, estimamos las distribuciones que resultarían de la distribución de afiliados si se aplicaran las cuotas familiares correspondientes a los hogares afiliados en cada decil.

2. Impacto del SP sobre el gasto en salud por deciles

Para estimar el impacto de los recursos del SP en el gasto total en salud, se requieren dos tipos de información para los principales componentes que conforman este gasto: *a)* los recursos financieros totales que se ejercen en cada componente y *b)* la distribución por deciles de estos recursos para cada componente, estimada a partir de datos y definiciones metodológicas comparables.

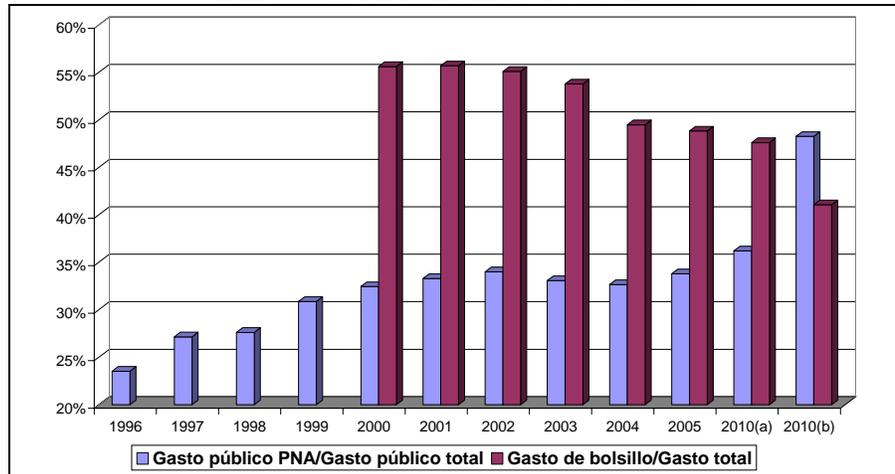
En el Anexo se reportan los recursos que han absorbido los principales componentes para el periodo 1996-2005 y proyectados a 2010. Para 1996-2005 los recursos se toman de las series proporcionadas por la DGED, pero en el caso del gasto de bolsillo y el gasto privado total se hace un ajuste para

reflejar la reducción de este gasto por el impacto del SP. Este impacto se estimó a partir de la ENIGH 2004, comparando el gasto privado por hogar de la PNA afiliada y no afiliada al SP, obtenido como un promedio ponderado (por población) del gasto medio en cada decil. Esto da una reducción de 18 y 21% para el gasto privado total y el gasto de bolsillo, respectivamente. Para obtener el factor de ajuste se multiplicaron estos porcentajes por la proporción de afiliados al SP dentro del total de hogares.

En el caso de las proyecciones para 2010 también se hace el ajuste al gasto privado y se toman las series de gasto público de la DGED, excepto en el caso del SP, para el cual se consideran dos escenarios polares sobre la proporción de recursos frescos aportados por concepto del SP al gasto público existente en salud para la PNA: *(a)* se incluyen únicamente los recursos necesarios para cubrir el *déficit* de este gasto respecto a los recursos que implica el SP con cobertura completa de la PO, *(b)* la totalidad de recursos que implica el SP son frescos. Estos escenarios representan la cota inferior y superior de los recursos públicos nuevos que aporta el SP. Además incluimos las cuotas familiares estimadas como se ha explicado con anterioridad.

La siguiente gráfica muestra la evolución del gasto público en la PNA y del gasto de bolsillo en el la última década y las proyecciones mencionadas para 2010. Observamos que se dio un aumento importante en la participación del gasto para la PNA (en el gasto público en salud) antes del SP, en 1996-2002. En el escenario presupuestal más optimista *(b)*, el crecimiento que se daría en 2004-2010 recuperaría la tendencia del periodo anterior (después de un estancamiento en 2001-2004) hasta acercarse al final del periodo a 50% del gasto público en salud. En un escenario intermedio, más realista, podríamos esperar que el gasto en la PNA se acercara más a 40% del total.

GRÁFICA 8. EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN LA PNA Y DEL GASTO DE BOLSILLO: 1996-2010



Fuente: ver Anexo. 2010(a): se incluyen únicamente los recursos necesarios para cubrir el déficit del gasto público en la PNA respecto a los recursos que implica el SP con cobertura completa de la PO. 2010(b): la totalidad de recursos que implica el SP son frescos.

Todas las distribuciones de estos recursos por deciles se obtienen de la ENIGH. En el caso de los servicios de salud públicos se utiliza la información del uso de servicios por institución reportada en los módulos de gastos monetario y no monetario.¹⁰ Para las estimaciones de 2010, se consideran dos posibilidades en los escenarios analizados. En una, como ya se explicó arriba, suponemos que la distribución coincide con la distribución estimada de la PO en 2010. En otra, utilizamos la distribución de uso obtenida de la ENIGH con la información más reciente disponible para este propósito (2004).¹¹ El supuesto que se hace aquí es que la distribución de uso no cambia en forma significativa entre 2002 y 2004, ni en la transición hacia la cobertura completa en 2010. El primer supuesto es razonable, pero el segundo, sin lugar a dudas, es más dudoso. Retomamos el tema del efecto probable del SP sobre el uso de los servicios para la PNA abajo.

Analizamos la incidencia de las contribuciones al SP, pero no consideramos en este análisis la incidencia de los impuestos generales ni las contribuciones a la seguridad social que financian el gasto público en salud, ya que el

¹⁰ Para antecedentes y mayores detalles metodológicos ver Scott (2006b) y Banco Mundial (2004).

¹¹ La información sobre uso de servicios por institución que se reporta en la versión pública de la ENIGH 2004 presenta algunos problemas de codificación que se han corregido para el presente estudio. En el caso de los servicios de la SS, sólo se presenta el uso asociado al gasto monetario, pero no el uso asociado a gastos no monetarios (subsidios o regalos en especie), que en el caso de la SS es la parte principal, especialmente para los afiliados al SP y los sectores más pobres, por lo que la distribución resultante de uso está sesgada en contra de los deciles inferiores. Este problema se ha corregido a partir de datos corregidos de este módulo de la ENIGH 2004 provistos por Patricia Méndez, Coordinadora de encuestas en hogares del INEGI.

objetivo del presente análisis no es evaluar la equidad financiera del sistema de salud en su conjunto, sino el efecto marginal del SP sobre el gasto en salud.¹²

Finalmente, este análisis ignora el efecto de las desigualdades del gasto en salud a nivel estatal que hemos analizado en la sección anterior, sobre las desigualdades a nivel de los hogares. Esto obedece a que la ENIGH no es representativa a nivel estatal. Afortunadamente, esta limitación podrá superarse en un futuro próximo una vez que esté disponible la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005*, que también reporta el uso de los servicios públicos y tiene representatividad estatal.

Las tablas y gráficas siguientes resumen los resultados principales de estas estimaciones del efecto del SP en 2010 sobre el gasto para la PNA, el gasto público, y el gasto total en salud (público y privado), en doce escenarios, con las siguientes variantes.

Financiamiento por cuotas familiares (CF): a) sin CF, b) con CF bruto, c) con CF neto (beneficios del SP para los hogares netos de pagos de las CF).

Recursos frescos para el SP, distribución de beneficios del SP y uso de servicios de salud:

A: La totalidad de los recursos que implica el SP son frescos. La distribución del uso de servicios de la SS se asume como en 2002. La distribución de beneficios del SP se asume igual a la distribución del uso de servicios de la SS.

B: La totalidad de los recursos que implica el SP son frescos. La distribución del uso de servicios de la SS se asume como en 2002. La distribución de beneficios del SP se asume igual a la distribución de la PNA.

C: La totalidad de los recursos que implica el SP son frescos. La distribución del uso de servicios de la SS y de los beneficios del SP se asume igual a la distribución de la PNA.

D: Sólo se financia con recursos frescos el déficit del gasto público existente respecto los recursos que implica el SP son frescos. La distribución del uso de servicios de la SS y de los beneficios del SP se asume igual a la distribución de la PNA.

¹² Para un análisis de la incidencia distributiva del gasto neto de impuestos y contribuciones ver Scott (2006b).

TABLA 7. ESTIMACIÓN DEL IMPACTO DEL SP EN LA DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD ENTRE LOS HOGARES, CON COBERTURA COMPLETA DE LA POBLACIÓN OBJETIVO (2010)

	Decil	Total			Publico Total			Población No Asegurada			Población asegurada	Privado
		Con CF Neto	Con CF	Sin CF	Con CF Neto	Con CF	Sin CF	Con CF Neto	Con CF	Sin CF		
A	1	8.9%	8.6%	8.2%	13.5%	12.8%	12.2%	24.1%	21.3%	21.3%	4.4%	3.7%
	2	9.6%	9.3%	9.0%	14.2%	13.4%	13.0%	22.4%	19.8%	19.8%	7.2%	4.4%
	3	9.5%	9.3%	9.0%	13.6%	13.1%	12.7%	20.4%	18.6%	18.6%	7.7%	4.9%
	4	8.3%	8.2%	8.2%	10.8%	10.6%	10.6%	11.3%	10.9%	10.9%	10.3%	5.4%
	5	8.2%	8.3%	8.3%	10.1%	10.1%	10.2%	9.2%	9.4%	9.4%	10.9%	6.1%
	6	8.6%	8.7%	8.8%	9.2%	9.3%	9.5%	6.0%	6.7%	6.7%	11.9%	8.0%
	7	8.9%	9.1%	9.2%	9.8%	10.1%	10.4%	4.0%	5.3%	5.3%	14.8%	7.8%
	8	9.6%	10.0%	10.2%	7.8%	8.6%	8.9%	1.6%	3.9%	3.9%	13.2%	11.6%
	9	10.5%	11.0%	11.3%	6.1%	7.2%	7.4%	0.3%	3.3%	3.3%	11.0%	15.6%
	10	17.9%	17.4%	18.0%	5.0%	4.9%	5.1%	0.6%	0.9%	0.9%	8.7%	32.5%
	CC	0.090	0.097	0.113	-0.167	-0.139	-0.124	-0.485	-0.392	-0.392	0.107	0.381
B	1	8.2%	8.0%	7.6%	12.3%	11.5%	11.2%	21.3%	18.8%	19.0%		
	2	8.8%	8.5%	8.3%	12.7%	12.0%	11.8%	19.1%	16.8%	17.1%		
	3	8.5%	8.4%	8.3%	11.8%	11.4%	11.3%	16.6%	15.2%	15.5%		
	4	8.4%	8.4%	8.2%	11.0%	10.8%	10.8%	11.8%	11.4%	11.3%		
	5	8.4%	8.5%	8.4%	10.5%	10.6%	10.5%	10.1%	10.2%	10.2%		
	6	9.0%	9.1%	9.1%	9.8%	10.0%	10.0%	7.4%	8.0%	7.9%		
	7	9.4%	9.6%	9.6%	10.8%	11.1%	11.2%	6.2%	7.3%	7.1%		
	8	10.2%	10.6%	10.7%	9.0%	9.7%	9.8%	4.2%	6.1%	6.0%		
	9	11.2%	11.6%	11.8%	7.2%	8.3%	8.4%	2.9%	5.6%	5.4%		
	10	17.9%	17.4%	17.9%	4.9%	4.7%	5.0%	0.4%	0.6%	0.7%		
	CC	0.115	0.122	0.134	-0.120	-0.095	-0.086	-0.384	-0.302	-0.310		
C	1	7.9%	7.6%	7.3%	11.6%	10.9%	10.5%	19.9%	17.6%	17.6%		
	2	8.3%	8.0%	7.8%	11.7%	11.0%	10.8%	16.9%	15.0%	15.0%		
	3	7.9%	7.8%	7.6%	10.6%	10.2%	10.1%	14.0%	12.9%	12.9%		
	4	8.4%	8.4%	8.3%	11.1%	10.9%	10.9%	12.1%	11.6%	11.6%		
	5	8.6%	8.6%	8.6%	10.8%	10.8%	10.8%	10.7%	10.7%	10.7%		
	6	9.2%	9.3%	9.3%	10.2%	10.3%	10.4%	8.3%	8.7%	8.7%		
	7	9.8%	9.9%	10.0%	11.5%	11.7%	11.9%	7.6%	8.5%	8.5%		
	8	10.6%	11.0%	11.1%	9.7%	10.4%	10.6%	5.8%	7.6%	7.6%		
	9	11.6%	12.0%	12.2%	8.0%	9.0%	9.1%	4.5%	7.0%	7.0%		
	10	17.8%	17.3%	17.9%	4.8%	4.7%	4.9%	0.2%	0.5%	0.5%		
	CC	0.131	0.136	0.149	-0.091	-0.068	-0.057	-0.321	-0.247	-0.247		
D	1	6.6%	6.4%	6.0%	10.0%	9.3%	8.7%	21.7%	17.6%	17.6%		
	2	7.4%	7.1%	6.8%	10.9%	10.1%	9.7%	18.5%	15.0%	15.0%		
	3	7.2%	7.1%	6.9%	10.0%	9.6%	9.4%	14.9%	12.9%	12.9%		
	4	8.0%	8.0%	7.8%	11.0%	10.8%	10.7%	12.5%	11.6%	11.6%		
	5	8.2%	8.3%	8.2%	10.8%	10.8%	10.8%	10.6%	10.7%	10.7%		
	6	9.2%	9.3%	9.3%	10.6%	10.7%	10.9%	7.9%	8.7%	8.7%		
	7	9.8%	10.0%	10.1%	12.2%	12.4%	12.7%	6.9%	8.5%	8.5%		
	8	11.0%	11.4%	11.5%	10.3%	11.1%	11.3%	4.4%	7.6%	7.6%		

TABLA 7. ESTIMACIÓN DEL IMPACTO DEL SP EN LA DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD ENTRE LOS HOGARES, CON COBERTURA COMPLETA DE LA POBLACIÓN OBJETIVO (2010)

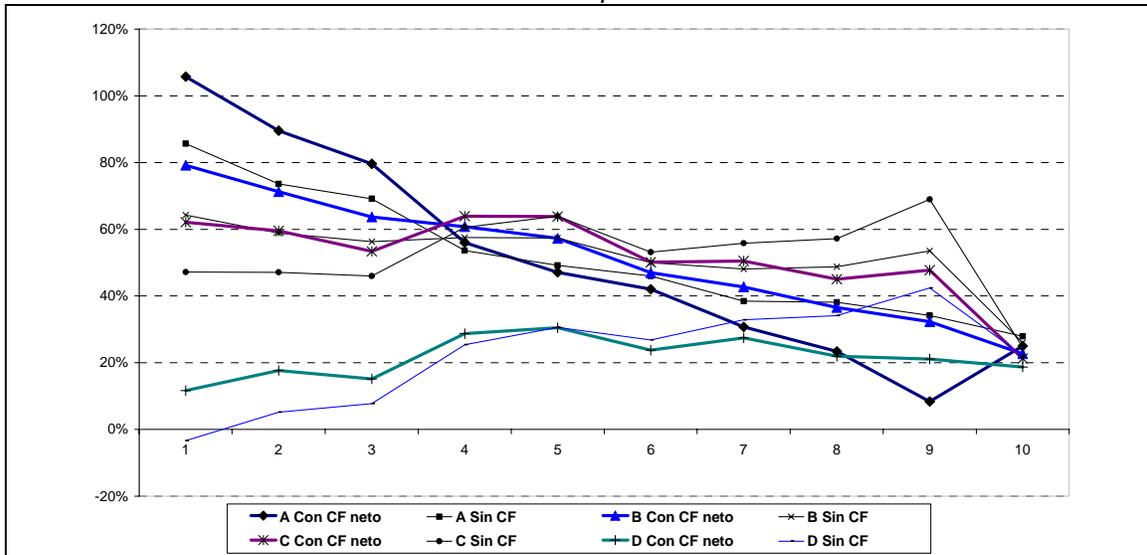
	Decil	Total			Publico Total			Población No Asegurada			Población asegurada	Privado
		Con CF Neto	Con CF	Sin CF	Con CF Neto	Con CF	Sin CF	Con CF Neto	Con CF	Sin CF		
	9	12.2%	12.7%	12.9%	8.3%	9.5%	9.7%	2.5%	7.0%	7.0%		
	10	20.3%	19.7%	20.4%	5.9%	5.7%	6.1%	0.0%	0.5%	0.5%		
	CC	0.183	0.187	0.203	-0.051	-0.025	-0.008	-0.380	-0.247	-0.247		

Fuente: cálculos del autor a partir de la ENIGH 2004 con Módulo de Programas Sociales (INEGI, Sedesol), y gastos en salud por componente reportados en el Anexo. El gasto en población asegurada incluye IMSS e ISSSTE, pero no PEMEX, por falta de representatividad de los datos. Los supuestos para los escenarios A-D se describen en el texto. Deciles de hogares ordenados por ingreso per cápita.

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SALUD ENTRE LOS HOGARES, 1996-2004						
		Gasto Total	Privado	Publico Total	PNA	PA
2004	1	6.7%	3.7%	10.1%	21.3%	4.4%
	2	7.7%	4.4%	11.4%	19.8%	7.2%
	3	7.9%	4.9%	11.3%	18.6%	7.7%
	4	7.8%	5.4%	10.5%	10.9%	10.3%
	5	8.1%	6.1%	10.4%	9.4%	10.9%
	6	9.0%	8.0%	10.1%	6.7%	11.9%
	7	9.6%	7.8%	11.6%	5.3%	14.8%
	8	10.9%	11.6%	10.0%	3.9%	13.2%
	9	12.2%	15.6%	8.4%	3.3%	11.0%
	10	20.2%	32.5%	6.1%	0.9%	8.7%
		CC	0.175	0.381	-0.061	-0.392
2002	1	6.7%	3.6%	11.1%	23.5%	4.4%
	2	7.7%	5.1%	11.3%	19.1%	7.1%
	3	7.4%	5.2%	10.7%	16.3%	7.6%
	4	7.4%	5.3%	10.4%	10.6%	10.3%
	5	8.7%	7.7%	10.0%	8.6%	10.8%
	6	8.8%	7.6%	10.4%	7.7%	11.9%
	7	10.1%	9.0%	11.6%	5.7%	14.8%
	8	10.1%	9.9%	10.2%	4.8%	13.2%
	9	13.6%	17.4%	8.2%	2.9%	11.1%
	10	19.6%	29.1%	6.0%	0.8%	8.8%
		CC	0.179	0.351	-0.066	-0.392
1996	1			6.2%	13.4%	3.8%
	2			8.8%	19.3%	5.4%
	3			10.1%	15.7%	8.3%
	4			9.9%	13.5%	8.7%
	5			12.6%	11.7%	12.9%
	6			10.8%	9.4%	11.2%
	7			12.8%	6.0%	15.0%
	8			10.8%	6.9%	12.0%
	9			10.6%	2.9%	13.0%
	10			7.5%	1.2%	9.6%
		CC			0.035	-0.294

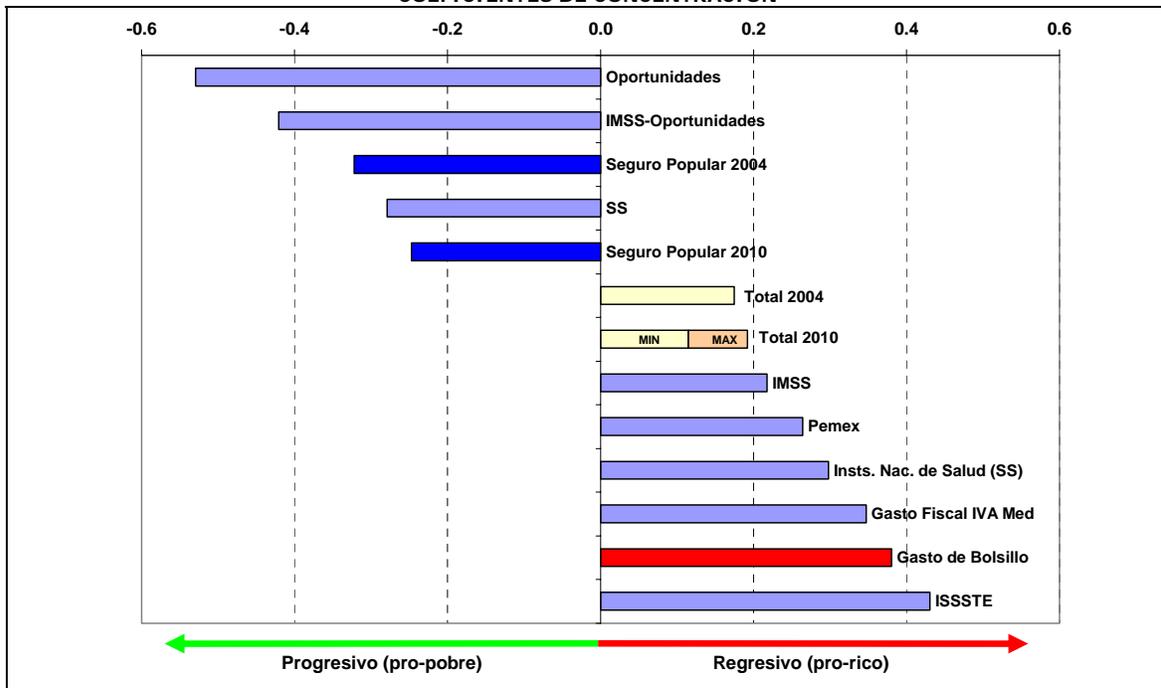
Fuente: cálculos del autor a partir de las ENIGH 2004 (con el Módulo de Programas Sociales), 2002 y 1996, y gastos totales en salud por componente reportados en el Anexo. Deciles de hogares ordenados por ingreso per cápita.

GRÁFICA 9. CRECIMIENTO DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD POR DECIL POR LA COBERTURA COMPLETA DEL SP, 2004-2010



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

GRÁFICA 10. PROGRESIVIDAD DEL SEGURO POPULAR EN RELACIÓN A OTROS PROGRAMAS Y SUBSIDIOS PÚBLICOS EN SALUD Y SU EFECTO SOBRE EL GASTO TOTAL (PÚBLICO Y PRIVADO) EN SALUD: COEFICIENTES DE CONCENTRACIÓN



Fuente: cálculos del autor a partir de la ENIGH 2004 (con Módulo de Programas Sociales) y 2002, y gastos en salud por componente reportados en el Anexo. Hogares ordenados por ingreso per cápita.

La conclusión principal que podemos extraer de estos resultados es que el SP puede tener un impacto significativo en la reducción de la desigualdad de los recursos totales disponibles a los hogares para acceder a bienes y servicios de salud, pero este impacto es sensible a los supuestos de las proyecciones. En particular, el impacto distributivo del SP a nivel de los hogares depende de tres factores principales: la proporción de recursos públicos frescos que absorberá el SP adicionales a los que ya se ejercen en beneficio de la PNA, el efecto del SP sobre la distribución de la utilización de los servicios de la SS, y la aplicación de las cuotas familiares a los hogares sujetos a ellas dentro de la PO en los deciles 3-10, y la decisión de participación de estos hogares.

En el caso más optimista (A con CF neto), si todos los recursos del SP fueran frescos, si la progresividad del uso de servicios para la PNA no se redujera al avanzar la cobertura del SP, y si las cuotas familiares se aplicaran (y la participación se diera) como están programadas, el gasto en salud en beneficio del quintil más pobre prácticamente se doblaría entre 2004 y 2010, y la desigualdad global en el gasto total en salud, medida por el *coeficiente de concentración* (CC), se reduciría casi en 50%, de 0.175 a 0.09.

En el extremo opuesto (D sin CF), si sólo se generan recursos nuevos para cubrir el costo *adicional* del SP respecto al gasto público existente en la PNA, si la actual progresividad en el uso de servicios de la SS se reduce hasta coincidir con la distribución de la PNA, y si las cuotas familiares no se aplican, el gasto en salud en beneficio del quintil más pobre en 2010 no aumentaría en lo absoluto respecto a 2004, y la desigualdad en el gasto total en salud de hecho *aumentaría* de 0.175 a 0.203. Este aumento se daría porque el efecto igualador que tendría el crecimiento del gasto público como proporción del gasto total (de 47.3 a 48.4%, en comparación a 55.1% en el caso anterior), sería revertido por una reducción de 37% en el grado de progresividad del gasto para la PNA. Esta reducción refleja la menor progresividad de la distribución de la PO que del uso de los servicios públicos de salud por parte de la PNA (el aumento de la desigualdad sería significativamente mayor si de adoptara la distribución de la PNA que reporta la CNPSS).

La gráfica final compara los coeficientes de concentración del SP en 2004 y 2010 (correspondiente a la distribución de la PO), con los principales componentes del gasto público, y con el gasto de bolsillo de los hogares, y compara el coeficiente estimado para el gasto total en 2004 con los escenarios que acabamos de describir de mínima y máxima desigualdad para 2010.

Conclusiones

Equidad y calidad

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

Primero, en su forma actual, las reglas para contabilizar la ASF y la ASE ciertamente permiten minimizar los recursos frescos para el SP por estos conceptos (limitándolos al déficit respecto a los recursos federales y estatales ejercidos actualmente), y dadas las presiones sobre los recursos fiscales disponibles a nivel federal y estatal parece improbable que se rebasen estos mínimos obligatorios, especialmente ante la rápida ampliación de la cobertura y consecuente crecimiento *cumulativo* de los costos que impondrá el SP en los próximos años.

Segundo, como hemos visto, en su fase actual el financiamiento contributivo del SP es marginal (1%). Esto no sería tan problemático si reflejara una focalización efectiva del programa en su fase inicial sobre los sectores más pobres de la población, pero como hemos comprobado arriba, la clasificación de 95% de los afiliados como no contributivos no es consistente con la proporción de afiliados en el primer quintil que identifica la ENIGH.

Finalmente, hay que considerar el efecto esperado del SP sobre la distribución del uso de los servicios de salud para la PNA. La siguiente gráfica sugiere que además de elevar la tasa media de uso de servicios de la SS, el SP posiblemente reducirá la progresividad de este uso. Hay que interpretar esta evidencia con cuidado dada la cobertura limitada del SP en 2004,¹³ pero podemos suponer en todo caso *a priori* que esto será así, como se explica a continuación.

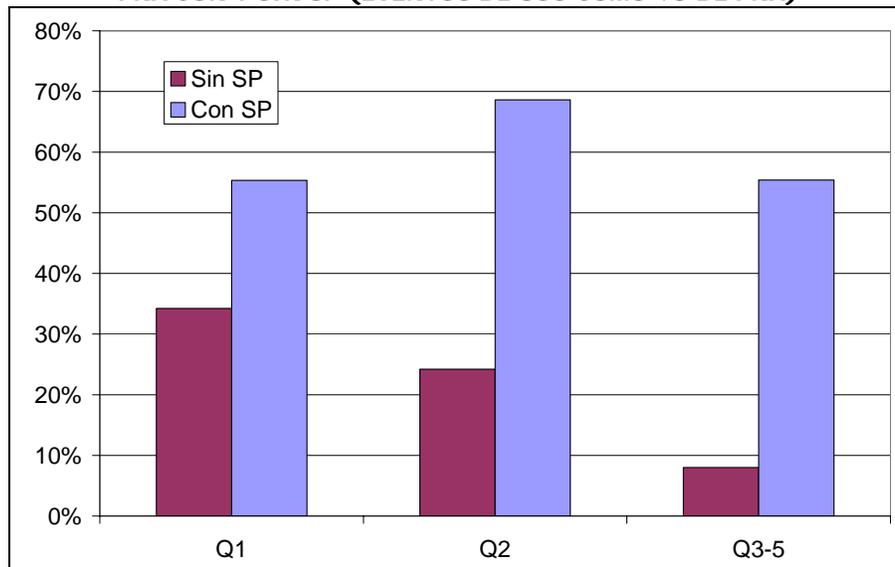
La progresividad que observamos en el uso de los servicios de la SS no es efecto de un sistema de focalización administrativa, como en el caso de Oportunidades, sino de focalización por *auto selección*.¹⁴ La reducción progresiva en las tasas de uso a mayores ingresos refleja la preferencia de

¹³ También podría reflejar esto un efecto de “selección adversa” (se afilian primero quienes mayor probabilidad tienen de hacer uso de estos servicios, por estar más enfermos o mejor informados) o causalidad inversa (son quienes utilizan los servicios más los que se enteran primero sobre el SP y tienen mayor oportunidad de incorporarse).

¹⁴ Sin embargo, el aumento notable observado en la utilización en estos servicios en el quintil más pobre de la población entre 1996 y 2002 es en parte efecto de Oportunidades, que condiciona parte de sus beneficios al uso de estos servicios, y de programas complementarios de ampliación de la cobertura de la oferta de servicios en localidades pobres.

esta población por servicios privados, presumiblemente de mayor calidad (dada su mayor disposición de pago). El SP podría tener el efecto de revertir esta tendencia por varias razones complementarias: *a)* en la medida en que los recursos adicionales tengan un impacto efectivo sobre la calidad de los servicios de salud para la PNA, como se espera, estos servicios serán más atractivos para los hogares de mayores recursos, *b)* en la medida en que se logre afiliar hogares de mayores ingresos bajo esquemas *contributivos*, como también se espera, aumentará la valoración subjetiva y la probabilidad de uso de los servicios simplemente por el hecho de haber hecho un prepago por ellos y la ausencia de copagos (riesgo moral) y *c)* los esquemas contributivos también pueden atraer a usuarios de mayor intensidad por condiciones preexistentes o simplemente mayor información sobre los riesgos a la salud (selección adversa).

GRÁFICA 11. TASAS DE USO DE SERVICIOS DE SALUD DE LA SSA POR LA PNA CON Y SIN SP (EVENTOS DE USO COMO % DE PNA)



Fuente: cálculos del autor a partir de la ENIGH 2004 y Módulo de Programas Sociales.

Eventos de uso en el último trimestre. Hogares ordenados por ingreso per cápita.

En síntesis, en un sistema de acceso universal, existe un conflicto inevitable entre la calidad y la equidad de los servicios —a mayor calidad, mayor será la captura de los beneficios por parte de grupos de mayores ingresos—¹⁵ y aun si se logra implementar el régimen contributivo en forma efectiva, éste puede llevar a un uso aún más intenso por parte de los grupos de mayores ingresos.

¹⁵ Un ejemplo concreto de este efecto son los servicios de alta especialización (y costos) que ofrecen los *Institutos Nacionales de Salud*, que son parte de la SS y están abiertos en principio al conjunto de la PNA, pero como se puede apreciar en la gráfica anterior su uso se concentra en los grupos de ingresos medios y altos, resultando más regresivo que los servicios de la seguridad social, exceptuando al ISSSTE.

Limitar la calidad de los servicios no sería, por supuesto, una solución adecuada al dilema anterior si el objetivo es mejorar la salud de los grupos de menores ingresos, pues con ello se lograría en efecto dirigir una mayor proporción de los recursos a estos grupos, pero al costo de hacer estos recursos menos efectivos en este objetivo.

En el contexto del sistema público de salud fraccionado que aún impera en México, el conflicto entre calidad y equidad sólo se podría resolver con la implementación de un mecanismo efectivo de focalización para acotar la afiliación universal a los grupos de menores ingresos, como el que aplica *Oportunidades*. Una solución más satisfactoria, como ya se mencionó en la conclusión de la sección anterior, sería utilizar el SP como un puente transitorio hacia un sistema de salud integral con un paquete no contributivo universal, complementado con financiamiento contributivo para beneficios adicionales (Scott, 2005).

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

Después del SP...

Podemos suponer que las presiones sobre los sistemas de salud estatales serán mucho mayores en el largo plazo (después de 2010), dados los efectos sobre la demanda, en el contexto de una cobertura universal, de las transiciones epidemiológicas y demográficas, y del crecimiento económico, además del efecto sobre la oferta de avances tecnológicos y la inflación en el costo de los insumos médicos (OCDE, 2006).

En su diseño actual, el SP reducirá en forma significativa la desigualdad en el acceso a la salud, pero no eliminará la dualidad fundamental del sistema de salud entre el sector formal e informal. Más que como un fin en sí mismo, en el largo plazo el SP debe entenderse y evaluarse finalmente como un esquema de *transición* hacia un sistema de salud integral con cobertura universal. Como ha sido la experiencia de los países industrializados con Estados de bienestar avanzados, una vez lograda la universalidad de la seguridad social en materia de salud, estas transiciones y su impacto político vía demandas electorales (del crecientemente envejecido votante mediano) generaran presiones para ampliar el paquete básico, posiblemente hasta converger, en el caso de México, con la oferta de los sistemas de seguridad social. Debemos suponer que eventualmente se integrarán los sistemas para la población no asegurada con los sistemas de seguridad social en un sistema único de salud

pública, con un componente no contributivo universal, complementado por esquemas contributivos voluntarios.¹⁶

Como ha sido el caso en la construcción de las economías de bienestar avanzadas (Lindert, 2004), la universalidad del paquete no contributivo es el punto de despegue para generar un círculo virtuoso de legitimidad política entre las demandas crecientes y su financiamiento sustentable por vía del sistema fiscal. En el caso de México, dado el diseño financiero del SP en el contexto de los servicios de salud descentralizados para la población no asegurada, los gobiernos estatales estarán obligados a jugar un papel importante en la generación de estos recursos, incrementando el esfuerzo financiero local, y (dado el carácter centralizado del actual sistema fiscal), demandando del Ejecutivo y Legislativo federales las reformas fiscales necesarias.

¹⁶ Para un diagnóstico y propuesta de reforma de la seguridad social en este sentido, ver Scott (2005).

Bibliografía

- Banco Mundial, 2004, "The Distribution of Benefits from Public Expenditure", Ch. 2, *Mexico Public Expenditure Review*, The World Bank.
- CNPSS, 2006, Comisión Nacional de Protección Social en Salud: Indicadores de Resultados, segundo semestre 2005, Anexo estadístico.
- CNPSS, 2007, Comisión Nacional de Protección Social en Salud: Indicadores de Resultados, segundo semestre 2006, Anexo estadístico.
- Levy, S., 2006, "Productividad, crecimiento y pobreza en México: ¿Qué sigue después de Progres- Oportunidades?", Mimeo, Banco Mundial.
- Lindert, P., 2004, *Growing Public*, Cambridge University Press.
- OCDE 2006, "Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers?", Economic Department Working Papers No. 477, OCDE.
- Scott, J., 2005, "Seguridad social y desigualdad en México: de la polarización a la universalidad", *Bienestar y Política Social*, vol. 1, núm. 1, pp. 59-82.
- ____2006a, "Seguro Popular Incidente Análisis", Decentralization Service Delivery for the Poor, Mexico, Report No. 35682-MX, Volume II, The World Bank.
- ____2006b, "Desigualdad de la salud y de la atención de la salud en México", Serie de Documentos de Trabajo 4, Innovación en el Financiamiento de la Salud, Funsalud-INSP.
- Secretaría de Salud, 2004, "Población no asegurada y núcleos familiares sujetos a afiliación al Sistema de Protección Social en Salud", Secretaría de Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Información de Salud.
- ____2005, *Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos*, Secretaría de Salud.
- ____2007, *Comisión Nacional de Protección Social en Salud: Informe de Resultados, segundo semestre 2006*, enero 2007.

Anexo

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2010(a)	2010(b)
23.5%	27.1%	27.6%	30.9%	32.4%	33.3%	34.0%	33.1%	32.7%	33.8%	36.2%	48.3%
				57.9%	58.3%	57.9%	56.7%	52.7%	52.1%	51.6%	44.9%
				55.6%	55.7%	55.1%	53.8%	49.5%	48.8%	47.6%	41.1%
				6.1%	6.4%	6.4%	6.5%	6.5%	6.3%	7.5%	7.9%
				407,349	431,174	439,878	468,635	488,273	493,089	624,569	677,380
108,740	130,951	140,198	161,587	171,579	179,902	185,275	202,976	231,001	236,174	302,437	372,911
25,591	35,543	38,728	49,901	55,652	59,894	63,000	67,120	75,427	79,809	109,495	179,969
25,591	35,543	38,728	49,901	55,652	59,894	63,000	67,120	70,619	70,474	70,474	70,474
25,591	35,543	38,728	42,606	47,185	50,748	52,062	56,354	63,084	66,070	66,070	66,070
			7,294	8,467	9,146	10,938	10,766	12,343	13,740	13,740	13,740
								4,807	9,336	39,021	109,495
								3,459	6,426		73,677
								1,286	3,140		14,735
								63	81	21,083	21,083
83,149	95,408	101,470	111,687	115,926	120,008	122,276	135,855	155,574	156,365	192,942	192,942
70,256	80,013	85,330	93,666	95,467	97,440	99,555	109,985	129,644	128,245	160,783	160,783
9,060	10,986	11,652	13,300	15,151	16,594	16,517	18,790	18,940	20,834	23,489	23,489
3,833	4,408	4,488	4,721	5,308	5,974	6,204	7,081	6,991	7,286	8,670	8,670
				235,770	251,272	254,603	265,659	260,098	263,424	331,911	331,911
								257,272	256,915	322,131	304,469
				226,572	240,186	242,398	252,052	245,121	247,980	308,063	308,063
								241,626	240,775	297,390	278,115

Novedades

DIVISIÓN DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

- Cejudo, Guillermo, *Critical Junctures or Slow-Moving Processes? The Effects of Political and Economic Transformations...*, DTAP-186
- Sour, Laura, *Un repaso de conceptos sobre capacidad y esfuerzo fiscal, y su aplicación para los gobiernos locales mexicanos*, DTAP-187
- Santibañez, Lucrecia, *School-Based Management Effects on Educational Outcomes: A Literature Review and Assessment of the Evidence Base*, DTAP-188
- Cejudo, Guillermo y Sour Laura, *¿Cuánto cuesta vigilar al gobierno federal?*, DTAP-189
- Cejudo, Guillermo, *New Wine in Old Bottles: How New Democracies Deal with Inherited Bureaucratic Apparatuses...*, DTAP-190
- Arellano, David, *Fallas de transparencia: hacia una incorporación efectiva de políticas de transparencia en las organizaciones públicas*, DTAP-191
- Sour, Laura y Munayer Laila, *Apertura política y el poder de la Cámara de Diputados durante la aprobación presupuestaria en México*, DTAP-192
- Casar, Ma. Amparo, *La cultura política de los políticos en el México democrático*, DTAP-193
- Arellano, David y Lepore Walter, *Economic Growth and Institutions: The Influence of External Actors*, DTAP-194
- Casar, Ma. Amparo, *Los gobiernos sin mayoría en México: 1997-2006*, DTAP-195

DIVISIÓN DE ECONOMÍA

- Castañeda, Alejandro y Villagómez Alejandro, *Ingresos fiscales petroleros y política fiscal óptima*, DTE-382
- Dam, Kaniska, *A Two-Sided Matching Model of Monitored Finance*, DTE-383
- Dam, Kaniska, Gautier Axel y Mitra Manipushpak, *Efficient Access Pricing and Endogenous Market Structure*, DTE-384
- Dam, Kaniska y Sánchez Pagés Santiago, *Deposit Insurance, Bank Competition and Risk Taking*, DTE-385
- Carreón, Víctor, Di Giannatale Sonia y López Carlos, *Mercados formal e informal de crédito en México: Un estudio de caso*, DTE-386
- Villagómez, Alejandro y Roth Bernardo, *Fiscal Policy and National Saving in Mexico, 1980-2006*, DTE-387
- Scott, John, *Agricultural Policy and Rural Poverty in Mexico*, DTE-388
- Hogan, William, Rosellón Juan y Vogeslang Ingo, *Toward a Combined Merchant-Regulatory Mechanism for Electricity Transmission Expansion*, DTE-389
- Roa, Ma. José y Cendejas José Luis, *Crecimiento económico, estructura de edades y dividendo demográfico*, DTE-390
- Kristiansen, Tarjei y Rosellón Juan, *Merchant Electricity Transmission Expansion: A European Case Study*, DTE-391

DIVISIÓN DE ESTUDIOS INTERNACIONALES

- Schiavon, Jorge y Velázquez Rafael, *El 11 de septiembre y la relación México-Estados Unidos: ¿Hacia la securitización de la agenda?*, DTEI-150
- Velázquez, Rafael, *La paradiplomacia mexicana: Las relaciones exteriores de las entidades federativas*, DTEI-151
- Meseguer, Covadonga, *Do Crises Cause Reform? A New Approach to the Conventional Wisdom*, DTEI-152
- González, Guadalupe y Minushkin Susan, *Líderes, opinión pública y política exterior en México, Estados Unidos y Asia: un estudio comparativo*, DTEI-153
- González, Guadalupe y Minushkin Susan, *Leaders, public opinion and foreign policy in Mexico, the United States, and Asia: a comparative study*, DTEI-154
- González, Guadalupe y Minushkin Susan, *Opinión pública y política exterior en México*, DTEI-155
- González, Guadalupe y Minushkin Susan, *Public opinion and foreign policy in Mexico*, DTEI-156
- Ortiz Mena, Antonio, *El Tratado de Libre Comercio de América del Norte y la política exterior de México: lo esperado y lo acontecido*, DTEI-157
- Ortiz Mena, Antonio y Fagan Drew, *Relating to the Powerful One: Canada and Mexico's Trade and Investment Relations with the United States*, DTEI-158
- Schiavon, Jorge, *Política exterior y opinión pública: México ante el mundo*, DTEI-159

DIVISIÓN DE ESTUDIOS JURÍDICOS

- Fondevila Gustavo, *Estudio de percepción de usuarios del servicio de administración de justicia familiar en el Distrito Federal*, DTEJ-14
- Pazos, Ma. Inés, *Consecuencia lógica derrotable: análisis de un concepto de consecuencia falible*, DTEJ-15
- Posadas, Alejandro y Hugo E. Flores, *Análisis del derecho de contar con un juicio justo en México*, DTEJ-16
- Posadas, Alejandro, *La Responsabilidad Civil del Estado /Análisis de un caso hipotético*, DTEJ-17
- López, Sergio y Posadas Alejandro, *Las pruebas de daño e interés público en materia de acceso a la información. Una perspectiva comparada*, DTEJ-18
- Magaloni, Ana Laura, *¿Cómo estudiar el derecho desde una perspectiva dinámica?*, DTEJ-19
- Fondevila, Gustavo, *Cumplimiento de normativa y satisfacción laboral: un estudio de impacto en México*, DTEJ-20
- Posadas, Alejandro, *La educación jurídica en el CIDE (México). El adecuado balance entre la innovación y la tradición*, DTEJ-21
- Ingram, Matthew C., *Judicial Politics in the Mexican States: Theoretical and Methodological Foundations*, DTEJ-22
- Fondevila, Gustavo e Ingram Matthew, *Detención y uso de la fuerza*, DTEJ-23

DIVISIÓN DE ESTUDIOS POLÍTICOS

- Lehoucq, Fabrice E., *Structural Reform, Democratic Governance and Institutional Design in Latin America*, DTEP-188
- Schedler, Andreas, *Patterns of Repression and Manipulation. Towards a Topography of Authoritarian Elections, 1980-2002*, DTEP-189
- Benton, Allyson, *What Makes Strong Federalism Seem Weak? Fiscal Resources and Presidencial-Provincial Relations in Argentina*, DTEP-190
- Crespo, José Antonio, *Cultura política y consolidación democrática (1997-2006)*, DTEP-191
- Lehoucq, Fabrice, *Policymaking, Parties and Institutions in Democratic Costa Rica*, DTEP-192
- Benton, Allyson, *Do Investors Assess the Credibility of Campaign Commitments? The Case of Mexico's 2006 Presidential Race*, DTEP-193
- Nacif, Benito, *Para entender las instituciones políticas del México democrático*, DTEP-194
- Lehoucq, Fabrice, *Why is Structural Reform Stagnating in Mexico? Policy Reform Episodes from Salinas to Fox*, DTEP-195
- Benton, Allyson, *Latin America's (Legal) Subnational Authoritarian Enclaves: The Case of Mexico*, DTEP-196
- Hacker, Casiano y Jeffrey Thomas, *An Antitrust Theory of Group Recognition*, DTEP-197

DIVISIÓN DE HISTORIA

- Pipitone, Ugo, *Aperturas chinas (1889, 1919, 1978)*, DTH-34
- Meyer, Jean, *El conflicto religioso en Oaxaca*, DTH-35
- García Ayluardo Clara, *El privilegio de pertenecer. Las comunidades de fieles y la crisis de la monarquía católica*, DTH-36
- Meyer, Jean, *El cirujano de hierro (2000-2005)*, DTH-37
- Sauter, Michael, *Clock Watchers and Stargazers: On Time Discipline in Early-Modern Berlin*, DTH-38
- Sauter, Michael, *The Enlightenment on Trial...*, DTH-39
- Pipitone, Ugo, *Oaxaca prehispánica*, DTH-40
- Medina Peña, Luis, *Los años de Salinas: crisis electoral y reformas*, DTH-41
- Sauter, Michael, *Germans in Space: Astronomy and Anthropologie in the Eighteenth Century*, DTH-42
- Meyer, Jean, *La Iglesia católica de los Estados Unidos frente al conflicto religioso en México, 1914-1920*, DTH-43

Ventas

El Centro de Investigación y Docencia Económicas / CIDE, es una institución de educación superior especializada particularmente en las disciplinas de Economía, Administración Pública, Estudios Internacionales, Estudios Políticos, Historia y Estudios Jurídicos. El CIDE publica, como producto del ejercicio intelectual de sus investigadores, libros, documentos de trabajo, y cuatro revistas especializadas: *Gestión y Política Pública*, *Política y Gobierno*, *Economía Mexicana Nueva Época* e *Istor*.

Para adquirir alguna de estas publicaciones, le ofrecemos las siguientes opciones:

VENTAS DIRECTAS:

Tel. Directo: 5081-4003
Tel: 5727-9800 Ext. 6094 y 6091
Fax: 5727 9800 Ext. 6314

Av. Constituyentes 1046, 1er piso,
Col. Lomas Altas, Del. Álvaro
Obregón, 11950, México, D.F.

VENTAS EN LÍNEA:

Librería virtual: www.e-cide.com

Dudas y comentarios:
publicaciones@cide.edu

¡Nuevo!

Adquiera el CD de las colecciones completas de los documentos de trabajo de la División de Historia y de la División de Estudios Jurídicos.



¡Próximamente! los CD de las colecciones completas de las Divisiones de Economía, Administración Pública, Estudios Internacionales y Estudios Políticos.