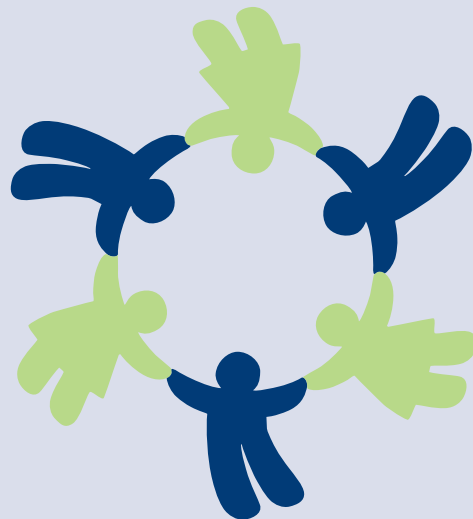


Sistema de
Protección Social
en Salud



CUATRO

Evaluación de efectos

Sistema de
Protección Social
en Salud



Cuatro



Evaluación de efectos



Sistema de Protección Social en Salud

Evaluación de efectos

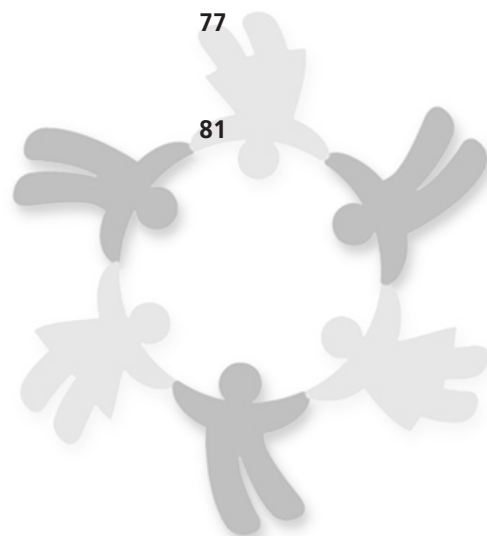
Primera Edición / xxxx de 2007
ISBN 970-721-384-1

D.R. ©
Secretaría de Salud
Lleja 7, Colonia Juárez
México 06696, D.F., México

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Contenido

| | |
|---|-----------|
| Síntesis Ejecutiva | 9 |
| I. Evaluación de efectos | 21 |
| II. Evaluación de procesos | 69 |
| III. Evaluación cualitativa | 77 |
| IV. Conclusiones y recomendaciones | 81 |





Mensajes centrales

1. El objetivo de afiliar al Seguro Popular de Salud (SPS) de manera prioritaria a las familias de menores ingresos se está cumpliendo. Los datos de esta evaluación indican que si se continúa a este ritmo, todas las familias Oportunidades se afiliarán al SPS antes del 2010.
2. Los resultados del componente experimental de esta evaluación sugieren que el SPS está teniendo un efecto protector contra los gastos catastróficos por motivos de salud en las comunidades en donde se está implantando esta intervención, en general, y más específicamente, en aquellos hogares que están recibiendo sus beneficios.
3. Este mismo estudio sugiere que los efectos en la reducción de los gastos en salud de los hogares pueden deberse a una reducción en los gastos de dichos hogares en servicios de hospitalización.
4. Los resultados del componente observacional de esta evaluación también indican que el SPS tiene un efecto protector contra los gastos catastróficos a nivel poblacional. El efecto fue particularmente claro en un subgrupo de hogares que reportó utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios.
5. Los resultados preliminares de esta evaluación indican que los afiliados al SPS tienen una mayor probabilidad de utilizar servicios de salud que los no afiliados.
6. Los afiliados al SPS presentan una cobertura efectiva mayor que los no asegurados en 2005 y ambos grupos presentan coberturas efectivas mayores que los no asegurados en 2000, lo que sugiere que las mejoras en la cobertura han beneficiado tanto a los no asegurados como a los afiliados al SPS.
7. Estos hallazgos pueden calificarse de extraordinarios, sobre todo si se toma en consideración el corto periodo de implantación de la reforma.





El objetivo de este informe es presentar los principales hallazgos generados a la fecha por la evaluación de efectos del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y del Seguro Popular de Salud (SPS) en áreas clave del desempeño de dicho sistema: protección financiera, satisfacción y utilización de servicios, cobertura efectiva de ciertas intervenciones y condiciones de salud. También se presentan los resultados de una evaluación de procesos que se centró en el funcionamiento del SPS en diferentes áreas.

En este informe se presentan tanto los hallazgos de un estudio controlado que midió los efectos del SPS, como los hallazgos de un estudio observacional que evaluó el impacto del SPSS en el sistema nacional de salud entre 2001 y 2006. El informe está dividido en cinco secciones. En la sección 1 se presenta una introducción al estudio y a los diseños empleados. La sección 2 se centra en la evaluación de los efectos del SPS, que se midieron a través de un estudio experimental y un estudio observacional. Esta sección incluye una breve discusión del diseño de investigación, los métodos de análisis utilizados y los principales hallazgos. En la sección 3 se describen los resultados de la evaluación de procesos. La sección 4 incluye una descripción de una estrategia de grupos focales a través de la cual se recopiló información cualitativa sobre el programa. En la sección 5 se presenta un resumen y una serie de recomendaciones y conclusiones.

Síntesis Ejecutiva



● DISEÑO DEL ESTUDIO

Para evaluar el impacto del SPSS en la atención a la salud y la protección financiera de la población blanco, se llevó a cabo un análisis dual para obtener un cuadro consistente de los resultados de la reforma. El primer componente fue un estudio controlado de un año de duración que incluyó una medición basal y una medición de seguimiento. El segundo componente es un estudio observacional que examinó los cambios en las mismas variables de interés en un periodo de cinco años entre 2001 y 2006.

● RESULTADOS

En este informe se presentan los principales resultados generados por el análisis. Estos resultados se dividieron en cinco categorías que corresponden a los componentes que interesaba evaluar. Cada una de estas categorías incluye estimaciones de una serie de variables de interés. Las categorías son las siguientes: protección financiera, utilización de servicios, condiciones de salud y trato adecuado, cobertura efectiva y afiliación. Para los propósitos de esta síntesis, sólo se presentan los principales resultados en cuatro categorías: protección financiera, utilización de servicios, cobertura efectiva y afiliación.

Protección financiera contra gastos catastróficos y empobrecedores

Uno de los principales retos que enfrenta el sistema mexicano de salud es la protección financiera en materia de atención a la salud. Por esta razón se decidió explorar los efectos del SPS en la provisión de protección financiera tanto en el estudio experimental como en el observacional. Con este propósito se midieron los cambios en el nivel y distribución de los gastos catastróficos a lo largo del tiempo. El gasto en salud de un hogar se considera "catastrófico" si la relación entre el gasto en salud de bolsillo de dicho hogar y su



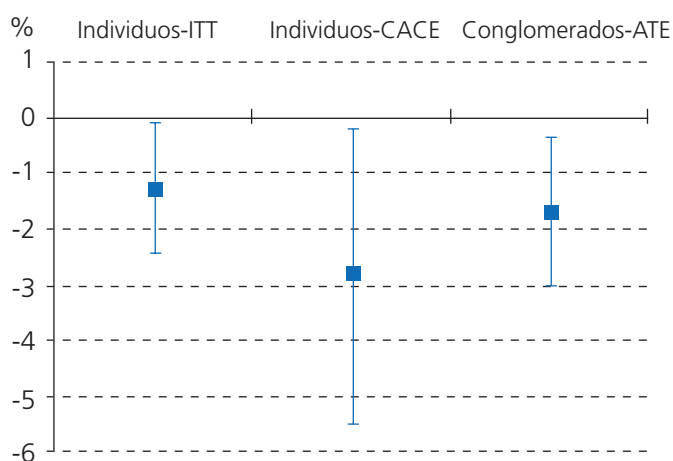
capacidad de pago alcanza un cierto punto crítico. Los detalles sobre la medición de los gastos catastróficos se presentan en el cuarto artículo que la revista *The Lancet* dedicó a la reforma del sistema mexicano de salud. En seguida se presentan algunos resultados claves del análisis y en la parte principal de este informe se presentan resultados adicionales.

En la figura A se muestra un descenso estadísticamente significativo en el gasto catastrófico entre los conglomerados tratamiento y control (y en los individuos que los conforman) durante el periodo de seguimiento del estudio. El método para calcular los gastos catastróficos (método 2) hace uso de todas las preguntas sobre gasto en salud utilizando un periodo de referencia de tres meses para los gastos ambulatorios y hospitalarios, que después se anualizan junto con los gastos no relacionados con la atención de la salud. Los gastos catastróficos se calculan usando un umbral de 30% de la capacidad de pago. Cuando se utiliza el método 2 y el punto de corte de 30% para definir un gasto como catastrófico, se observa un efecto tratamiento promedio en los conglomerados de 1.5%, lo que significa que hay una reducción considerable en los gastos catastróficos en el periodo de observación (alrededor de 11 meses) en los conglomerados tratamiento en relación con los conglomerados control. Cuando limitamos el análisis a los individuos que cumplieron con lo establecido en el diseño del estudio, el efecto es todavía mayor, de casi 3%. Cuando se utiliza el método 2, los tres tipos de análisis (ITT, CACE y ATE) muestran reducciones estadísticamente significativas en los gastos catastróficos. Debido a la manera en que se diseñó el estudio, estas reducciones pueden atribuirse al SPS.

Sobre la base de los resultados del estudio controlado, podemos afirmar que el SPS está teniendo un efecto protector contra los gastos catastróficos por motivos de salud en las comunidades en donde se está implantando la intervención, en general, y más específicamente, en aquellos hogares que están recibiendo sus beneficios. Los resultados preliminares, basados en un análisis que se llevó a cabo 11 meses después del inicio de la implantación de la intervención, sugieren que los efectos en la reducción de los gastos en salud de los hogares pueden deberse a una reducción en los gastos de dichos hogares en servicios de hospitalización.

También se evaluó si el SPS tenía un efecto protector contra los gastos catastróficos a nivel poblacional a través de un estudio observacional y de manera separada para el subgrupo de hogares que reportó utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios. Los resultados son robustos para la selección del método utilizado (en la figura B se muestran seis diferentes mediciones) para calcular gastos catastróficos y a través

FIGURA A
Gasto catastrófico según el Método 2 (usando un periodo de referencia de 3 meses para preguntas sobre gastos ambulatorios y hospitalarios en salud anualizados y preguntas sobre gastos no relacionados con la salud, umbral del 30%)



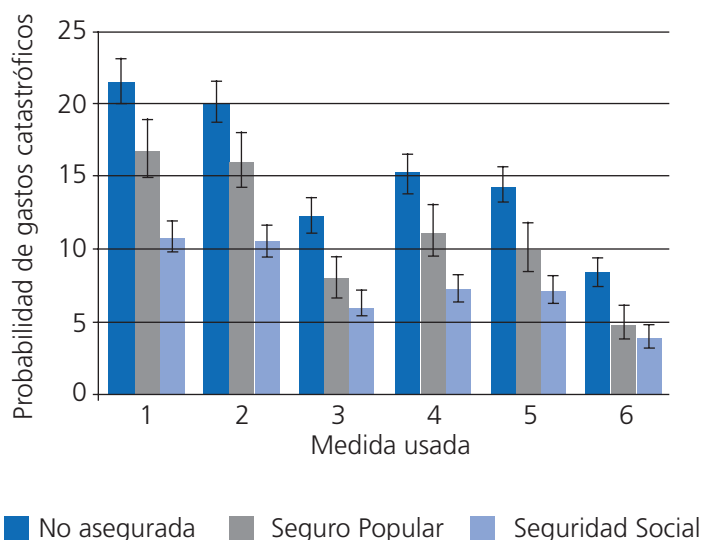


FIGURA B

Probabilidad de incurrir en gastos catastróficos para los hogares que reportaron haber hecho uso de los servicios de salud, controlando por características sociodemográficas y económicas, de acuerdo con seis medidas diferentes

de diferentes umbrales que se utilizan para definir los gastos como catastróficos. Los resultados de las regresiones logísticas sugieren que hay un efecto protector significativo del SPS contra los gastos catastróficos a nivel poblacional ($p < 0.05$). El efecto es más poderoso y estadísticamente significativo para todas las medidas cuando se mide en un subgrupo de hogares que presentaron una hospitalización en el año previo o una visita ambulatoria en las dos semanas previas a la encuesta (15,575 de 43,214 hogares). La figura B muestra la probabilidad de sufrir gastos catastróficos en hogares que reportaron utilización de servicios de salud por tipo de aseguramiento. El efecto protector del SPS no es tan grande como el efecto protector de la seguridad social, aunque para algunas de las medidas utilizadas en el análisis, los efectos de los dos no son estadísticamente diferentes. El efecto del SPS es protector y significativo cuando se le compara con la población no asegurada para todas las medidas de gasto catastrófico utilizadas en el análisis.

En general, se puede afirmar que tanto el estudio controlado como el estudio observacional demostraron un efecto positivo del SPS en la protección de los hogares contra gastos catastróficos por motivos de salud.

Afiliación al Seguro Popular de Salud

En el estudio observacional se estudiaron las tendencias de afiliación durante un periodo de cuatro años y el perfil socio-demográfico de aquellos que se afiliaron. En la figura C se presenta el número de individuos que se afiliaron al SPS por trimestre, basados en el registro oficial de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). La afiliación dio inicio en 2002 en cinco estados piloto y estaba vigente en 24 estados al momento en que entraron en vigor las reformas a la Ley General de Salud que dieron origen al SPSS, en enero de 2004. En todos los años, especialmente en 2005, se observa un incremento notable en la afiliación durante el cuarto trimestre, periodo durante el cual los estados intensifican sus esfuerzos para cumplir con las metas de afiliación del año. Los cálculos del número total de individuos no asegurados en el país varían según la fuente entre 55 y 61% en 2000. Los 11.5 millones de individuos afiliados al SPS en el primer cuatrimestre de 2006 representan 16 a 18% de la población total sin seguridad social o seguro privado.

Un criterio para identificar a las poblaciones que prioritariamente debían afiliarse al SPS es la pertenencia al programa Oportunidades. En la figura D se muestra la fracción de la población afiliada al SPS según su pertenencia a Oportunidades. Lo que se observa claramente es que la afiliación al SPS es mayor en la familias Oportunidades, tanto en el momento de la medición basal como durante la medición de seguimiento,



tanto en los conglomerados control como tratamiento. En la parte izquierda de la figura se muestra el incremento en la afiliación durante el periodo de observación en los conglomerados control. Como puede observarse, en las familias que no pertenecen a Oportunidades prácticamente no hay cambios en el ritmo de afiliación al SPS durante el periodo de observación. El ritmo de afiliación de las familias Oportunidades al momento de la medición basal es mayor que el de las familias que no pertenecen a Oportunidades y se incrementa durante el periodo de observación.

Como se esperaba, estos ritmos de afiliación son menores que los observados en los conglomerados tratamiento, en donde se promovió la afiliación al SPS. En estos últimos conglomerados se observa que entre las familias que no pertenecen a Oportunidades, alrededor de 25% se han afiliado al SPS al momento de la medición. En contraste, alrededor de dos terceras partes de las familias Oportunidades están afiliadas al SPS al momento de la medición de seguimiento. El objetivo del SPS es afiliar a todas las familias Oportunidades. Es claro que este objetivo no se pudo alcanzar en los 11 meses del periodo de seguimiento. Sin embargo, el

FIGURA C
Número de individuos que se afiliaron al SPS por trimestre

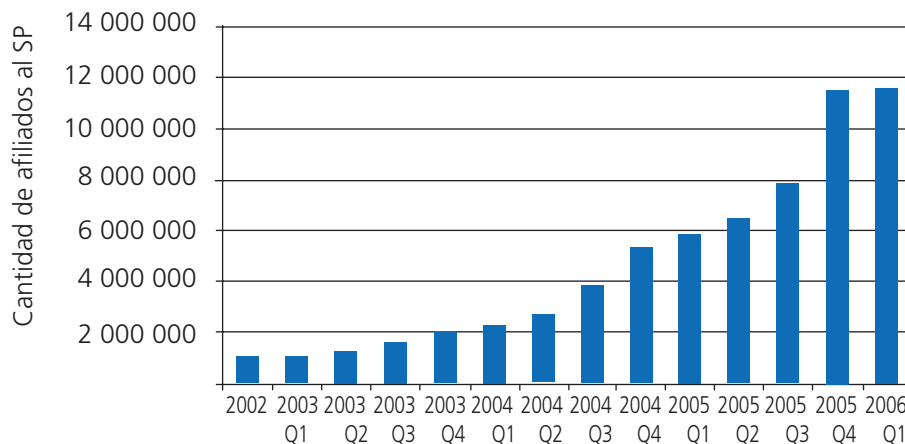
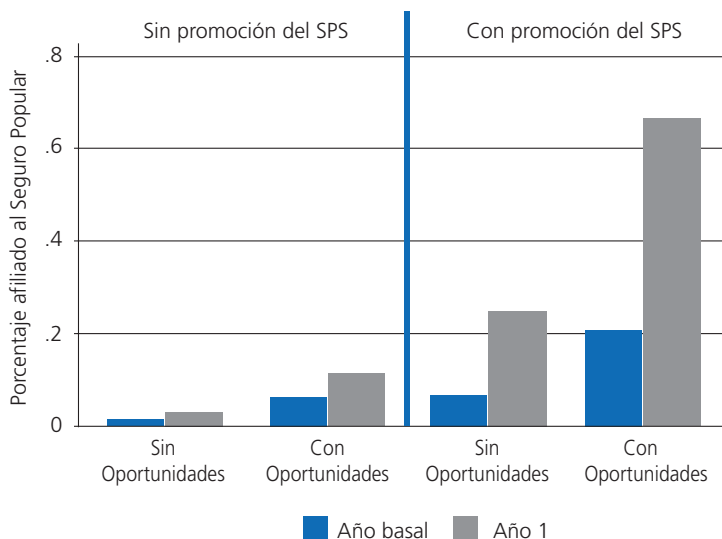


FIGURA D
Fracción de la población afiliada al SPS según pertenencia a Oportunidades





hecho de que la tasa de incremento de afiliación entre las familias Oportunidades sea tan alta implica que la afiliación al SPS está privilegiando a las familias Oportunidades y que se están alcanzando mayores tasas de afiliación entre estas familias. Por lo tanto, podemos afirmar que el diseño de promoción de la afiliación está funcionando bien y que si continúa a este ritmo, todas las familias Oportunidades eventualmente se afiliarán al SPS.

Utilización de Servicios

En el estudio observacional, que hace uso de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005-2006 (ENSANut 2005-06), también se analizaron las diferencias percibidas en las necesidades de salud y la utilización auto-reportada por estatus de afiliación, controlando por quintiles de ingreso, edad, sexo, educación, residencia urbana/rural, etnicidad, deprivación municipal y tasa de mortalidad comunitaria cruda. Los detalles de este análisis se presentan en el Apéndice. Se exploró si los individuos afiliados al SPS reportan mayores niveles de utilización de servicios y si existen externalidades del SPS para las comunidades con altos niveles de afiliación. Los resultados que se presentan en el cuadro A (cuyos detalles se amplían en el informe en extenso y en el Apéndice) muestran que los afiliados al SPS tienen una mayor probabilidad de utilización basada en necesidad percibida (62%) que los individuos no afiliados (54%). Además, hay un efecto independiente de vivir en una comunidad con alta afiliación al SPS: las tasas de utilización crecen de 58 a 64% cuando la afiliación comunitaria al SPS va de 0 a 20%, manteniendo constantes otros factores. En otras palabras, hay evidencia de una externalidad dependiente de la oferta a nivel municipal en la medida en que los resultados muestran que, sobre la base de la necesidad auto-percibida, los individuos en las municipalidades en donde existe el SPS han presentado utilidades mayores que aquellos que viven en municipios que todavía no participan en el SPS.

Cobertura Efectiva

En México se ha hecho un esfuerzo considerable para desarrollar una métrica de cobertura que permita cuantificar la oferta de intervenciones clave a poblaciones que las requieren. En el estudio observacional se generaron mediciones directamente comparables de 11 indicadores para 2000 y 2005-2006 utilizando información de las dos Encuestas Nacionales de Salud más recientes e información sobre altas hospitalarias

| AFILIACIÓN DE LA COMUNIDAD AL SEGURO POPULAR | PROBABILIDAD (%) | IC 95% |
|---|------------------|-------------|
| Sin Seguro Popular de Salud | 58.5 | (57.2-59.8) |
| 20% del total de la población | 61.4 | (59.7-63.1) |
| 40% del total de la población | 64.1 | (60.4-68.1) |
| TIPO DE SEGURO | PROBABILIDAD (%) | IC 95% |
| No asegurados | 54.4 | (59.2-64.1) |
| Seguro Popular de Salud | 61.6 | (63.3-66.4) |
| Seguridad Social | 64.9 | (53.0-55.7) |

CUADRO A

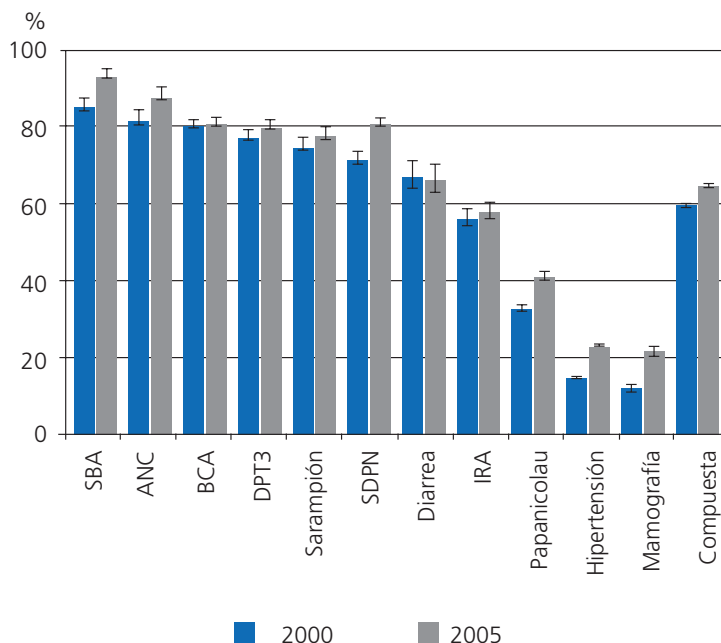
Probabilidad de utilización de servicios de atención a la salud, condicionada por la necesidad percibida, por estatus de afiliación, controlando por determinantes de la utilización con intervalos de confianza del 95%



de recién nacidos prematuros. Este conjunto de datos tiene un fuerte componente de información sobre intervenciones materno-infantiles. Al igual que en el estudio controlado, no se cuenta con información sobre diabetes, la segunda causa de muerte en México. Los datos de 11 intervenciones está limitada por la comparabilidad de los cuestionarios. La figura E muestra que las coberturas se han incrementado para todas las intervenciones estudiadas en el periodo de cinco años de observación. Las intervenciones que presentaban una baja cobertura en 2000, como el tratamiento de la hipertensión, la mamografía, la detección de cáncer cérvico-uterino, la atención del embarazo por personal capacitado y el tratamiento de recién nacidos prematuros, muestran mejoras sustanciales. El SPS cubre un paquete de servicios mucho más extenso de lo que se representa en esta figura, pero la información disponible para 2000 y 2005-06 limita el número de intervenciones que es posible comparar. Utilizando las 11 intervenciones, también se calculó una medida resumen de cobertura (cobertura efectiva compuesta) para 2000 y 2005-2006 que muestra un incremento significativo en el periodo de observación para el nivel nacional.

El cuadro B muestra que, en comparación con 2000, existen mayores niveles de cobertura compuesta en todos los tipos de aseguramiento y en la población no asegurada en el 2005-2006. Los afiliados al SPS presentan una cobertura efectiva compuesta mayor que los no asegurados en 2005 y ambos grupos presentan coberturas efectivas compuestas mayores que los no asegurados en 2000, lo que sugiere que las mejoras en la cobertura han beneficiado tanto a los no asegurados como a los afiliados al SPS. Los afiliados a la seguridad social presentan una cobertura efectiva compuesta mayor que los no asegurados, tanto en el 2000 como en 2005, pero su cobertura en 2005 no fue estadísticamente mayor que la cobertura de los afiliados al SPS.

FIGURA E
Cobertura efectiva de 11 intervenciones y cobertura efectiva compuesta. México 2000 y 2005



CUADRO B
Cobertura compuesta por tipo de aseguramiento con intervalos de confianza del 95%, 2000-2005

| | NO ASEGURADOS | | SEGURO POPULAR | | SEGURIDAD SOCIAL | |
|-------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|
| | COBERTURA COMPUESTA | IC95% | COBERTURA COMPUESTA | IC 95% | COBERTURA COMPUESTA | IC 95% |
| 2000 | 56.3 | (55.7-57) | | | 65.4 | (65.4-66.2) |
| 2005 | 65.5 | (64.8-66.1) | 70.2 | (68.9-71.4) | 70.9 | (70.1-71.8) |



● CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En otros países, las grandes reformas frecuentemente se han acompañado de malos desempeños de los sistemas de salud. Esto no ha sucedido en México. En general, el desempeño del sistema mexicano de salud ha mejorado durante el periodo de negociación, deliberación legislativa e implantación parcial de la reforma. Los recursos para la población no asegurada se han incrementado; ha habido una disminución de la inequidad en la distribución de estos recursos entre estados; se ha ampliado la cobertura efectiva para el país en su conjunto y para los asegurados; ha mejorado la satisfacción con la calidad de los servicios y el trato recibido por los usuarios, y han disminuido los gastos catastróficos por motivos de salud. Tal vez lo más importante es que en este periodo el sistema mexicano ha atendido de manera más efectiva las necesidades de salud de los pobres. Estas mejoras se han producido durante un periodo de transición mayor tanto del sistema de salud como del papel jugado por las secretarías de salud federal y estatales.

El SPSS todavía se encuentra en sus fases iniciales de implantación; no obstante, los resultados que ha generado son positivos. El estudio observacional indica que la afiliación al SPS está beneficiando a los grupos más pobres; la utilización de servicios es mayor entre los afiliados a este seguro, y ha aumentado de manera significativa la cobertura efectiva del tratamiento de la hipertensión, la mamografía, la detección de cáncer cérvico-uterino y el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas. Estas mejoras en la provisión de servicios se han acompañado de descensos en los gastos catastróficos que pueden deberse a la protección financiera que proporciona el paquete de servicios esenciales del SPS y/o las intervenciones que se financian con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. También hay evidencias que nos hablan de un fortalecimiento de la oferta en los Servicios Estatales de Salud (SESA). La población no afiliada que vive en comunidades que presentan altos niveles de afiliación al SPS se está beneficiando de este fortalecimiento de la oferta de servicios.

Los análisis de conglomerados y hogares individuales del estudio controlado detectaron efectos atribuibles al SPS en las áreas de protección financiera (gasto de bolsillo y gasto catastrófico) y en la satisfacción con los servicios. Como se esperaba, no fue posible a estas alturas detectar efectos en la cobertura efectiva y las condiciones de salud de la población blanco. Esperamos que la siguiente ronda de mediciones en estos conglomerados y la segunda cohorte de conglomerados para la cual ya se inició el análisis de la información recopilada, nos proporcionen mayores evidencias sobre el efecto del SPS en la cobertura de diversas intervenciones y en las condiciones de salud de la población.

Si la actual administración continúa, como se espera, con el SPSS, la expansión de la afiliación conducirá a un incremento sustancial de los recursos que el gobierno federal transferirá a los estados en proporción al número de familias afiliadas. La reforma ha legislado un derecho que, una vez materializado, reducirá la inequidad entre estados en el gasto per cápita por individuo no asegurado. La inequidad no ha declinado de manera importante porque los mayores incrementos en la afiliación están aún por producirse. La expansión del gasto y la reducción de la inequidad en su distribución dependerán de que el gobierno federal sea capaz de movilizar los recursos requeridos, hecho que, a su vez, dependerá de la habilidad de la siguiente administración para legislar una reforma fiscal.

La siguiente fase de expansión de la reforma puede presentar retos mayores por dos razones. En primer lugar, las secretarías estatales de salud se han enfocado en aquellas localidades con cierto nivel de infraestructura en salud. El reto de extenderse hacia comunidades más marginadas, al tiempo que se maneja un volumen creciente de servicios impuesto por la expansión de la afiliación al SPS, obligará al despliegue de esfuerzos adicionales para ampliar los recursos humanos disponibles, mejorar la oferta de insumos, y mejorar y ampliar la infraestructura física. Los nuevos recursos asociados a la afiliación ayudarán a los estados a cumplir con estos objetivos, pero es un hecho que no va a ser una tarea fácil. En este periodo de transición, además, los estados enfrentarán el reto de mantener altos niveles de satisfacción entre los afiliados que garanticen su re-afiliación. Los resultados de la ENSANut 2005-2006 sugieren que la percepción de la calidad



de los servicios entre los afiliados al SPS y los no asegurados no difiere ni era mayor en las comunidades en donde el SPS estaba disponible. La Secretaría de Salud federal deberá vigilar que los estados afilien en las comunidades más marginadas y utilicen los recursos adicionales para enfrentar los rezagos en materia de recursos humanos e infraestructura que presentan estas comunidades.

En segundo lugar, en el momento actual, la mayor parte de los hogares afiliados al SPS están siendo clasificados como pertenecientes al quintil de ingresos más bajo y, por lo tanto, como exentos de la contribución familiar. Una comparación del perfil de ingreso de los afiliados de acuerdo con información del Censo y de acuerdo con información de la CNPSS sugiere que muchos hogares que no están ubicados en el quintil de ingreso más bajo están afiliados como hogares no contribuyentes al SPS. La ley señala que los hogares de los quintiles dos y mayores deben pagar una contribución familiar que se incrementa con el ingreso. La clasificación de la mayoría de los hogares como hogares del quintil más bajo no podrá sostenerse en el largo plazo. La expansión de la afiliación del SPS hacia hogares de mayores ingresos supondrá la recolección de la contribución familiar. Estas familias sólo estarán dispuestas a contribuir si valoran los servicios recibidos. En este análisis no se pudieron cuantificar los costos administrativos del proceso de afiliación, pero es posible que estos costos por familia se incrementen conforme la afiliación se expanda hacia los grupos de mayores ingresos y las comunidades más marginadas.

La reforma ha creado un incentivo muy poderoso para que los estados se preocupen por la afiliación voluntaria. Los afiliados conocen los contenidos del paquete de servicios y demandarán los medicamentos, el personal y el equipo requerido para proporcionar esos servicios. Los consumidores, sin embargo, tienden a ser muy malos jueces de la calidad técnica de la atención y tienden a hacer juicios sobre la calidad sobre la base del trato recibido. Además, la calidad percibida de la atención por parte de los afiliados difícilmente tomará en cuenta la prestación efectiva de las intervenciones comunitarias o no personales. Por estas dos razones, el monitoreo de la cobertura efectiva tanto de los servicios personales como no personales de salud, con énfasis en la medición de la calidad técnica, será de suma importancia. México ha avanzado considerablemente en esta área, pero será necesario diseñar informes anuales para garantizar que las intervenciones se proporcionen a la población que las requiere con la calidad esperada. Estos esfuerzos deben continuar y expandirse para capturar de manera más adecuada la cobertura efectiva de intervenciones para los padecimientos no transmisibles y las lesiones. Conforme avance la reforma, los incentivos financieros para que los estados re-afilien a los hogares habrán de incrementarse. Hay dos efectos adversos relacionados que pueden llegar a producirse si se dedican demasiados esfuerzos a mejorar el trato de los afiliados: se podrían utilizar para este fin recursos originalmente destinados a los no afiliados, mientras no se alcance la cobertura universal, y se podría sacrificar la calidad técnica en favor del trato.

El monitoreo de los recursos humanos y la infraestructura es un área que requiere de mayores inversiones en el sistema mexicano de salud. En la medida que los recursos humanos y físicos están atrayendo cada vez más atención como responsables de los cambios en el sistema de salud, será importante que la Secretaría de Salud invierta en sistemas de monitoreo más confiables para permitir futuras evaluaciones del impacto de la reforma en estas funciones clave del sistema de salud.

La reforma ha creado un mecanismo para garantizar el adecuado financiamiento de los servicios no personales de salud. Dado el grado de avance de la transición epidemiológica en México, con 82% de la carga de la enfermedad concentrada en las enfermedades no transmisibles y las lesiones, será muy importante ampliar el paquete de intervenciones comunitarias y de salud pública que están relacionadas con las principales causas de daño a la salud. La epidemia de obesidad, los accidentes de tráfico y el consumo excesivo de alcohol son ejemplos de las amenazas que no están siendo bien atendidas por el paquete de beneficios del SPS. Además, la diabetes está incrementándose de manera muy importante y las estrategias vigentes de combate a esta enfermedad no parecen estar funcionando. Como principal causa de muerte, es necesario formular una estrategia más coherente e incorporarla al paquete de servicios.



La filosofía de la reforma ha sido rediseñar el sistema mexicano de salud para que diferentes actores cumplan con diversas funciones más que preservar el actual sistema verticalmente segmentado. Sin embargo, la reforma no ha podido tocar al sistema de seguridad social de México, que hoy concentra 62% de los recursos públicos dedicados a la salud. Las razones políticas que han impedido transformar a este sector son poderosas. Conforme se extienda la implantación del SPS se reducirá considerablemente la brecha en el gasto per cápita entre la seguridad social y la población afiliada al SPS. Esta reducción, si se acompaña de un mejor trato y una mejor calidad técnica de la atención en los SESA, puede crear oportunidades para negociar cambios mayores en la organización de las funciones del sistema mexicano de salud.

Recomendaciones

En términos generales, el SPSS se ha desempeñado bien durante sus fases iniciales de implantación. Se han detectado resultados positivos en diversas áreas clave del desempeño del sistema de salud. Los recursos para la población no asegurada se han incrementado; está disminuyendo la inequidad en la distribución de estos recursos entre estados; ha aumentado la cobertura efectiva para el país en su conjunto y para la población no asegurada, y ha mejorado la satisfacción con los servicios recibidos y el trato a los usuarios. Tal vez lo más importante es que se están atendiendo de mejor manera las necesidades de las poblaciones más pobres. El resultado más notable de esta evaluación es que el objetivo fundamental de la reforma –proteger a los hogares mexicanos que incurrir en gastos de bolsillo que les generan gastos catastróficos y empobrecedores– parece estarse cumpliendo. Los resultados tanto del estudio controlado como del estudio observacional indican que el SPS está teniendo un efecto protector contra los gastos catastróficos de las familias afiliadas. Este es un hallazgo extraordinario, sobre todo si se toma en consideración el corto periodo de implantación de la reforma. Se trata de un hallazgo muy estimulante que sugiere que el SPSS está cumpliendo con su cometido.

En seguida se presenta una serie de recomendaciones para la siguiente fase del SPSS.

1. Es indispensable continuar con la inversión en la evaluación del SPSS durante su fase de expansión y hasta alcanzar la cobertura universal. Los resultados de estas evaluaciones son invaluable en esta fase de expansión y serán muy útiles para comprender y enfrentar los retos por venir. En términos de evaluación, tanto el estudio observacional como el estudio controlado pueden ser muy útiles como guía para la toma de decisiones. Recomendamos, por lo tanto, que se continúe con las evaluaciones observacional y aleatorizada.
2. El estudio controlado que se diseñó como parte de este proyecto constituye un punto de referencia con el cual pueden compararse las mediciones futuras. Aunque no se esperaba encontrar grandes efectos durante el breve periodo de observación de este informe (de 11 meses), el estudio se ha desarrollado de tal manera que las mediciones basales serán un punto de referencia muy útil para mediciones futuras.
3. Es necesario ampliar las inversiones en estudios con grupos focales para así obtener mayor información de diversos actores clave. La propuesta diseñada y presentada en este informe puede servir de base para futuras discusiones con otros grupos focales.
4. Esta evaluación no incluye al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que se administra a nivel federal y financia diversas intervenciones de alta especialidad. Es necesario evaluar de manera exhaustiva el funcionamiento de este fondo para determinar si está cubriendo a los individuos que califican para recibir sus beneficios y si los tratamientos proporcionados están teniendo el efecto esperado.



5. Aprovechando diversos mecanismos financieros actualmente en operación en diversos estados, la Secretaría de Salud debería invertir en una evaluación que compare qué modelo de financiamiento es más eficiente en la administración del SPS. Los estudios de caso en dos o tres estados con diferentes mecanismos de financiamiento y grados variables de eficiencia en la administración del SPS generarían evidencias muy útiles que podrían producir recomendaciones para los otros estados sobre los mecanismos de financiamiento del sistema de salud más recomendables.
6. El seguimiento de la evolución de la cobertura efectiva será crítico en los siguientes años de la reforma. Conforme se amplía la afiliación al SPS, la Secretaría de Salud tendrá que garantizar una mayor cobertura efectiva que se generará sólo si mejora la calidad técnica con la que se proporcionan las intervenciones del paquete de beneficios. El seguimiento cuidadoso de lo que está sucediendo con la cobertura efectiva de ciertas intervenciones clave (como las identificadas en la sección sobre cobertura efectiva de este informe) será un insumo crucial para la Secretaría de Salud en los años por venir. Los resultados que aquí se presentan para 2000 y 2005-06 pueden utilizarse como punto de comparación de mediciones futuras.
7. La Secretaría de Salud debe dar seguimiento estrecho a lo que sucede con el diagnóstico y tratamiento de los pacientes diabéticos en el nivel individual. En esta evaluación, dado el corto periodo de observación, no fue posible evaluar el efecto del SPS en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes. La cobertura efectiva del tratamiento de este padecimiento es un asunto clave del sistema de salud en el que el SPSS debe invertir, dado el peso de este problema en el perfil de salud del país.
8. El monitoreo de los recursos humanos y la infraestructura física también es crítico durante la fase de expansión del SPS. La información disponible a la fecha no permite hacer un seguimiento estrecho de las variables de recursos humanos e infraestructura ni una evaluación objetiva de si se cuenta con recursos suficientes en esta materia. Se requiere de inversiones adicionales en sistemas de información en estas áreas.
9. También es muy importante medir y dar seguimiento a los costos administrativos del SPS, en particular, y del SPSS, en general. El equipo que llevó a cabo esta evaluación no tuvo acceso a información que permitiera calcular los costos administrativos de la implantación del SPS. Sin embargo, es crucial dar seguimiento a estos costos, sobre todo si se toma en consideración la futura expansión de este seguro.
10. La clasificación de los hogares por deciles de ingreso en el momento de su afiliación al SPS parece ser problemática. Cuando se compara la información del Censo y diversas encuestas con los registros del SPS (Padrón de Afiliados al SPS) se observa que a los dos deciles más bajos de ingreso se les asignan más familias de las que se debiera. En las siguientes fases de expansión de la afiliación será importante mejorar el algoritmo que asigna los hogares a los diferentes deciles de ingreso. Al mismo tiempo será indispensable poner en funcionamiento mecanismos confiables para la recolección de las contribuciones de las familias que se ubican en los deciles 3 a 10.
11. Conforme se promueva la afiliación de los hogares que se ubican en los deciles 3 a 10, será muy importante garantizar que los afiliados reciban “valor por el dinero”. Los individuos de estos deciles deben estar convencidos de que están recibiendo suficiente valor por el dinero que contribuyen al sistema si es que se espera que se re-afilien al año siguiente. Esto significa que la calidad percibida de los servicios, el trato que reciben los usuarios y la calidad técnica de la atención debe mantenerse en niveles elevados durante la siguiente fase de afiliación. Será necesario, además, re-evaluar si las contribuciones de las familias que se ubican en los deciles 3 a 10 son las apropiadas.
12. La Secretaría de Salud, en general, y el SPSS, en particular, deben enfocar sus esfuerzos en la prevención, diagnóstico y tratamiento efectivo de las enfermedades crónicas. En general, México está desempeñándose bien en la cobertura de intervenciones materno-infantiles. Sin embargo, un alto porcentaje (alrededor de 82%) de la carga de enfermedad se concentra en enfermedades no transmisibles. El desplazamiento del énfasis de los programas de la Secretaría de Salud hacia estas condiciones es crucial. Las



pocas enfermedades crónicas para las cuales se contaba con información al momento de esta evaluación (hipertensión, hipercolesterolemia, detección de cáncer cérvico-uterino y detección de cáncer de mama) muestran bajos niveles de cobertura efectiva a todo lo largo del país, especialmente entre los grupos más marginados. Mejorar la cobertura efectiva de estas intervenciones debe constituirse en una de las principales prioridades de la Secretaría de Salud y del SPS.



● DISEÑO DEL ESTUDIO Y MÉTODOS DE ANÁLISIS

Introducción

El propósito de este informe es presentar los principales hallazgos de la evaluación de efectos del Seguro Popular de Salud (SPS) en cuatro categorías de variables, a saber: protección financiera, satisfacción con los servicios recibidos, utilización de servicios y cobertura efectiva. También se presentan los resultados de una evaluación del funcionamiento del SPS en diversas áreas que hizo uso de una estrategia de grupos focales.

En la primera sección se describen los estudios experimental y observacional, incluyendo una breve descripción de su diseño y métodos de análisis, y sus principales resultados. En la segunda sección se presentan los resultados de la evaluación de procesos. En la tercera sección se presenta la estrategia de grupos focales para generar información cualitativa sobre la intervención. Finalmente, se incluyen un apéndice y una sección de referencias bibliográficas.

Diseño del Estudio

Para evaluar el efecto del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en la atención a la salud y la protección financiera de la población blanco, se llevó a cabo un análisis dual para generar un cuadro consistente de los resultados de la reforma. El primer componente de esta evaluación fue un estudio controlado de un año de duración que contó con una medición basal y una medición de seguimiento. El segundo componente del análisis fue un estudio observacional que exploró los cambios en diversas variables de interés durante un periodo de cinco años, entre 2001 y 2006. En la siguiente sección se presentan los diseños de ambos estudios.

Diseño experimental

Los detalles del diseño de la evaluación se han descrito en diversos documentos y en presentaciones que se han hecho a todo lo largo del proceso de evaluación. En esta sección se presenta un breve resumen de sus características y ventajas.

1. Se definieron 12,284 regiones geográficas contiguas en los 31 estados de México. Estas regiones se denominaron "conglomerados de salud", cada uno de los cuales incluye una unidad de salud existente o en proceso de construcción y la población adscrita a ella.
2. Se acordó incorporar a 13 de los 31 estados de la federación a la evaluación, que incluyó 7,078 conglomerados de salud (5,439 rurales y 1,639 urbanos).
3. Se parearon estos conglomerados de salud de tal manera que cada miembro del par fuera lo más parecido al otro en una serie de características contextuales.
4. Para la primera cohorte del estudio experimental se seleccionaron 74 de estos pares de conglomerados de salud en siete estados (Guerrero, Jalisco, México, Morelos, Oaxaca, San Luis Potosí y Sonora). La selección se basó en el nivel de similitud de los miembros de cada par, las posibilidades de cumplir con las condiciones del experimento y diversos criterios, políticos y de otro tipo. (Estos 148 conglomerados incluyen 1,380 localidades, aproximadamente 118,569 hogares y alrededor de 534,457 individuos. Se espera trabajar en otras cohortes experimentales que están en proceso de selección y que tendrán más o menos el mismo tamaño.)

I. Evaluación de efectos





5. Se asignó de manera aleatoria un conglomerado de salud de cada par para recibir la intervención, que consistió en la promoción de la afiliación al SPS y el fortalecimiento de la oferta de servicios en la unidad de salud respectiva. El otro conglomerado de salud de cada par no recibió nada extra.
6. Al momento de la asignación aleatoria se llevó a cabo una encuesta basal de la unidad de salud de cada conglomerado y una encuesta a aproximadamente 32,000 hogares seleccionados entre 50 de los 76 pares de conglomerados (cuya selección se basó en la posibilidad de cumplir con la promoción de la afiliación al SPS y la similitud de los conglomerados en cada par). Esta encuesta de hogares basal se utilizó para verificar que los grupos tratamiento y control fueran similares en una amplia variedad de características de salud y otras variables. (Para este informe no se analizó la encuesta de unidades de salud.)
7. Diez meses después de la asignación aleatoria se llevaron a cabo encuestas de seguimiento de las unidades de salud y los individuos dentro de cada uno de los conglomerados, que se utilizaron para medir el efecto de la intervención.

Dentro de los componentes clave del diseño de la evaluación se incluyen i) el pareamiento de los conglomerados de salud; 2) la asignación aleatoria dentro de un par al grupo tratamiento y al grupo control, y 3) el ajuste paramétrico para calcular las cantidades de interés. La ventaja de este tipo de diseño es que bajo condiciones regulatorias relativamente débiles, cuando cualquiera de estos pasos funciona de la manera planeada, es posible hacer inferencias causales válidas incluso si las otras dos partes fallan. A esta propiedad le denominamos triplemente robusta.

Además del diseño triplemente robusto y del pareamiento que permite conservar las ventajas de la aleatorización incluso si se pierden algunos conglomerados de salud, se llevó un registro empírico de la validez de todos los pasos (tomados de manera conjunta). Para hacer esto, se calculó el efecto causal de la asignación del tratamiento en un número mayor de variables de resultados que los medidos en la encuesta basal. Se sabía que si el diseño se había implantado de manera correcta, el efecto causal de cada variable debería ubicarse entre uno o dos errores estándar del cero, lo que resultó cierto para casi todas las categorías analizadas.

Diseño observacional

En el componente observacional de la evaluación se tomaron en consideración tres perspectivas: i) sistémica, para estudiar los efectos en los niveles nacional y estatal; ii) comunitaria, para explorar los efectos en áreas en donde el SPS se ha implantado, y iii) y de afiliados al SPS, para comparar los efectos con individuos que se encuentran en circunstancias similares y que no están afiliados al SPS.

Estas perspectivas se enfocaron a responder preguntas como las siguientes: ¿Cuál ha sido el efecto general del SPS sobre el desempeño del sistema mexicano de salud, tomando en consideración todas las externalidades positivas y negativas de la intervención? ¿Se han incrementado los recursos para la salud, ampliado la cobertura efectiva y mejorado las condiciones de salud? A través de la perspectiva comunitaria se exploró si los estados habían respondido a esta intervención con el fortalecimiento de la oferta de servicios. ¿Se están traduciendo los incentivos a la oferta en mejores niveles de prestación de servicios en las comunidades en donde se está implantando el SPS, tanto en la población afiliada como no afiliada? A través de la tercera perspectiva se midió el efecto de la intervención en los afiliados al SPS en comparación con individuos similares que no están afiliados. ¿La afiliación, manteniendo constantes otros factores, aumenta la utilización de servicios, incrementa la cobertura efectiva, mejora las condiciones de salud y disminuye los gastos catastróficos?

Para organizar el análisis de manera sistemática, se decidió utilizar el marco conceptual de la OMS para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, que se presenta en la figura 1. Este marco identifica cuatro funciones que todos los sistemas de salud deben desempeñar: financiamiento, prestación de servi-



cios, generación de recursos y rectoría. El financiamiento supone la recolección de recursos financieros, su acumulación en fondos y su asignación a acciones específicas de salud. La prestación de servicios se refiere a la manera en que los insumos se combinan para producir intervenciones en salud, que incluyen servicios personales y no personales de salud. La generación de recursos incluye la producción de recursos humanos, recursos físicos, como las unidades y el equipo de salud, y conocimiento. La rectoría supone el diseño, implantación y monitoreo de las reglas del juego para el sistema de salud; asegurar condiciones parejas para todos los actores del sistema (particularmente compradores, proveedores y pacientes), e identificar las direcciones estratégicas del sistema de salud en su conjunto.

Los sistemas de salud tienen como fin último contribuir al cumplimiento de metas sociales. El marco de la OMS reconoce tres objetivos intrínsecos de los sistemas de salud: aumentar la salud de la población (tanto su nivel como su distribución), mejorar el trato que reciben los usuarios de los servicios (tanto el nivel promedio como su distribución) e incrementar la justicia financiera del sistema. Se han propuesto indicadores y estrategias de medición para cada uno de estos objetivos y en algunos casos se han podido medir. En la figura 1 se presenta la relación que existe entre las cuatro funciones del sistema y los objetivos sociales finales.

El marco de la OMS presentado para 2003 incluye un nuevo énfasis en el monitoreo de las vías a través de las cuales se prestan los servicios de salud a la población y se reducen las inequidades en salud. Las acciones de los sistemas de salud mejoran la salud de los individuos mediante la prestación de intervenciones apropiadas con una alta calidad técnica a aquellos que las requieren. Este concepto se denomina cobertura efectiva. En la figura 1 se identifica a la cobertura efectiva, como producto del sistema de salud, como el camino a través del cual la prestación de servicios mejora las condiciones de salud.

● MÉTODOS DE ANÁLISIS

Dada la estrategia multifacética de la evaluación, se utilizaron una gran variedad de métodos de análisis de los resultados de los estudios experimental y observacional. Estos métodos difirieron de acuerdo con el tipo de información disponible, el nivel de análisis (individual o agregado) y las variables de resultado de interés. En seguida se describen las técnicas de análisis.

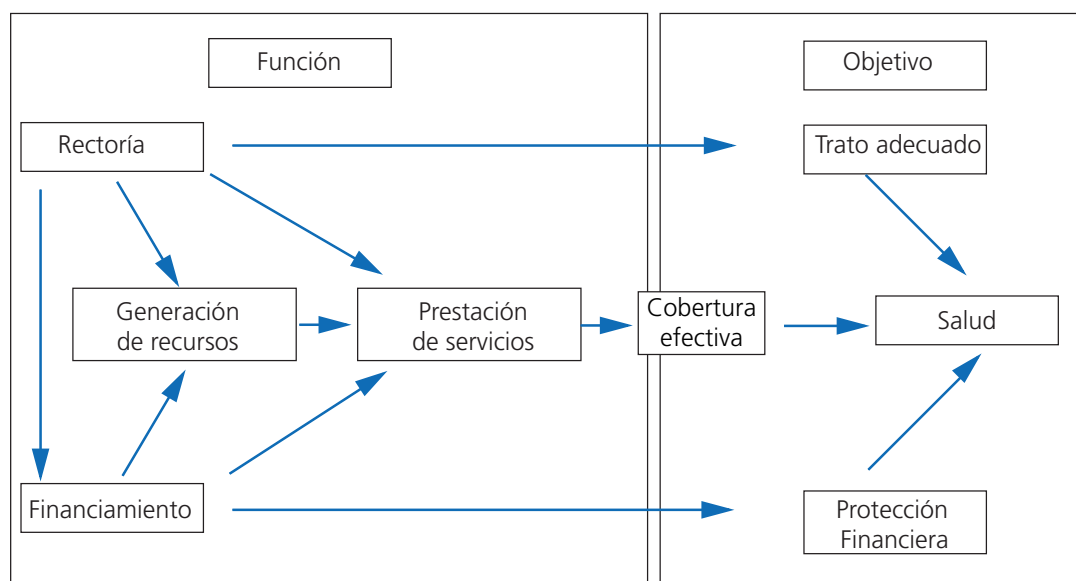


FIGURA 1
Marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud



CUADRO I.

Resumen de las fuentes de información utilizadas para la evaluación del SPS

| NOMBRE Y AÑO DE LA ENCUESTA | UNIDAD DE INFORMACIÓN | UTILIZADA PARA MEDIR |
|---|--|--|
| ENSA 2000 | Encuesta demográfica y de salud con representatividad nacional y estatal. Tamaño de muestra = 190,214 | Cobertura, trato adecuado |
| ENSANUT 2005-2006 | Encuesta demográfica y de salud con representatividad nacional y estatal; también registra utilización, biomarcadores y factores de riesgo. Tamaño de muestra = 206,700 | Gastos catastróficos, cobertura, trato adecuado, utilización hospitalaria, estado de salud funcional |
| ENED 2002-2003 | Encuesta de salud con representatividad nacional y estatal para hogares e individuos. Tamaño de muestra = 38,746 | Trato adecuado |
| ENIGH 2000, 2004 | Encuesta de ingresos y gastos de hogares con representatividad nacional. Tamaño de muestra = 11,781 (2000) y 25,548 (2004) | Gastos catastróficos |
| Censo 2000, 2005 | Muestra de 10% de los ciudadanos mexicanos. Tamaño de muestra = 10 millones (2000) y 10.2 millones (2005) | Afiliación |
| SEED 1995-2005 | Registro de certificados de defunción de la Secretaría de Salud | Mortalidad |
| SAEH 2000-2005 | Registro de altas hospitalarias de la Secretaría de Salud | Utilización hospitalaria |
| SICUENTAS 2000-2005 | Registro de los gastos públicos en salud nacionales y estatales | Gasto en salud |
| Padrón del SPS 2002-2006 | Registro de individuos afiliados al SPS | Afiliación |
| SINERHIAS | Base de datos de la infraestructura de la Secretaría de Salud | Médicos y enfermeras por 1000 habitantes |
| Boletín de Estadísticas de Salud | Información sobre recursos físicos, humanos y financieros, altas y consultas por estado e institución del sistema de salud público y privado. | Gasto en salud y recursos del sistema de salud |

CUADRO II.

Perspectivas analíticas exploradas para cada función y objetivo del sistema de salud sobre la base de la información disponible

| FUNCIONES | PERSPECTIVA ANALÍTICA | | |
|-------------------------------|-----------------------|-----------------|---------------|
| | SISTÉMICA | COMUNIDADES SPS | AFILIADOS SPS |
| Financiamiento | ● | | |
| Generación de recursos | ● | | |
| Rectoría | ● | | |
| Prestación | ● | ● | ● |
| OBJETIVOS INTERMEDIOS | | | |
| Cobertura efectiva | ● | ● | ● |
| OBJETIVOS FINALES | | | |
| Salud | ● | ● | ● |
| Trato adecuado | ● | ● | ● |
| Protección financiera | ● | | ● |



Métodos del estudio experimental

El análisis se llevó a cabo en dos niveles, haciendo uso de técnicas estadísticas complejas.

Análisis a nivel de conglomerados

El primer análisis se llevó a cabo a nivel del conglomerado de salud. Para cada una de las variables de interés se calculó el efecto tratamiento promedio, que se midió haciendo comparaciones entre conglomerados tratamiento y control.

Para las variables agregadas de la información de la encuesta individual al nivel de conglomerado se multiplicaron las no respuestas a ítems imputados así como algunas respuestas completas debidas a la atrición muestral. Además, algunas técnicas específicas de imputación que se utilizaron permitieron tomar en consideración el hecho de que el apego al experimento es estimable con métodos apropiados pero no predecible a partir de imputaciones estándar.

Estas técnicas de imputación compensan hasta cierto grado por los problemas de selección que pudieran presentarse con las no respuestas, como las que se dan cuando alguien que está enfermo no se siente lo suficientemente bien como para participar o si alguien muere y obviamente no participa. Aunque en general la atrición muestral se ignora en los experimentos, esto puede generar sesgos considerables. Ignorar la información faltante y eliminarla a través de un proceso de eliminación mediante lista o imputándola vía asumir "datos faltantes estrictamente aleatorios" (DFEA), podría sesgar la evaluación, lo que obliga a hacer uso de técnicas estadísticas diseñadas para enfrentar este tipo de problemas.

Análisis a nivel individual

El otro análisis clave que se llevó a cabo fue a nivel individual. Se trató de estimar el efecto causal de la afiliación al SPS y del fortalecimiento de la oferta de servicios de atención y otros servicios financieros en la salud y bienestar de los individuos que respondieron a la promoción de la afiliación.

Los temas relacionados con el apego a la intervención son los problemas estadísticos clave en este caso en la medida en que no se pudo aleatorizar a los individuos a la afiliación al SPS. En su lugar se aleatorizó la promoción de la afiliación (y los recursos disponibles para la atención de la salud), por lo que la respuesta a la promoción de la afiliación debe calcularse.

Se reportan dos cálculos para cada variable de interés. Primero, se presenta el efecto causal de la "intención de tratar", que es el efecto promedio del SPS en todas las personas que forman parte del conglomerado de salud en nuestro experimento. Segundo, se presenta el "efecto del tratamiento del que cumplió", que es el efecto del SPS en aquellas personas de nuestros conglomerados de salud que se adhirieron al protocolo experimental.

El efecto del tratamiento en los que cumplieron, que excluye a todos aquellos cuyo comportamiento de afiliación no se ve afectado por la asignación aleatoria a la promoción de la afiliación, es típicamente mayor que el efecto de la intención de tratar.

La gente, por lo tanto, cae en una de tres categorías: "cumplidores", "siempre afiliados" y "nunca afiliados". Los que cumplen siguen el protocolo experimental y se afilian cuando los invitan a afiliarse. Los "siempre afiliados" siempre se afilian, se les invite o no. Los "nunca afiliados" no se afilian, se les invite o no. Estas categorías no son directamente observables, ya que para cada persona se necesita conocer si se afiliarían en caso de que se les invitara a hacerlo y si no, aunque viven en un conglomerado de salud en donde al azar se promovió la afiliación o en un conglomerado en donde no se promovió la afiliación. Por ejemplo, las personas que se afilian en los conglomerados de salud en los que se asignó la promoción de la afiliación pueden ser "cumplidores" o "siempre afiliados". Los efectos que aquí se presentan se centran en el grupo de los cumplidores.



El modelo del efecto tratamiento del cumplidor que se siguió se describe con mayor detalle en el Apéndice.

Pruebas de robustez

También se hicieron diversas pruebas de robustez que por lo general apoyan los resultados que aquí se presentan. Estas pruebas incluyen supuestos alternativos o relajados, la limitación de los resultados sólo a los conglomerados rurales y el ajuste para covariables.

Métodos del estudio observacional

Como se describe con anterioridad, el estudio observacional tenía como propósito evaluar el impacto de la reforma en los niveles sistémico, comunitario e individual, lo que requería el uso de un gran número de variables de resultado de interés. Para poder examinar de manera precisa estos diferentes resultados a los distintos niveles, se utilizaron diversos tipos de métodos analíticos estándar. Los detalles de los métodos que aquí se discuten se presentan en la serie de *The Lancet* dedicada la reforma mexicana y se incluyen en el Apéndice de este informe. En seguida se presenta un breve resumen de los principales métodos analíticos utilizados.

Para generar una imagen panorámica del estado del sistema de salud, se utilizaron descripciones no-paramétricas para examinar la distribución de los afiliados al SPS y los cambios en los recursos físicos durante un periodo de cinco años. Además, se utilizaron diversos métodos de regresión para estudiar las relaciones entre la implantación del SPS y diversas variables financieras y de salud. Se utilizaron asimismo regresiones logísticas para identificar determinantes de la afiliación al SPS, la utilización de servicios, la cobertura efectiva, los gastos catastróficos y la probabilidad de pagar por medicamentos dependiendo de la utilización de servicios. Se utilizaron modelos probit ordenado para probar cambios en las condiciones de salud y trato adecuado, y regresiones OLS (efectos estándar aleatorios) para evaluar posibles asociaciones entre la afiliación al SPS y el uso de servicios de hospitalización. Se utilizaron asimismo regresiones multivariadas OLS y modelos de selección Heckman para calcular los montos pagados por medicamentos.

En esta sección se presentan los principales resultados del análisis divididos en cinco categorías diferentes que corresponden a cada uno de los componentes objeto de la evaluación. Cada uno de ellos incluye estimaciones de una serie de variables de interés. Las cinco categorías son: protección financiera, utilización de servicios, condiciones de salud y capacidad de respuesta, afiliación y cobertura efectiva. Los resultados exhaustivos se presentan en el Apéndice.

Para cada una de las categorías se presentan dos tipos de cuadros de resultados (véase www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion). El primero muestra los resultados del análisis a nivel de conglomerados. En la primera columna se presenta el nombre de la variable, seguido de su descripción. Las columnas dos y tres muestran el efecto tratamiento promedio (estimación puntual) y su error estándar. Las columnas cinco y seis muestran el intervalo de confianza al 95%. La columna siete indica la estadística t correspondiente. Las cifras que están sombreadas indican que la estimación es estadísticamente significativa al 5% (prueba de una cola). Finalmente, en las columnas ocho y nueve se especifican el tipo de agregación usado para pasar del nivel individual al nivel de conglomerados y el modelo utilizado para estimar el efecto para cada una de las variables.

El segundo tipo corresponde al análisis del nivel individual. La primera columna indica el nombre de la variable y la segunda su descripción. Las siguientes cinco columnas muestran los resultados del análisis de la intención de tratar: las columnas tres y cuatro muestran el efecto de la intención de tratar (estimación puntual) y su error estándar. De la misma manera, las columnas cinco y seis indican el intervalo de confianza del 95%, y la columna siete corresponde a la estadística t. Las cifras sombreadas indican que la estimación es estadísticamente significativa al 5%. Las siguientes cinco columnas muestran el análisis del efecto causal del cumplidor: las columnas 8 y 9 muestran el efecto causal promedio del cumplidor (estimación puntual) y su error estándar; las columnas 10 y 11 corresponden al intervalo asociado de mayor densidad al 95% (comparable al intervalo de confianza) para estas estimaciones; la columna 12 indica la estadística t y las sombreadas indican que la estimación es estadísticamente significativa al 5% (prueba de una cola). Finalmente, en las dos últimas columnas se especifican el tipo de variable analizada y el modelo utilizado para estimar el efecto para cada una de las variables.

Para cada categoría se presenta un total de cuatro cuadros, que corresponden a las estimaciones con covariables, que se describen en las siguientes sub-secciones de este documento, y aquellas estimaciones sin covariables. En el cuadro I del Apéndice se presenta una lista de las covariables utilizadas.

En el cuadro II del Apéndice se presenta el resumen estadístico de las variables utilizadas, usando datos tanto de la medición basal como de la medición de seguimiento.

II. Resultados



● MENSAJES CENTRALES

1. Los resultados del componente experimental de esta evaluación sugieren que el SPS está teniendo un efecto protector contra los gastos catastróficos por motivos de salud en las comunidades en donde se está implantando esta intervención, en general, y más específicamente, en aquellos hogares que están recibiendo sus beneficios.
2. Este mismo estudio sugiere que los efectos en la reducción de los gastos en salud de los hogares pueden deberse a una reducción en los gastos de dichos hogares en servicios de hospitalización.
3. Los resultados del componente observacional de esta evaluación también indican que el SPS tiene un efecto protector contra los gastos catastróficos a nivel poblacional. El efecto fue particularmente claro en un subgrupo de hogares que reportó utilización de servicios ambulatorios y hospitalarios.
4. El SPS está produciendo efectos positivos en diversos ámbitos de la capacidad de respuesta: privacidad, confidencialidad, tiempo de espera, comunicación y discriminación



5. Los resultados preliminares de esta evaluación también indican que los afiliados al SPS presentan una mayor probabilidad de utilizar servicios de salud que los no afiliados.
6. Los afiliados al SPS presentan una cobertura efectiva mayor que los no asegurados en 2005 y ambos grupos presentan coberturas efectivas mayores que los no asegurados en 2000, lo que sugiere que las mejoras en la cobertura han beneficiado tanto a los no asegurados como a los afiliados al SPS.
7. En términos generales las probabilidad de afiliación al SPS son mayores en las comunidades con menores niveles de desarrollo, en las familias Oportunidades y en los hogares en donde el jefe de familia es una mujer.

Protección Financiera

Uno de los más grandes desafíos del sistema mexicano de salud es alcanzar un financiamiento equitativo de la atención a la salud. Es en este sentido que se exploraron los efectos del SPS sobre la protección financiera tanto en el estudio experimental como en el observacional. Con ese propósito en mente se examinaron los cambios en el nivel y la distribución de los gastos catastróficos a lo largo del tiempo. El gasto de un hogar en salud se considera “catastrófico” si la razón entre el gasto de bolsillo en salud realizado por el hogar y su capacidad de pago alcanza un nivel crítico. Los detalles sobre las medidas para calcular los gastos catastróficos se presentan en el cuarto artículo de la serie de *The Lancet* sobre la reforma mexicana. Más adelante se presentan los resultados de los análisis que se llevaron a cabo para este informe.

Resultados sobre la protección financiera basados en el estudio controlado

El análisis del efecto del SPS sobre la protección de los hogares contra gastos catastróficos en salud se exploró utilizando varios métodos. Más adelante se presentan los resultados haciendo uso de tres definiciones distintas de gasto catastrófico y dos umbrales de definición de catastrófico: 30% y 40% del ingreso disponible gastado en salud. Las medidas y métodos usados en este análisis se describen de manera más detallada en la presentación de los resultados del estudio observacional.

Gastos catastróficos – umbral de 30%

Los resultados que se presentan en esta sección se refieren a la disminución en los gastos catastróficos usando varias definiciones y un umbral de 30%. Cada una de las figuras que se presentan más adelante incluye tres conjuntos de resultados: 1) del análisis de la intención de tratar entre los individuos (en las figuras: Individuos – ITT); 2) del análisis basado sólo en los cumplidores, tanto en los conglomerados tratamiento como en los control, que es lo que se denomina “efecto del tratamiento en los cumplidores” (en las figuras: Individuos – CACE), y 3) el análisis a nivel de conglomerado, en el que se calcula el efecto tratamiento promedio, medido mediante comparaciones entre conglomerados tratamiento y control (en las figuras: Conglomerados – ATE).

Un valor positivo significa que las diferencias en gastos catastróficos entre la encuesta basal y la encuesta de seguimiento (11 meses más tarde) fueron mayores en los conglomerados tratamiento que en los conglomerados control. Un valor negativo significa que existe una disminución mayor en el gasto catastrófico en los conglomerados tratamiento que en los conglomerados control. La misma interpretación es válida para el análisis del nivel individual. Por lo tanto, en las figuras que se presentan a continuación, las diferencias negativas para los gastos catastróficos significan que el SPS está generando un efecto protector ya que



está reduciendo los gastos catastróficos por motivos de salud en los conglomerados tratamiento (o entre los individuos que se han afiliado, dependiendo del nivel del análisis).

Con los tres métodos de agregación para las respuestas a las preguntas sobre gasto de los hogares, se encontraron descensos en los niveles de gasto catastrófico tanto a nivel individual como a nivel de conglomerados. Estas reducciones en el gasto catastrófico son estadísticamente significativas en varios de los análisis, pero no en todos. Como se muestra en la figura 2, el método 1 de cálculo de los gastos catastróficos captura las mayores disminuciones de este gasto. Este método hace uso de preguntas sobre gastos con un período de memoria de tres meses para gastos ambulatorios anualizados más el gasto en atención hospitalaria, así como de las preguntas sobre gastos no relacionados con la salud agregadas. Como se señala a todo lo largo de este informe, el gasto de bolsillo resulta más alto cuando se hacen preguntas desagregadas a los individuos sobre sus gastos en salud, como se hace en el método 1. El hecho de que este método capture un mayor grado de gasto catastrófico puede explicar la caída ligeramente mayor en el gasto catastrófico que la que se observa cuando se utilizan métodos que hacen uso de una sola pregunta sobre gasto. Aquí también se observa un mayor descenso del gasto catastrófico entre los individuos de nuestros conglomerados de salud que cumplieron con los protocolos experimentales (análisis CACE).

Usando el método 1 y el umbral de 30% como definición de catastrófico, se observa que el efecto tratamiento promedio en los conglomerados es de casi 2%, lo que significa que hay una reducción del 2% en los gastos catastróficos en el periodo de observación (alrededor de 11 meses) entre los conglomerados tratamiento y los conglomerados control. Este efecto es estadísticamente significativo y, dada la manera en que fue diseñado el estudio, puede atribuirse al SPS.

En la figura 3 se muestra un descenso estadísticamente significativo en el gasto catastrófico usando el método 2 de cálculo (y un umbral de 30%). Este método utiliza todas las preguntas sobre gasto en salud con un periodo de referencia de tres meses para gastos en salud ambulatorios y de hospitalización anualizados junto con preguntas sobre gastos no relacionados con la salud. El gasto catastrófico se calcula usando una medida basada en un umbral del 30% para el ingreso permanente. El método 1 es similar al método 2, su única diferencia es que anualiza los gastos de hospitalización reportados con un periodo de referencia de tres meses en lugar de usar un reporte anual de esos gastos. Los cambios observados en el gasto catastrófico al usar estos dos modelos son, por lo tanto, muy parecidos.

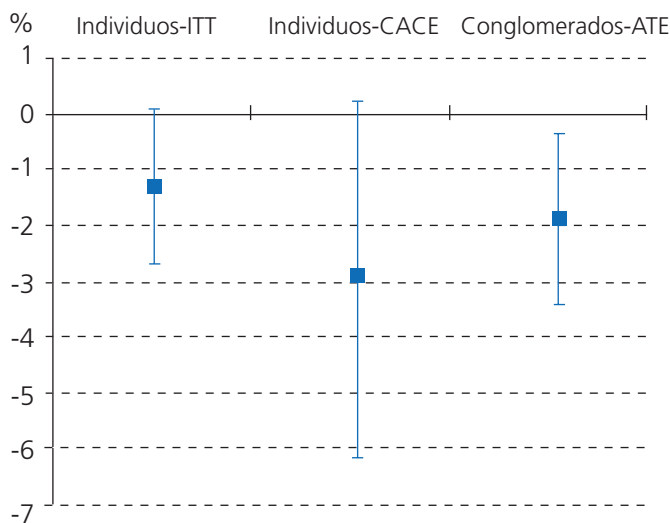


FIGURA 2
Gasto catastrófico según el Método 1 (periodo de referencia de 3 meses para preguntas sobre gastos ambulatorios anualizados más gastos anuales de hospitalización, y preguntas sobre todos los gastos no relacionados con la salud, umbral de 30%)



Al usar el método 2 y el corte de 30% como definición de catastrófico, se observa que el efecto tratamiento promedio en los conglomerados es mayor de 1.5%, lo que significa que hay una reducción importante en los gastos catastróficos durante el periodo de observación (alrededor de 11 meses) entre los conglomerados tratamiento y control. Cuando el análisis se limita a los individuos que cumplieron con el diseño del estudio, el efecto es incluso mayor, de casi 3%. Usando el método 2, los tres tipos de análisis (ITT, CACE y ATE) muestran reducciones estadísticamente significativas en los gastos catastróficos que, debido a la forma en que se diseñó el estudio, pueden atribuirse al SPS.

En la figura 4 se muestra un descenso estadísticamente significativo en el gasto catastrófico usando el método 3 (y el corte de 30%). Este método emplea una pregunta general sobre gasto en salud ambulatorio y hospitalario que se anualiza, junto con preguntas sobre gastos no relacionados con la salud, que también se anualizan. El gasto catastrófico se calcula usando una umbral de 30% para el gasto permanente. Los cambios en el gasto catastrófico observados usando todos estos métodos son muy similares.

Con el método 3 y el corte de 30% como definición de catastrófico, se observa que el efecto tratamiento promedio en los conglomerados es mayor de 1%, lo que significa que hay una reducción en los gastos catastróficos en el tiempo de observación (alrededor de 11 meses) entre los conglomerados control y tra-

FIGURA 3
Gasto catastrófico según el Método 2 (usando un periodo de referencia de 3 meses para preguntas sobre gastos ambulatorios y hospitalarios en salud analizados y preguntas sobre gastos no relacionados con la salud, umbral del 30%)

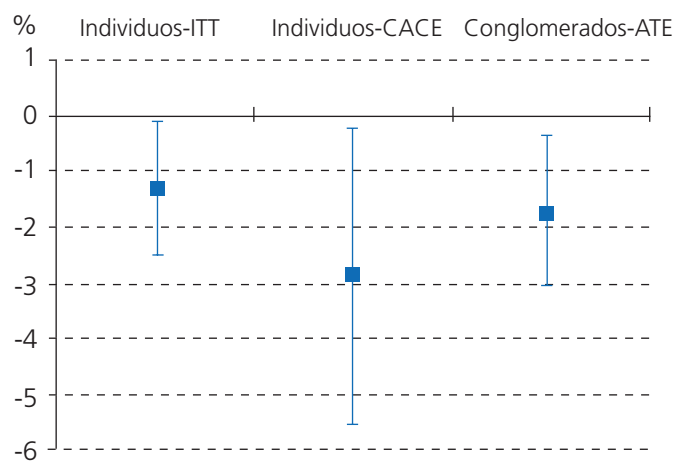
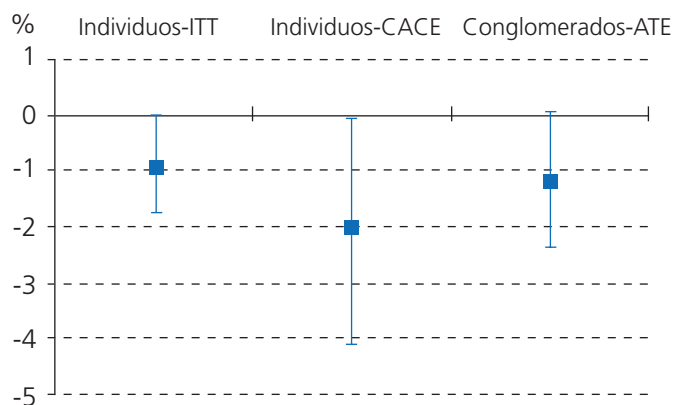


FIGURA 4
Gasto catastrófico usando el Método 3 (usando una pregunta general con un periodo de referencia de un mes para gastos en salud ambulatorios y hospitalarios anualizados y preguntas sobre todos los gastos no relacionados con la salud, umbral del 30%)





tamiento. Cuando limitamos el análisis a los individuos que cumplen con el diseño del estudio, el efecto es incluso mayor, de casi 2%. Usando el método 3, todos los análisis muestran una reducción en el gasto catastrófico; sin embargo, el resultado es significativo sólo para los que cumplen con el diseño del estudio. Este efecto puede atribuirse directamente al SPS.

Gastos catastróficos – umbral de 40%

Los resultados que se presentan en esta sección se refieren al descenso en los gastos catastróficos usando varias definiciones de catastrófico y un umbral de 40%. Si bien la Organización Mundial de la Salud y la mayoría de los estudios publicados prefieren utilizar un umbral de 30%, en este estudio se probó la sensibilidad de los resultados ante una definición alternativa, que utiliza un umbral de 40%. Esta definición se traduce en que una menor cantidad de hogares termina ubicándose en la categoría de hogares que incurren en gastos catastróficos. Aquí se incluyen los hogares que reportan haber gastado en salud más del 40% de su ingreso disponible en el año previo a la encuesta. Como la fracción de hogares incluidos en esta definición de catastrófico es menor, también anticipamos que los cambios provocados por SPS serían menores.

Cada una de las figuras que se presentan a continuación muestra los resultados de tres tipos de análisis: 1) el análisis de la intención de tratar a nivel individual (en las figuras de abajo: Individuos – ITT); 2) el análisis basado sólo en quienes cumplieron con el diseño del estudio, tanto en los conglomerados tratamiento como en los control, que es a lo que se denomina “efecto tratamiento en los que cumplen con el diseño del estudio” (en las figuras de abajo: Individuos – CACE), y 3) el análisis a nivel de conglomerado, en el que estima el efecto tratamiento promedio, medido al comparar los conglomerados tratamiento y los control (en las figuras de abajo: Conjuntos – ATE). Un valor positivo significa que las diferencias en gastos catastróficos entre la encuesta basal y la encuesta de seguimiento (11 meses después) fueron mayores en los conglomerados tratamiento que en los conglomerados control. Un valor negativo significa que hay un mayor descenso de los gastos catastróficos en los conglomerados tratamiento que en los control. La misma interpretación es válida en el caso del análisis del nivel individual. Por lo tanto, en las figuras que se presentan más adelante, las diferencias negativas para los gastos catastróficos significan que el SPS está teniendo un efecto protector en tanto está produciendo una reducción de los gastos catastróficos en salud en los conglomerados tratamiento (o en los individuos que se han afiliado, dependiendo del nivel del análisis).

En la figura 5 se muestran los cambios en los gastos catastróficos capturados usando un umbral de 40% para el ingreso permanente en oposición al umbral de 30% utilizado en la sección anterior. Se observan descensos ligeramente menores en los niveles de gasto catastrófico al usar este umbral más alto. Esta

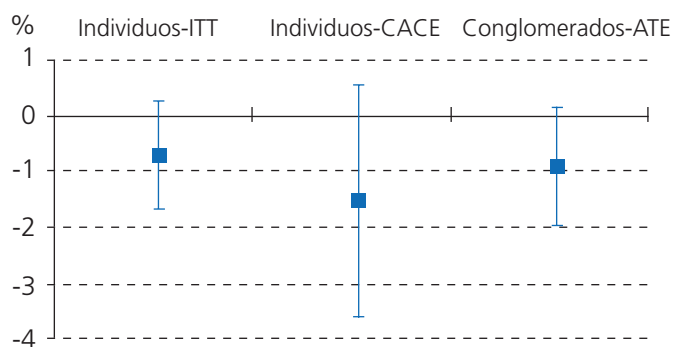


FIGURA 5
Gasto catastrófico mediante el Método 1 (usando un periodo de referencia de tres meses para preguntas sobre gastos en salud ambulatorios anualizados más el gasto anual de gastos hospitalarios, más preguntas sobre el total de los gastos no relacionados con la salud, umbral del 40%)



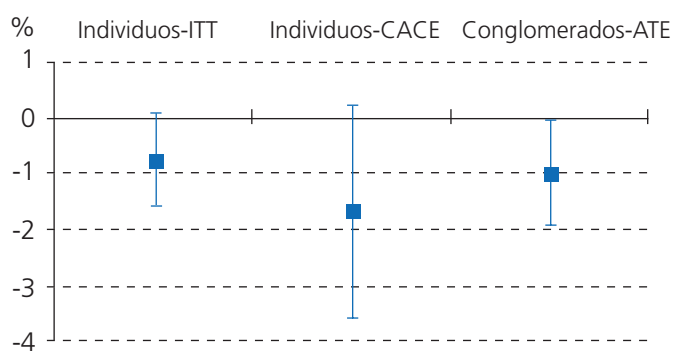
diferencia probablemente se debe al hecho de que el umbral de 40% crea una definición más estrecha de gasto catastrófico, pues clasifica una menor cantidad de hogares como habiendo enfrentado una situación de empobrecimiento a causa de los pagos realizados para atención a la salud. Estos descensos ligeramente menores pueden asociarse con la menor cantidad de hogares que pueden clasificarse como catastróficos con base en esta definición.

El efecto tratamiento promedio es una disminución de alrededor de 1% en los conglomerados tratamiento en comparación con los control cuando se analizan los efectos a nivel de conglomerados. Este resultado no es estadísticamente significativo, de modo que no podemos afirmar con certeza que la reducción es significativa, aunque los tres análisis implican que el SPS está produciendo un efecto protector. El hecho de que los resultados al usar el umbral del 40% muestren la misma dirección, aunque una magnitud menor que al usar el corte de 30%, significa que tal vez el tamaño de nuestra muestra no fue suficientemente grande para detectar un efecto significativo, aunque la dirección del efecto es la misma usando los dos umbrales.

En la figura 6 se usa un umbral de 40% para el gasto catastrófico y el método 2 para la medición. Un menor número de hogares se clasifica como habiendo incurrido en gastos catastróficos al usar este umbral más restrictivo. Este método emplea preguntas dirigidas sobre todo el gasto en salud utilizando un período de referencia de tres meses para gastos en salud ambulatorios y hospitalarios anualizados junto con preguntas sobre gastos no relacionados con la salud. El gasto catastrófico se calcula usando una medida de umbral de 40% para el ingreso permanente. El método 1 es similar al método 2, la única diferencia es que anualiza el gasto hospitalario en salud reportado con un período de referencia de tres meses en vez de usar un reporte anual total del gasto en hospitalización. Los cambios en el gasto catastrófico observados usando estos dos modelos son, por lo tanto, muy similares.

Al usar el método 2 y el corte de 40% como definición de catastrófico se observa que el efecto promedio del tratamiento en los conglomerados es de 1%, lo que significa que hay una mayor reducción en los gastos catastróficos en el tiempo de observación (alrededor de 11 meses) en los conglomerados tratamiento que en los control. Si se utiliza el método 2, el análisis a través de conglomerados (ATE) muestra una reducción estadísticamente significativa en los gastos catastróficos que, dada la manera en que se diseñó el estudio, puede atribuirse al SPS.

FIGURA 6
Gasto catastrófico mediante el Método 2 (usando un periodo de memoria de tres meses para preguntas sobre gastos en salud ambulatoria y de hospitalización anualizados, preguntas sobre todos los gastos no relacionados con la salud, umbral del 40%)





La figura 7 muestra el descenso de los gastos catastróficos usando el método 3 de cálculo (y el corte de 40%). Este método emplea una pregunta general sobre gastos en salud ambulatorios y hospitalarios que después se anualizan junto con preguntas sobre gastos no relacionados con la salud. El gasto catastrófico se calcula usando un umbral de 40% para el ingreso permanente. Esta diferencia puede deberse al hecho de que el umbral de 40% crea una definición más restrictiva de gasto catastrófico, de tal suerte que un menor número de hogares se clasifican como habiendo enfrentado empobrecimiento a causa de pagos realizados en atención a la salud.

Los cambios promedio observados en el gasto catastrófico usando el método 3 son muy similares a los de los métodos 1 y 2. Sin embargo, los intervalos de confianza son mucho más amplios en este caso y ninguno de los efectos es estadísticamente significativo.

Resultados del gasto de bolsillo anual en medicamentos y gastos relacionados con hospitalización

Las siguientes figuras muestran los cambios en los gastos de bolsillo en medicamentos durante el periodo de observación del estudio, que fue de alrededor de 11 meses. También se muestran los cambios en los gastos relacionados con hospitalización durante el mismo periodo.

En la figura 8 se muestran los cambios en el gasto de bolsillo en medicamentos durante el periodo de observación haciendo uso de tres tipos de análisis. Para los individuos, tanto los resultados del análisis de la

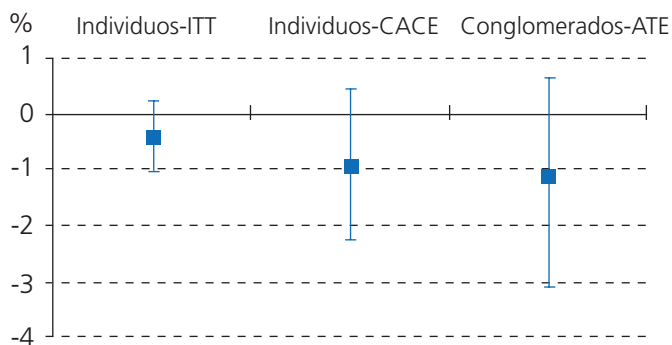


FIGURA 7
Gasto catastrófico mediante el Método 3 (usando una pregunta general con un periodo de memoria de un mes sobre gastos en salud ambulatoria y de hospitalización anualizados, preguntas sobre todos los gastos no relacionados con la salud, umbral del 40%)

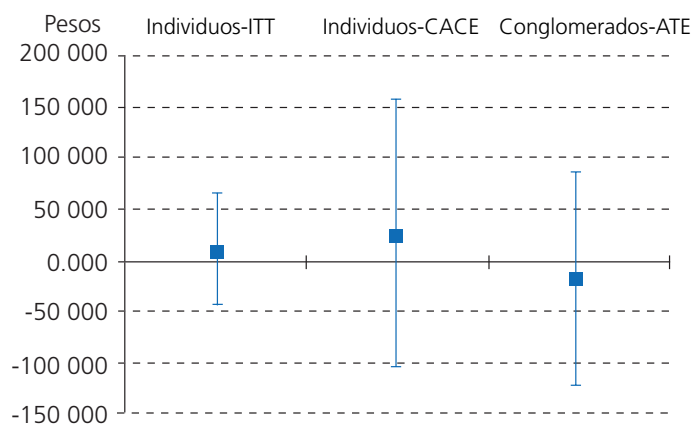


FIGURA 8
Gasto de bolsillo anual en medicamentos



intención de tratar como los análisis del efecto del tratamiento son pequeños pero positivos. Para el análisis a nivel de conglomerados, la diferencia en el gasto entre los conglomerados tratamiento y control es pequeña y negativa. Los intervalos de confianza en torno de estas estimaciones son muy amplios, lo cual sugiere que no podemos considerar que estos cambios sean diferentes de cero. Esto significa que no hay cambios significativos en el gasto de bolsillo en medicamentos detectados durante el periodo del estudio.

En la figura 9 se muestra la diferencia en el gastos de los hogares para todos los costos asociados con una estancia nocturna en hospital a lo largo del periodo de observación entre los grupos tratamiento y control. Todos los efectos que se muestran en la figura anterior son negativos, lo cual sugiere que la afiliación al SPS se asocia con descensos en los gastos hospitalarios. El efecto del tratamiento promedio en los grupos sugiere una reducción en el gasto por hospitalización de alrededor de 120 pesos por año.

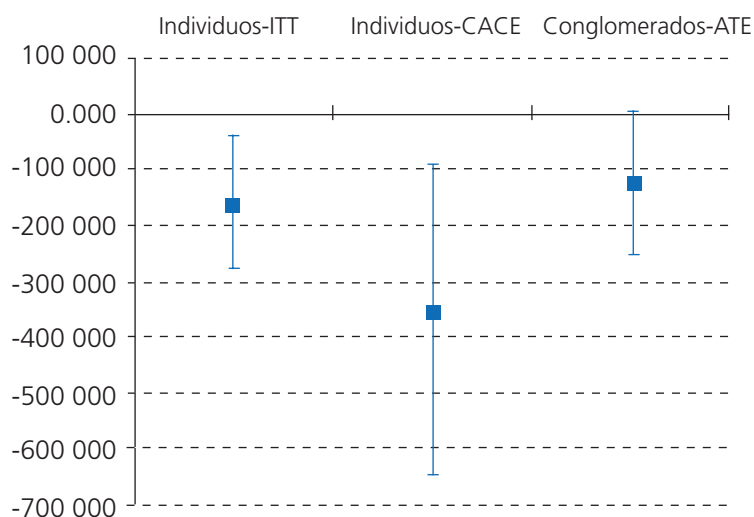
Los resultados para el análisis individual de la intención de tratar muestran una reducción en el gasto de alrededor de 150 pesos por año, mientras que el efecto en aquellos que cumplieron con el diseño del estudio es aún mayor, superior a 350 pesos por año. Estos resultados son estadísticamente significativos.

Sensibilidad de los resultados ante los métodos

Los análisis anteriores, además de basarse en un diseño muy robusto, también fueron probados por lo que toca a la sensibilidad del método y el modelo. Los resultados sustantivos no cambian cuando se usan métodos diferentes para calcular el gasto catastrófico o cuando el umbral de definición del gasto catastrófico pasa de 30 a 40%. Los resultados tampoco cambian de manera sustancial cuando se usa un modelo con covariables y no un modelo sin ellas.

Por lo tanto, parece razonable afirmar que el SPS está teniendo un efecto protector contra gastos catastróficos en salud tanto en las comunidades en las que se está aplicando el programa como especialmente entre quienes cumplen con su implementación. Los resultados preliminares basados en un análisis realizado once meses después de la implantación del programa sugieren que los efectos de la reducción del gasto en salud de los hogares pueden deberse a la reducción en gastos de hospitalización.

FIGURA 9
Gasto de bolsillo en servicios hospitalarios





Resultados sobre protección financiera del estudio observacional

Para este análisis se usan datos de la ENSANut 2005-2006. Esta encuesta, implementada por el Instituto Nacional de Salud Pública, tiene representatividad nacional y estatal. La muestra con la que se trabajó fue de 47,695 hogares y 206,700 personas. Para este estudio se utilizaron los módulos que incluyen información sobre las características de los hogares, gasto de los hogares, seguros de salud y utilización de servicios de salud.

Las estimaciones de gasto catastrófico usando seis diferentes medidas (descritas en el cuadro I) con cortes de 20, 30 y 40%, se presentan en la figura 10. En esta figura se muestra un rango de estimaciones del gasto catastrófico en la población mexicana en 2005-2006, cuyos valores dependen de la elección de la medida y el corte. Las medidas 1 y 4 utilizan una misma estimación de gasto de bolsillo. Lo propio sucede con las medidas 2 y 5, y 3 y 6. En la figura 10 se muestra que el método para calcular la capacidad de pago para las medidas 1, 2 y 3 arroja, de manera consistente, estimaciones más altas del gasto catastrófico que el método utilizado para calcular la capacidad de pago para las medidas 4, 5 y 6. Además, la figura 10 ayuda a explorar los efectos de la desviación del periodo de referencia al estimar el gasto catastrófico. Las medidas 1 y 4 calculan el gasto en hospitalización a través de preguntas sobre hospitalización durante los 12 meses previos a la encuesta. Las medidas 2 y 5 calculan el gasto en hospitalización a través de una pregunta general sobre hospitalización en las cuatro semanas previas a la encuesta, extrapolada a 12 meses. Todos los demás métodos de estimación entre las medidas 1 y 2, por un lado, y 4 y 5, por el otro, son idénticas. La figura de arriba muestra que la estimación del gasto catastrófico a partir de una pregunta sobre hospitalización en los 12 meses previos arroja porcentajes mayores que los cálculos que usan las cuatro semanas previas extrapolando a 12 meses. Una posible explicación es que un ítem de 12 meses sobre hospitalización puede capturar más información sobre costos que uno de un mes si consideramos que la hospitalización no es un evento tan común para los hogares como lo serían las visitas al médico.

También se extrapoló la distribución del gasto catastrófico en relación con el estatus económico de los hogares usando los quintiles del ingreso permanente. En la figura 11 se muestra el porcentaje de hogares que incurrieron en gastos catastrófico por quintil de ingreso permanente para las seis medidas de gasto catastrófico en el corte de 30%. Se observan tendencias similares usando los cortes de 20 y 40%, pero

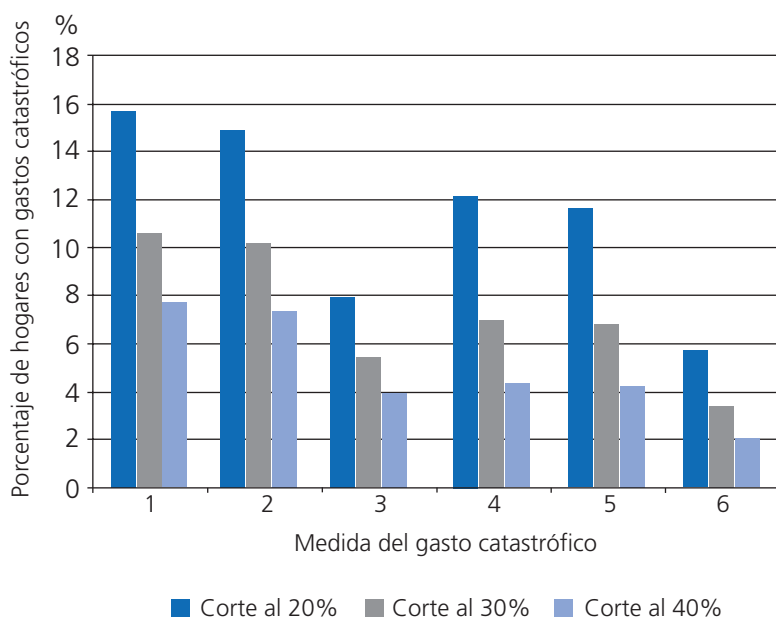


FIGURA 10
Porcentaje de hogares que incurrieron en gastos catastrófico de acuerdo con seis medidas del gasto catastrófico con cortes de 20, 30 y 40%



con porcentajes más altos y más bajos, respectivamente. La distribución del gasto catastrófico entre los quintiles de ingreso permanente es consistente independientemente de la medida de gasto catastrófico que se utilice. Esto sugiere que los hogares más pobres tienden a incurrir con mayor frecuencia en gastos catastróficos por motivos de salud que los hogares de mayores recursos.

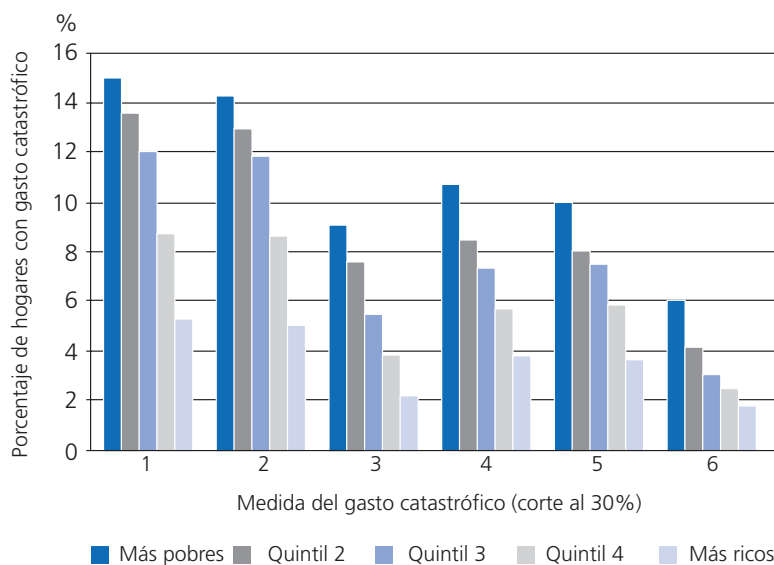
No obstante, es importante hacer notar que un número considerable de hogares del quintil más rico (1.8 a 5.3%, dependiendo de la medida de catastrófico que se use) sufren cuando gastan en atención a la salud 30% de su capacidad de pago.

Además de las tres mediciones de gasto de bolsillo mencionadas en la sección de metodología, la ENSA-Nut 2005-2006 también incluye una pregunta general sobre gasto en salud que inquiriere sobre el gasto total del hogar en salud en el mes previo a la encuesta. Se exploraron los patrones de respuesta a esta pregunta comparados con las otras medidas de gasto de bolsillo y se concluyó que esta pregunta, planteada junto con otras sobre gastos mensuales del hogar sin detallar los gastos específicos en salud, no captura de manera adecuada el total de gastos en salud del hogar. 85% de los hogares reportan no haber hecho ningún gasto de bolsillo en salud con base en la pregunta general sobre gasto en salud, frente a 45.1% de los hogares usando la medida 2 de gasto de bolsillo y 65.4% de los hogares que no reportan gasto de bolsillo en salud al usar la medida 3 de gasto de bolsillo.

En la figura 12 se presenta el porcentaje de hogares que reportan no haber hecho ningún gasto de bolsillo en salud de acuerdo con las medidas de ingreso usando las tres medidas de gasto de bolsillo y la pregunta general sobre gasto en salud. No se incluyó esta pregunta general sobre gasto en salud en ningún análisis posterior debido al número tan pequeño de respuestas.

Además de mostrar el pequeño número de hogares que reportó haber realizado gastos de bolsillo en salud usando la pregunta general sobre salud, la figura 12 muestra algunos resultados importantes. Como se menciona en el *2005 Mexico Health Metrics Report*, los análisis de gasto catastrófico deben confrontar la ambigüedad que surge cuando los hogares no reportan ningún gasto de bolsillo en salud. Sin un reporte adecuado del estado de salud, es difícil diferenciar a los hogares que reportan un gasto nulo en salud porque no lo necesitan de aquellos que no pueden pagar los servicios de salud. El examen del porcentaje de hogares con gasto nulo en salud frente a los quintiles de ingreso puede revelar este tema: los quintiles

FIGURA 11
Porcentaje de hogares que incurrir en gastos catastróficos por quintil de ingreso permanente y según seis medidas de gasto catastrófico con un nivel de corte de 30%



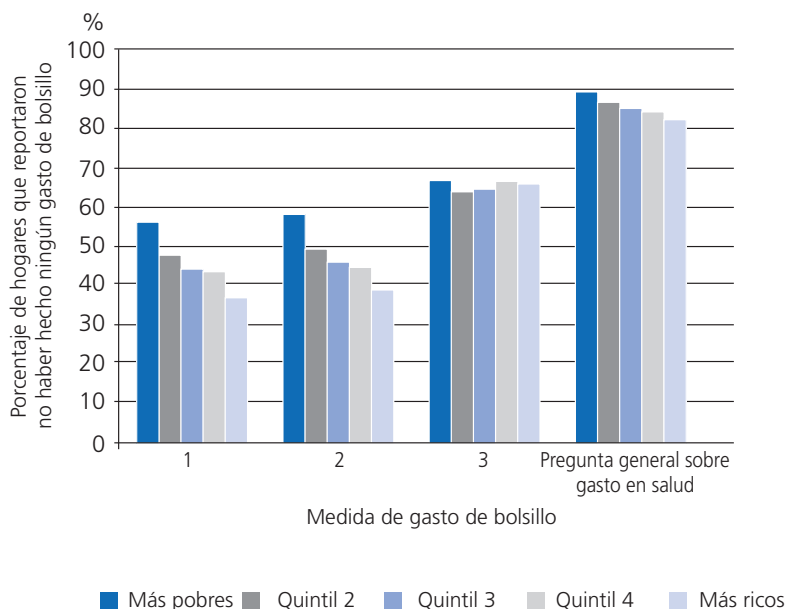


FIGURA 12
Porcentaje de hogares que reportaron no haber hecho gastos de bolsillo por quintil de ingreso permanente usando las tres medidas de gasto de bolsillo y las preguntas generales sobre gasto en salud

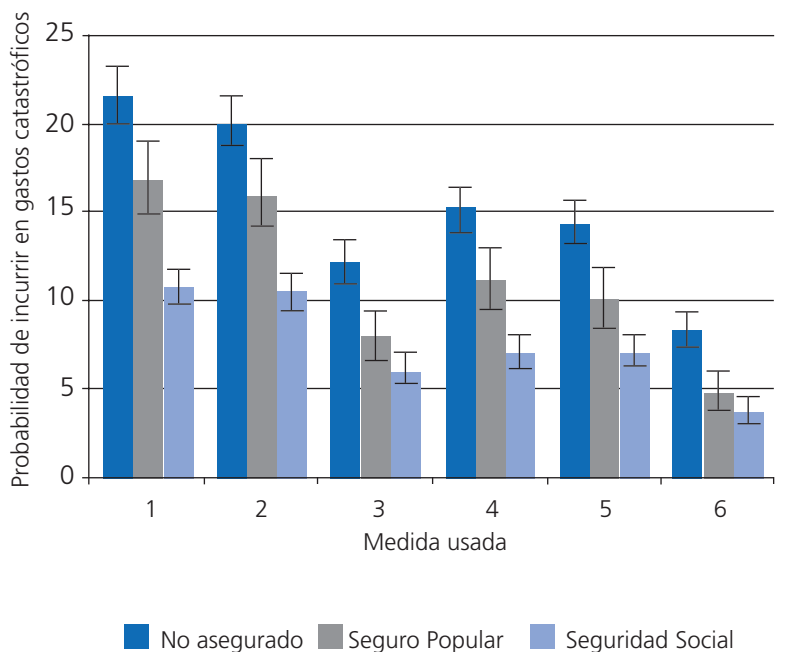


FIGURA 13
Probabilidad de incurrir en gastos catastróficos para los hogares que reportaron haber hecho uso de los servicios de salud, controlando las características sociodemográficas y económicas, de acuerdo con seis medidas diferentes

más pobres presentan el porcentaje más alto de hogares con gasto nulo en salud. Las medidas de gasto de bolsillo 1 y 2 e incluso la pregunta general sobre gasto en salud revelan una tendencia muy clara: los segmentos más pobres de la población, comparados con los más ricos, presentan porcentajes más altos de hogares con gasto de bolsillo nulo.

Para este estudio se exploraron los determinantes del gasto catastrófico usando una regresión logística para las seis medidas y los tres niveles de corte para la definición de catastrófico. Se examinaron estos determinantes para toda la población, para el subconjunto de los hogares que reportaron haber usado servicios de salud ambulatorios en las dos semanas previas y para el subconjunto que utilizó los servicios



de hospitalización durante el año previo a la encuesta. Las variables independientes incluidas en estas regresiones fueron sexo, edad y educación para el jefe del hogar; tamaño del hogar; riqueza del hogar por quintil; índice de marginación municipal del lugar en donde se localiza el hogar (representado como una variable continua que se incrementa conforme los municipios padecen una mayor marginación); residencia

CUADRO III
Resultados de la regresión logística con gasto catastrófico al 20% usando la totalidad de la población de la encuesta, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

| | MEDIDAS DEL GASTO CATASTRÓFICO | | NIVEL DE CORTE DE 20% | | TODA LA ENCUESTA | |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Mujer jefe del hogar | Coeff/se 0.091* (0.046) | Coeff/se 0.127** (0.047) | Coeff/se -0.052 (0.062) | Coeff/se 0.103* (0.051) | Coeff/se 0.146** (0.052) | Coeff/se -0.073 (0.072) |
| Tamaño del hogar | 0.000 (0.011) | 0.001 (0.011) | -0.026 (0.014) | -0.029* (0.012) | -0.026* (0.013) | -0.046** (0.017) |
| <30 AÑOS | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| 30-39 años | -0.019 (0.073) | -0.031 (0.074) | -0.041 (0.091) | -0.025 (0.083) | -0.017 (0.086) | 0.013 (0.111) |
| 40-49 años | 0.005 (0.078) | -0.030 (0.080) | 0.082 (0.097) | 0.009 (0.088) | 0.023 (0.091) | 0.139 (0.116) |
| 50-59 años | 0.201* (0.080) | 0.190* (0.082) | 0.192 (0.103) | 0.269** (0.089) | 0.305*** (0.092) | 0.236 (0.123) |
| 60-69 años | 0.211* (0.091) | 0.228* (0.093) | 0.130 (0.120) | 0.308** (0.102) | 0.366*** (0.106) | 0.261 (0.142) |
| 70 años y más | 0.290** (0.108) | 0.291** (0.111) | 0.233 (0.139) | 0.447*** (0.120) | 0.490*** (0.124) | 0.435** (0.160) |
| SIN EDUCACIÓN | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Educación primaria | -0.053 (0.057) | -0.048 (0.057) | 0.023 (0.071) | 0.004 (0.062) | 0.006 (0.063) | 0.005 (0.081) |
| Educación secundaria | -0.091 (0.077) | -0.064 (0.078) | -0.058 (0.101) | -0.035 (0.087) | 0.006 (0.088) | -0.123 (0.119) |
| Educación post-secundaria | -0.172* (0.084) | -0.147 (0.085) | -0.082 (0.114) | -0.042 (0.094) | -0.010 (0.095) | 0.027 (0.129) |
| QUINTIL MÁS POBRE | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Quintil 2 | 0.181** (0.055) | 0.197*** (0.056) | 0.025 (0.068) | 0.051 (0.061) | 0.080 (0.062) | -0.078 (0.078) |
| Quintil 3 | 0.153* (0.062) | 0.178** (0.063) | -0.170* (0.081) | 0.043 (0.069) | 0.099 (0.071) | -0.222* (0.095) |
| Quintil 4 | 0.097 (0.068) | 0.096 (0.069) | -0.279** (0.087) | 0.038 (0.074) | 0.065 (0.075) | -0.255* (0.099) |
| Quintil más rico | -0.199* (0.079) | -0.203* (0.081) | -0.687*** (0.106) | -0.193* (0.085) | -0.186* (0.087) | -0.534*** (0.115) |
| Marginación municipal | 0.002*** (0.000) | 0.002*** (0.000) | 0.001 (0.000) | 0.002*** (0.000) | 0.003*** (0.000) | 0.001* (0.001) |



| METROPOLITANO | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
|---------------------------------|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Urbano | 0.139** (0.049) | 0.140** (0.050) | 0.356*** (0.067) | 0.129* (0.055) | 0.116* (0.057) | 0.379*** (0.079) |
| Rural | 0.166** (0.059) | 0.157** (0.060) | 0.408*** (0.079) | 0.182** (0.067) | 0.166* (0.067) | 0.411*** (0.094) |
| Niño en la casa | 0.286*** (0.047) | 0.250*** (0.047) | 0.363*** (0.060) | 0.276*** (0.052) | 0.258*** (0.053) | 0.358*** (0.069) |
| Adulto mayor en el hogar | 0.326*** (0.068) | 0.305*** (0.070) | 0.346*** (0.090) | 0.326*** (0.076) | 0.306*** (0.078) | 0.343** (0.105) |
| NO ASEGURADO | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Seguro Popular | -0.068 (0.052) | -0.046 (0.053) | -0.173* (0.068) | -0.167** (0.059) | -0.147* (0.061) | -0.177* (0.082) |
| Seguro privado | -0.562* (0.257) | -0.525* (0.262) | -0.386 (0.397) | -0.506 (0.279) | -0.479 (0.285) | -0.369 (0.426) |
| Toda la seguridad social | -0.508*** (0.046) | -0.489*** (0.047) | -0.551*** (0.063) | -0.497*** (0.051) | -0.486*** (0.052) | -0.559*** (0.073) |
| Constante | -2.054*** (0.127) | -2.165*** (0.129) | -2.426*** (0.167) | -2.322*** (0.143) | -2.508*** (0.147) | -2.792*** (0.199) |
| Tamaño de la muestra | 43,214 | 43,214 | 43,214 | 43,214 | 43,214 | 43,214 |

metropolitana, urbana o rural; presencia de un menor de cinco años en la familia; presencia de un adulto mayor de 65 años en el hogar, y estatus de aseguramiento en salud. Los resultados de estas regresiones se presentan en los cuadros 11-16. El tamaño de la muestra para las regresiones de toda la población fue de 43,124 hogares, mientras que la muestra de las regresiones limitadas a los usuarios de los servicios de salud fue de 15,575 hogares.

La mayor parte de las conclusiones sustanciales obtenidas a partir de estas regresiones no son muy sensibles a la elección de una medida o al uso de un nivel de corte en particular. Las regresiones realizadas para toda la población muestran que no existe ninguna diferencia consistente en la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos en los diferentes grupos de educación, por jefe del hogar hombre versus mujer o por el tamaño del hogar. Algunas de las medidas muestran un gradiente por quintil de riqueza, especialmente la medida 3. Para la mayoría de las medidas, cuando el jefe del hogar es mayor de 50 años de edad, el hogar presenta una probabilidad mucho mayor de incurrir en gastos catastróficos. Manteniendo todos los demás factores iguales, los hogares con niños pequeños y adultos mayores tienen probabilidades significativamente mayores de incurrir en gastos catastróficos. La residencia urbana o rural, comparada con la metropolitana, muestra un incremento significativo en la probabilidad de incurrir gastos catastróficos. El nivel de marginación municipal también aparece como estadísticamente significativo, pero su coeficiente es muy pequeño.

Un aspecto de particular interés para este estudio es la exploración del estatus de aseguramiento en salud y su relación con el gasto catastrófico en México. El SPS muestra un efecto protector en cinco de las seis medidas en el nivel de corte de 30%, en cuatro de las seis en el nivel del corte de 20% y en las seis en el nivel de corte de 40%. Esto significa que existe un efecto protector significativo del SPS al reducir el gasto catastrófico. Conforme el programa crezca, podrá haber una mayor capacidad para detectar un efecto significativo usando todas las medidas y niveles de corte. Los hogares asegurados por la seguridad social



CUADRO IV

Resultados de la regresión logística con gasto catastrófico al 30% usando la totalidad de la población de la encuesta, *p< 0.05, **p< 0.01, ***p< 0.001

| | MEDIDAS DEL GASTO CATASTRÓFICO | | NIVEL DE CORTE DE 20% | | TODA LA ENCUESTA | |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Mujer Jefe del hogar | Coeff/se 0.047 (0.054) | Coeff/se 0.080 (0.055) | Coeff/se -0.107 (0.074) | Coeff/se 0.053 (0.064) | Coeff/se 0.095 (0.065) | Coeff/se -0.078 (0.094) |
| Tamaño del hogar | -0.018 (0.012) | -0.020 (0.012) | -0.016 (0.017) | -0.073*** (0.016) | -0.069*** (0.016) | -0.028 (0.023) |
| <30 AÑOS | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| 30-39 años | 0.019 (0.087) | -0.013 (0.089) | 0.015 (0.112) | 0.036 (0.110) | -0.008 (0.113) | 0.087 (0.150) |
| 40-49 años | 0.090 (0.093) | 0.063 (0.095) | 0.141 (0.120) | 0.211 (0.118) | 0.218 (0.122) | 0.198 (0.155) |
| 50-59 años | 0.350*** (0.095) | 0.335*** (0.097) | 0.349** (0.128) | 0.452*** (0.119) | 0.446*** (0.123) | 0.444** (0.166) |
| 60-69 años | 0.330** (0.108) | 0.355** (0.110) | 0.194 (0.147) | 0.541*** (0.131) | 0.595*** (0.136) | 0.487 (0.185) |
| 70 años y más | 0.476*** (0.126) | 0.514*** (0.129) | 0.375* (0.165) | 0.717*** (0.149) | 0.758*** (0.155) | 0.652** (0.204) |
| SIN EDUCACIÓN | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Educación primaria | -0.022 (0.064) | -0.052 (0.064) | 0.006 (0.082) | 0.031 (0.075) | -0.004 (0.075) | -0.046 (0.102) |
| Educación secundaria | -0.063 (0.090) | -0.038 (0.090) | -0.131 (0.122) | 0.009 (0.110) | 0.059 (0.109) | -0.242 (0.161) |
| Educación post-secundaria | -0.189 (0.101) | -0.182 (0.101) | -0.256 (0.141) | -0.064 (0.118) | -0.038 (0.118) | -0.071 (0.170) |
| QUINTIL MÁS POBRE | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Quintil 2 | 0.110 (0.062) | 0.109 (0.063) | 0.035 (0.079) | 0.018 (0.073) | 0.012 (0.074) | -0.146 (0.100) |
| Quintil 3 | 0.089 (0.071) | 0.122 (0.072) | -0.166 (0.095) | 0.002 (0.084) | 0.073 (0.086) | -0.304* (0.122) |
| Quintil 4 | -0.134 (0.078) | -0.102 (0.079) | -0.385*** (0.107) | -0.132 (0.093) | -0.068 (0.093) | -0.370** (0.131) |
| Quintil más rico | -0.500*** (0.097) | -0.497*** (0.099) | -0.756*** (0.130) | -0.383*** (0.108) | -0.386*** (0.111) | -0.559*** (0.146) |
| Marginación municipal | 0.001* (0.000) | 0.001** (0.000) | 0.001 (0.001) | 0.002*** (0.001) | 0.002*** (0.001) | 0.002*** (0.001) |
| METROPOLITANO | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Urbano | 0.210*** (0.058) | 0.197*** (0.059) | 0.358*** (0.081) | 0.211** (0.072) | 0.202** (0.073) | 0.310** (0.103) |
| Rural | 0.275*** (0.070) | 0.248*** (0.070) | 0.422*** (0.095) | 0.302*** (0.086) | 0.276** (0.086) | 0.366** (0.121) |
| Niño en la casa | 0.316*** | 0.316*** | 0.376*** | 0.338*** | 0.361*** | 0.317*** |



| | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | (0.055) | (0.056) | (0.071) | (0.067) | (0.068) | (0.092) |
| Adulto mayor en el hogar | 0.341*** (0.078) | 0.265*** (0.080) | 0.381*** (0.105) | 0.294** (0.091) | 0.237* (0.094) | 0.361** (0.129) |
| NO ASEGURADO | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Seguro Popular | -0.131* (0.059) | -0.109 (0.060) | -0.227** (0.082) | -0.169* (0.072) | -0.200** (0.074) | -0.303** (0.107) |
| Seguro privado | -0.857* (0.370) | -0.868* (0.386) | -0.463 (0.545) | 1.275*** (0.372) | -1.306*** (0.384) | -3.460*** (0.734) |
| Toda la seguridad social | -0.551*** (0.056) | -0.526*** (0.057) | -0.579*** (0.076) | -0.523*** (0.067) | -0.505*** (0.068) | -0.552*** (0.097) |
| Constante | -2.362*** (0.150) | -2.425*** (0.152) | 2.845*** (0.199) | -2.852*** (0.181) | 2.964*** (0.186) | -3.419*** (0.258) |
| Tamaño de la muestra | 43,214 | 43,214 | 43,214 | 43,214 | 43,214 | 43,214 |

| | MEDIDAS DEL GASTO CATASTRÓFICO | | NIVEL DE CORTE DE 20% | | TODA LA ENCUESTA | |
|----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Mujer Jefe del hogar | Coeff/se 0.003 (0.061) | Coeff/se 0.035 (0.063) | Coeff/se -0.217** (0.082) | Coeff/se -0.050 (0.079) | Coeff/se -0.002 (0.081) | Coeff/se -0.199 (0.115) |
| Tamaño del hogar | -0.025 (0.014) | -0.023 (0.014) | -0.018 (0.020) | -0.089*** (0.021) | -0.076*** (0.021) | -0.025 (0.030) |
| <30 AÑOS | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| 30-39 años | 0.012 (0.102) | -0.069 (0.102) | 0.110 (0.129) | 0.045 (0.141) | -0.114 (0.143) | 0.218 (0.201) |
| 40-49 años | 0.146 (0.109) | 0.089 (0.111) | 0.083 (0.136) | 0.306* (0.148) | 0.215 (0.148) | 0.311 (0.206) |
| 50-59 años | 0.417*** (0.111) | 0.388*** (0.112) | 0.390** (0.150) | 0.540*** (0.151) | 0.452** (0.151) | 0.530* (0.224) |
| 60-69 años | 0.362** 0.126 | 0.394** 0.128 | 0.215 0.163 | 0.665*** 0.167 | 0.555*** 0.168 | 0.616** 0.231 |
| 70 años y más | 0.533*** (0.147) | 0.579*** (0.150) | 0.403* (0.185) | 0.857*** (0.187) | 0.757*** (0.187) | 0.788** (0.256) |
| SIN EDUCACIÓN | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Educación primaria | -0.020 (0.072) | -0.024 (0.073) | 0.032 (0.094) | -0.031 (0.087) | -0.071 (0.089) | -0.002 (0.118) |
| Educación secundaria | -0.052 (0.105) | 0.012 (0.104) | -0.140 (0.142) | -0.067 (0.133) | 0.021 (0.133) | -0.099 (0.201) |
| Educación post-secundaria | -0.256* (0.120) | -0.234 (0.120) | -0.386* (0.170) | -0.152 (0.146) | -0.162 (0.147) | -0.196 (0.218) |
| QUINTIL MÁS POBRE | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Quintil 2 | 0.063 | 0.078 | 0.091 | -0.063 | -0.078 | -0.208 |

CUADRO V
Resultados de la regresión logística con gasto catastrófico al 40% usando la totalidad de la población de la encuesta, *p< 0.05, **p< 0.01, ***p< 0.001



| | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | (0.070) | (0.071) | (0.088) | (0.087) | (0.089) | (0.125) |
| Quintil 3 | 0.063 (0.079) | 0.074 (0.081) | -0.238* (0.110) | -0.080 (0.104) | -0.009 (0.104) | -0.344* (0.158) |
| Quintil 4 | -0.228* (0.091) | -0.193* (0.093) | -0.396** (0.125) | -0.289* (0.118) | -0.202 (0.118) | -0.317 (0.168) |
| Quintil más rico | -0.733*** (0.121) | -0.717*** (0.122) | -0.856*** (0.153) | -0.593*** (0.139) | -0.532*** (0.140) | -0.489** (0.182) |
| Marginación municipal | 0.001 (0.000) | 0.001 (0.000) | 0.000 (0.001) | 0.002*** (0.001) | 0.002** (0.001) | 0.002* (0.001) |
| METROPOLITANO | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Urbano | 0.244*** (0.069) | 0.263*** (0.070) | 0.470*** (0.097) | 0.301** (0.093) | 0.324*** (0.094) | 0.480*** (0.138) |
| Rural | 0.403*** (0.081) | 0.375*** (0.081) | 0.614*** (0.111) | 0.454*** (0.109) | 0.478*** (0.109) | 0.581*** (0.159) |
| Niño en la casa | 0.366*** (0.063) | 0.365*** (0.065) | 0.358*** (0.082) | 0.298*** (0.086) | 0.313*** (0.085) | 0.265* (0.117) |
| Adulto mayor en el hogar | 0.321*** (0.090) | 0.242** (0.092) | 0.474*** (0.117) | 0.202 (0.117) | 0.211 (0.118) | 0.504** (0.153) |
| NO ASEGURADO | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Seguro Popular | -0.161* (0.068) | -0.148* (0.069) | -0.245** (0.091) | -0.204* (0.090) | -0.211* (0.093) | -0.265* (0.124) |
| Seguro privado | -0.779 (0.489) | -0.769 (0.508) | -0.116 (0.610) | -1.927** (0.681) | -2.166** (0.835) | -3.356*** (1.010) |
| Toda la seguridad social | -0.597*** (0.065) | -0.538*** (0.067) | -0.600*** (0.090) | -0.519*** (0.083) | -0.521*** (0.085) | -0.670*** (0.127) |
| Constante | -2.628*** (0.173) | -2.728*** (0.174) | -3.144*** (0.235) | -3.149*** (0.228) | -3.206*** (0.229) | -4.077*** (0.344) |
| Tamaño de la muestra | 43,214 | 43,214 | 43,214 | 43,214 | 43,214 | 43,214 |

CUADRO VI

Resultados de la regresión logística con gasto catastrófico al 20% usando únicamente los hogares que reportaron haber usado los servicios de salud, *p< 0.05, **p< 0.01, ***p< 0.001

| | MEDIDAS DEL GASTO CATASTRÓFICO | | NIVEL DE CORTE DE 20% | | TODA LA ENCUESTA | |
|-----------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Mujer Jefe del hogar | Coeff/se 0.087 (0.068) | Coeff/se 0.143* (0.069) | Coeff/se -0.140 (0.086) | Coeff/se 0.066 (0.074) | Coeff/se 0.127 (0.076) | Coeff/se -0.160 (0.097) |
| Tamaño del hogar | -0.003 (0.015) | 0.003 (0.015) | -0.037* (0.019) | -0.035* (0.017) | -0.024 (0.017) | -0.065** (0.023) |
| <30 AÑOS | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| 30-39 años | 0.008 (0.102) | -0.021 (0.105) | -0.073 (0.121) | 0.011 (0.112) | 0.005 (0.118) | 0.015 (0.141) |
| 40-49 años | 0.044 (0.108) | -0.019 (0.112) | 0.130 (0.126) | 0.047 (0.117) | 0.025 (0.124) | 0.220 (0.147) |



CUADRO VII

Resultados de la regresión logística con gasto catastrófico al 30% usando solo los hogares que reportaron haber utilizado los servicios de salud, *p< 0.05, **p< 0.01, ***p< 0.001

| | MEDIDAS DEL GASTO CATASTRÓFICO | | NIVEL DE CORTE DE 20% | | TODA LA ENCUESTA | |
|----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Mujer Jefe del hogar | Coeff/se 0.056 (0.076) | Coeff/se 0.087 (0.078) | Coeff/se -0.242* (0.102) | Coeff/se -0.006 (0.088) | Coeff/se 0.027 (0.092) | Coeff/se -0.153 (0.126) |
| Tamaño del hogar | -0.019 (0.017) | -0.017 (0.016) | -0.027 (0.022) | -0.074*** (0.022) | -0.067** (0.021) | -0.038 (0.029) |
| <30 AÑOS | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| 30-39 años | 0.046 (0.019) | -0.042 (0.122) | 0.066 (0.144) | 0.061 (0.145) | -0.040 (0.152) | 0.121 (0.185) |
| 40-49 años | 0.115 (0.126) | 0.056 (0.128) | 0.197 (0.153) | 0.208 (0.153) | 0.170 (0.156) | 0.313 (0.193) |
| 50-59 años | 0.419** (0.133) | 0.375** (0.136) | 0.403* (0.167) | 0.436** (0.160) | 0.394* (0.166) | 0.444* (0.210) |
| 60-69 años | 0.338* (0.151) | 0.392* (0.155) | 0.221 (0.194) | 0.512** (0.178) | 0.585** (0.187) | 0.463 (0.243) |
| 70 años y más | 0.479** (0.173) | 0.532** (0.179) | 0.486* (0.211) | 0.704*** (0.202) | 0.728*** (0.213) | 0.737** (0.260) |
| SIN EDUCACIÓN | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Educación primaria | -0.013 (0.095) | -0.057 (0.094) | -0.001 (0.113) | 0.030 (0.107) | -0.013 (0.105) | -0.080 (0.138) |
| Educación secundaria | -0.099 (0.128) | -0.038 (0.127) | -0.144 (0.160) | -0.049 (0.150) | 0.031 (0.147) | -0.320 (0.206) |
| Educación post-secundaria | -0.189 (0.138) | -0.129 (0.138) | -0.264 (0.182) | -0.165 (0.154) | -0.107 (0.154) | -0.235 (0.216) |
| QUINTIL MÁS POBRE | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Quintil 2 | 0.021 (0.088) | 0.033 (0.090) | -0.100 (0.105) | -0.005 (0.101) | 0.011 (0.104) | -0.229 (0.131) |
| Quintil 3 | -0.011 (0.097) | 0.036 (0.099) | -0.260* (0.122) | -0.056 (0.114) | 0.063 (0.118) | -0.349* (0.151) |
| Quintil 4 | -0.313** (0.106) | -0.248* (0.109) | -0.545*** (0.139) | -0.306* (0.125) | -0.170 (0.127) | -0.448** (0.164) |
| Quintil más rico | -0.497*** (0.124) | -0.485*** (0.128) | -0.824*** (0.163) | -0.269* (0.136) | -0.223 (0.142) | -0.610*** (0.180) |
| Marginación municipal | 0.001 (0.001) | 0.001 (0.001) | 0.001 (0.001) | 0.002* (0.001) | 0.002* (0.001) | 0.002 (0.001) |
| METROPOLITANO | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Urbano | 0.262** (0.081) | 0.233** (0.083) | 0.285** (0.104) | 0.161 (0.096) | 0.177 (0.097) | 0.173 (0.128) |
| Rural | 0.398*** (0.097) | 0.345*** (0.098) | 0.373** (0.123) | 0.292* (0.115) | 0.269* (0.116) | 0.137 (0.151) |
| Niño en la casa | 0.195** | 0.196** | 0.227* | 0.152 | 0.172 | 0.178 |



| | | | | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | (0.073) | (0.075) | (0.092) | (0.088) | (0.089) | (0.116) |
| Adulto mayor en el hogar | 0.302** | 0.155 | 0.331* | 0.173 | 0.065 | 0.258 |
| | (0.107) | (0.112) | (0.136) | (0.125) | (0.133) | (0.169) |
| NO ASEGURADO | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Seguro Popular | -0.307*** | -0.277*** | -0.475*** | -0.348*** | -0.413*** | -0.600*** |
| | (0.078) | (0.080) | (0.103) | (0.094) | (0.096) | (0.139) |
| Seguro privado | -1.535* | -1.568* | -0.845 | -2.478*** | -2.497*** | -3.751*** |
| | (0.675) | (0.735) | (0.759) | (0.728) | (0.754) | (1.014) |
| Toda la seguridad social | -0.817*** | -0.762*** | -0.774*** | -0.829*** | -0.790*** | -0.814*** |
| | (0.074) | (0.077) | (0.096) | (0.088) | (0.091) | (0.118) |
| Constante | -1.590*** | -1.699*** | -1.693*** | -1.818*** | -1.977*** | -2.181*** |
| | (0.208) | (0.211) | (0.260) | (0.243) | (0.249) | (0.330) |
| Tamaño de la muestra | 15,575 | 15,575 | 15,575 | 15,575 | 15,575 | 15,575 |

| | MEDIDAS DEL GASTO CATASTRÓFICO | | NIVEL DE CORTE DE 20% | | TODA LA ENCUESTA | |
|-----------------------------|-----------------------------------|----------|-----------------------|-----------|------------------|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Mujer Jefe del hogar | Coeff/se | Coeff/se | Coeff/se | Coeff/se | Coeff/se | Coeff/se |
| | -0.042 | -0.043 | -0.365** | -0.153 | -0.124 | --0.285 |
| | (0.087) | (0.090) | (0.111) | (0.108) | (0.113) | (0.148) |
| Tamaño del hogar | -0.035 | -0.026 | -0.026 | -0.106*** | -0.083** | -0.040 |
| | (0.019) | (0.019) | (0.025) | (0.028) | (0.036) | (0.036) |
| <30 AÑOS | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| 30-39 años | 0.098 | -0.011 | 0.230 | 0.197 | -0.046 | 0.279 |
| | (0.136) | (0.136) | (0.136) | (0.136) | (0.136) | (0.136) |
| | (0.137) | (0.137) | (0.137) | (0.137) | (0.137) | (0.137) |
| | (0.161) | (0.161) | (0.161) | (0.161) | (0.161) | (0.161) |
| | (0.183) | (0.183) | (0.183) | (0.183) | (0.183) | (0.183) |
| | (0.185) | (0.185) | (0.185) | (0.185) | (0.185) | (0.185) |
| | (0.240) | (0.240) | (0.240) | (0.240) | (0.240) | (0.240) |
| 40-49 años | 0.199 | 0.083 | 0.272 | 0.434* | 0.238 | 0.474 |
| | (0.141) | (0.142) | (0.171) | (0.191) | (0.189) | (0.247) |
| 50-59 años | 0.505*** | 0.444** | 0.555** | 0.582** | 0.430* | 0.460 |
| | (0.151) | (0.154) | (0.193) | (0.201) | (0.201) | (0.278) |
| 60-69 años | 0.383* | 0.470** | 0.421* | 0.718** | 0.562* | 0.651* |
| | (0.172) | (0.175) | (0.206) | (0.225) | (0.225) | (0.286) |
| 70 años y más | 0.615** | 0.722*** | 0.648** | 1.025*** | 0.872*** | 0.857** |
| | (0.196) | (0.200) | (0.230) | (0.252) | (0.252) | (0.311) |
| SIN EDUCACIÓN | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Educación primaria | -0.023 | -0.026 | 0.054 | -0.053 | -0.089 | -0.025 |
| | (0.104) | (0.104) | (0.127) | (0.120) | (0.124) | (0.152) |
| Educación secundaria | -0.056 | 0.062 | -0.093 | -0.128 | 0.034 | -0.190 |
| | (0.144) | (0.142) | (0.185) | (0.177) | (0.175) | (0.249) |

CUADRO VIII

Resultados de la regresión logística con gasto catastrófico al 40% usando solo los hogares que reportaron haber utilizado los servicios de salud, *p< 0.05, **p< 0.01, ***p< 0.001



| | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Educación post-secundaria | -0.220 (0.162) | -0.157 (0.161) | -0.399 (0.209) | -0.180 (0.189) | -0.156 (0.192) | -0.447 (0.251) |
| QUINTIL MÁS POBRE | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Quintil 2 | -0.040 (0.096) | 0.018 (0.098) | -0.023 (0.115) | -0.054 (0.118) | -0.025 (0.123) | -0.267 (0.157) |
| Quintil 3 | -0.044 (0.107) | -0.013 (0.109) | -0.357* (0.139) | -0.117 (0.138) | -0.002 (0.139) | -0.452* (0.195) |
| Quintil 4 | -0.472*** (0.123) | -0.391** (0.126) | -0.543*** (0.156) | -0.454** (0.156) | -0.294 (0.158) | -0.372 (0.201) |
| Quintil más rico | -0.768*** (0.150) | -0.725*** (0.150) | -0.996*** (0.188) | -0.532** (0.173) | -0.394* (0.175) | -0.580** (0.219) |
| Marginación municipal | 0.000 (0.001) | 0.001 (0.001) | 0.000 (0.001) | 0.002* (0.001) | 0.001 (0.001) | 0.001 (0.001) |
| METROPOLITANO | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Urbano | 0.264** (0.094) | 0.283** (0.095) | 0.408*** (0.123) | 0.213 (0.120) | 0.262* (0.121) | 0.437** (0.166) |
| Rural | 0.506*** (0.111) | 0.432*** (0.113) | 0.588*** (0.139) | 0.387** (0.144) | 0.402** (0.144) | 0.447* (0.191) |
| Niño en la casa | 0.226** (0.082) | 0.208* (0.085) | 0.259* (0.103) | 0.154 (0.112) | 0.172 (0.111) | 0.185 (0.140) |
| Adulto mayor en el hogar | 0.248* (0.123) | 0.090 (0.127) | 0.358* (0.149) | 0.019 (0.156) | 0.020 (0.160) | 0.409* (0.192) |
| NO ASEGURADO | CATEGORÍA DE REFERENCIA | | | | | |
| Seguro Popular | -0.324*** (0.089) | -0.289** (0.090) | -0.483*** (0.114) | -0.409*** (0.118) | -0.437*** (0.117) | -0.537*** (0.151) |
| Seguro privado | -1.495 (0.949) | -1.454 (1.008) | -0.301 (0.775) | -3.909*** (1.012) | N/A | -3.110** (1.016) |
| Toda la seguridad social | -0.861*** (0.086) | -0.758*** (0.088) | -0.773*** (0.110) | -0.902*** (0.109) | -0.899*** (0.113) | -0.914*** (0.147) |
| Constante | -1.757*** (0.240) | -1.905*** (0.240) | -2.135*** (0.304) | -2.034*** (0.306) | -2.152*** (0.302) | -2.853*** (0.422) |
| Tamaño de la muestra | 15,575 | 15,575 | 15,575 | 15,575 | 15,575 | 15,575 |

muestran gastos catastróficos significativamente más bajos que los no asegurados en todas las medidas de gasto catastrófico y para todos los umbrales. De igual manera, los hogares asegurados con seguros privados muestran gastos catastróficos significativamente más bajos que los no asegurados en algunas medidas y en algunos niveles de corte.

Al restringir el análisis a los hogares que reportan utilización de servicios ambulatorios durante las dos semanas previas a la encuesta o servicios hospitalarios durante el año previo, las variables independientes se comportan de manera similar a las regresiones que incluyen a toda la población. El efecto del SPS y de la seguridad social es estadísticamente significativo en el nivel de .001 para todas las medidas y para todos los niveles de corte utilizados para definir el gasto catastrófico. El efecto de los seguros privados es significativo en algunas medidas y cortes, pero el tamaño de la muestra que reportó utilizar los servicios de salud y tenían seguro privado es apenas de 102.



Utilización de Servicios

La creación del SPS implica la expectativa de que la cobertura universal de atención a la salud con un paquete explícito de beneficios llevará a una mayor utilización de los servicios de salud. En ambos estudios, el experimental y el observacional, se exploraron los diferentes aspectos de la utilización a fin de determinar el impacto del SPS. En seguida se presentan los resultados.

Resultados sobre la utilización de servicios de salud con base en el estudio controlado

Para analizar la utilización nos enfocamos en dos componentes de la atención a la salud. En primer lugar, dentro de una batería de preguntas, se le preguntó a la gente que había recibido atención médica ambulatoria o de hospitalización sobre la calidad de su experiencia. En los conglomerados tratamiento se presentaron incrementos pequeños pero detectables en diversos aspectos de la satisfacción con la atención ambulatoria, tales como: tiempos de espera; privacidad durante el examen y los tratamientos médicos; información sobre los tipos de tratamiento; análisis relacionados con la toma de decisiones sobre la atención a la salud y el tratamiento, y el haber hablado en privado con los proveedores de atención a la salud. Debido a que muy pocos de los que respondieron a la encuesta eran pacientes hospitalizados, no se cuenta con información suficiente como para generar conclusiones no ambiguas.

En segundo lugar, se estimaron los efectos tanto sobre la utilización de servicios de atención a la salud cuando son necesarios como sobre la obtención de los medicamentos prescritos. Los efectos sobre la utilización en los conglomerados y a nivel individual son ambiguos y, en el caso de los medicamentos, no son significativos.

Resultados sobre la utilización de servicios de atención a la salud con base en el estudio observacional

Usando datos de la ENSA 2000 y la ENSANut 2005-2006 se comparó la necesidad percibida de atención estandarizando por edad y utilización condicionada por la necesidad percibida entre 2000 y 2005-2006 de acuerdo con el estatus de aseguramiento a nivel nacional. Los resultados se presentan en el cuadro IX. La necesidad percibida disminuyó entre las dos encuestas. En el 2005-2006 los afiliados al SPS reportan una necesidad percibida mayor que los no asegurados. Esto puede deberse ya sea al hecho de que los individuos que resienten la necesidad de atención son quienes se afilian al SPS de manera preferencial o bien a que el acto de la afiliación cambia su percepción de necesidad.

Los cambios en la necesidad percibida no necesariamente significan que los afiliados al SPS tendrán niveles más altos de necesidad verdadera medida con criterios objetivos. Si bien la necesidad percibida promedio ha decrecido entre las encuestas, la utilización condicionada por la necesidad percibida ha aumentado en el 2005-2006 (64% frente a 61%). La utilización es significativamente más alta en los afiliados al SPS (63.8%) que en los no asegurados (58.3%). La utilización por parte de los afiliados al SPS condicionada por la necesidad percibida es menor que la de los afiliados a la seguridad social.

Usando la ENSANut 2005-2006 se analizaron también las diferencias en la necesidad percibida y en la utilización auto reportada en relación con el estatus de afiliación, controlando por quintil de riqueza, edad, sexo, educación, residencia urbana/rural, origen indígena, marginación municipal y tasa bruta de mortalidad de la comunidad. Los detalles de este análisis se presentan en el apéndice. Se exploró si las personas afiliadas al SPS reportan niveles más altos de utilización y si existe una externalidad del SPS para



las comunidades con niveles más altos de afiliación. Los resultados que se presentan en el cuadro X y el cuadro 5 del apéndice muestran que los afiliados al SPS tienen una probabilidad más alta de utilización condicionada por la necesidad percibida (62%) que las personas no aseguradas (54%). Además, existe un efecto independiente del hecho de vivir en una comunidad con una afiliación alta al SPS: la utilización aumenta de 58 a 64% cuando la afiliación de la comunidad pasa de 0 a 20% al mantener los demás indicadores iguales. En otras palabras, existe evidencia de una externalidad proveniente del lado de la oferta a nivel municipal en la medida en que los resultados muestran que, condicionado por la necesidad auto reportada, las personas en municipios en donde el SPS está presente hacen una mayor utilización de los servicios que las que viven en los municipios en donde todavía no se implanta el SPS.

El impacto del SPS sobre las tasas de utilización a nivel municipal también puede estudiarse usando la base de datos de altas hospitalarias de la Secretaría de Salud. Se revisaron las tasas per capita de altas y para algunas causas específicas en las que el SPS podría haber tenido un efecto en el corto plazo, incluyendo partos, VIH/SIDA, apendicitis, leucemia infantil y hernias. Se usaron varios modelos y los resultados son robustos a la especificación del modelo. Los detalles se presentan en los cuadros 7-9 del Apéndice.

En el cuadro XI se resumen los coeficientes de las variables que miden las tasas acumulativas de afiliación al SPS por municipio basadas en un modelo de regresión multivariada con un efecto controlado a nivel municipal. Debe notarse que el coeficiente del SPS es significativo para las tasas generales de hospitalización y para todas las causas individuales mencionadas más arriba. El impacto del SPS en altas es mayor en leucemia infantil, que es uno de los padecimientos cubiertos por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. El efecto del SPS en altas por parto, aunque mucho menor, también es significativo. Esto puede deberse al hecho de que 93% de todos los nacimientos a nivel nacional se llevan a cabo en hospitales, puesto que se ha tratado de una prioridad del gobierno. El alto efecto del SPS sobre las altas por hernias y apendicitis sugiere que en las comunidades con una alta afiliación al SPS, las personas con problemas médicos agudos están utilizando más los servicios de salud que las personas de las comunidades sin SPS. Una interpretación de este hallazgo es que el SPS está eliminando la barrera financiera a la utilización de servicios de salud para eventos médicos no planeados.

Los datos de las instituciones de la seguridad social y del sector privado no estuvieron disponibles, de tal modo que no podemos asegurar si el incremento en las hospitalizaciones para las comunidades con SPS se debe a un incremento general en las tasas de hospitalización o a un deslizamiento desde el sector privado hacia el público. Sin embargo, esto último parece poco probable, ya que el SPS está afiliando de manera fundamental en áreas con pocos hospitales privados.

CUADRO IX

Necesidad percibida de atención y utilización de la atención estandarizada por edad y condicionada por la necesidad percibida con intervalos de confianza del 95% por estatus de aseguramiento para 2000 y 2005

| | PORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE REPORTA NECESIDAD PERCIBIDA DE ATENCIÓN | | | |
|-------------------------|---|-------------|------|-------------|
| | 2000 | 95% CI | 2005 | 95% CI |
| Total | 18.0 | (17.8-18.6) | 15.5 | (15.0-15.9) |
| No asegurados | 17.0 | (16.8-17.9) | 14.6 | (14.0-15.2) |
| Seguro Popular | | | 16.3 | (15.3-17.3) |
| Seguridad Social | 19.0 | (18.6-20.0) | 16.4 | (15.7-17.1) |

| | PORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE REPORTA HABER UTILIZADO LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN CONDICIONADA POR LA NECESIDAD PERCIBIDA | | | |
|-------------------------|---|-------------|------|-------------|
| | 2000 | 95% CI | 2005 | 95% CI |
| Total | 61.2 | (60.0-62.5) | 64.5 | (63.1-65.9) |
| No asegurados | 54.7 | (52.9-56.4) | 58.3 | (56.2-60.3) |
| Seguro Popular | | | 63.8 | (60.6-66.9) |
| Seguridad Social | 68.5 | (66.-70.4) | 71.3 | (69.1-73.6) |



| AFILIACIÓN DE LA COMUNIDAD AL SEGURO POPULAR | PROBABILIDAD (%) | IC 95% |
|--|------------------|-------------|
| Sin Seguro Popular | 58.5 | (57.2-59.8) |
| 20% del total de la población | 61.4 | (59.7-63.1) |
| 40% del total de la población | 64.1 | (60.4-68.1) |
| TIPO DE SEGURO | PROBABILIDAD (%) | IC95% |
| No asegurados | 54.4 | (53.0-55.7) |
| Seguro Popular | 61.6 | (59.2-64.1) |
| Seguridad Social | 64.9 | (63.3-66.4) |

CUADRO X

Probabilidad de utilización de servicios de atención a la salud condicionada por la necesidad percibida, por estatus de afiliación, controlando por determinantes de la utilización con intervalos de confianza del 95%

| | ALTAS PROMEDIO POR 1 000 HABITANTES | COEFICIENTE DE REGRESIÓN DE LA AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR DE SALUD | ERROR ESTÁNDAR | % DE INCREMENTO PARA LA AFILIACIÓN AL SEGURO POPULAR DE SALUD |
|------------------|-------------------------------------|--|----------------|---|
| Todas las causas | 13.32 | 9.44 | 1.05 | 71 |
| Partos | 3.54 | 2.66 | 0.43 | 75 |
| VIH | 0.02 | 0.02 | 0.01 | 118 |
| Apendicitis | 0.28 | 0.31 | 0.05 | 112 |
| Hernia | 0.32 | 0.48 | 0.06 | 152 |

CUADRO XI

Efecto del Seguro Popular de Salud sobre las tasas de altas hospitalarias para causas seleccionadas: altas promedio por 1 000 habitantes para todas las causas combinadas y para las causas seleccionadas, y resultados de la regresión jerárquica para el efecto de la afiliación al SPS en la comunidad

El porcentaje de incremento por afiliación al Seguro Popular de Salud se estimó utilizando el coeficiente de la regresión y estimando el cambio en el promedio de altas pasando de 0% a 100% de afiliación al SPS

| MEDIDA UTILIZADA | INDICE DE EFC UTILIZADO |
|------------------|-------------------------|
| 1 | 0.7068 |
| 2 | 0.7095 |
| 3 | 0.7487 |
| 4 | 0.8027 |
| 5 | 0.8033 |
| 6 | 0.8346 |

CUADRO XII

Índice de ECF usando seis medidas diferentes

En la ENSANut 2005-2006 también se tomó en cuenta el índice de equidad en la contribución financiera (ECF) sobre seis medidas. Las medidas 1-6 de la ECF corresponden a la metodología usada para calcular las medidas 1-6 del gasto catastrófico. Como se mencionó en la sección de metodología, el índice de ECF puede variar de 0 a 1, en donde 0 representa el sistema más inequitativo y 1 la equidad total. La variación



en el índice de ECF en las diferentes medidas exige el uso de una medida consistente para el análisis entre años y entre países y, por tanto, no puede compararse con la ECF de años anteriores en México o en otros países. En otras palabras, la diferencia observada en el índice de ECF puede deberse únicamente a las diferentes medidas usadas en el análisis.

Resultados en condiciones de salud y capacidad de respuesta

A pesar de que los cambios generales en las condiciones de salud no se pueden detectar fácilmente en el periodo de tiempo de la observación, es posible examinar tendencias de corto plazo en la salud auto reportada, lo mismo que en la capacidad de respuesta del sistema de salud. En las siguientes secciones se presentan los resultados del estudio experimental y las tendencias de largo plazo de la mortalidad que se exploraron en el estudio observacional.

Resultados sobre condiciones de salud y capacidad de respuesta con base en el estudio controlado

En esta sección se discuten los resultados del análisis de los cambios en auto reporte de salud y capacidad de respuesta del sistema. En cada una de las figuras que se presenta a continuación se presentan tres conjuntos de resultados: 1) del análisis de la intención de tratar entre individuos (en las figuras de abajo: Individuos – ITT); 2) del análisis basado en individuos cumplidores con el diseño del estudio, tanto en los conglomerados tratamiento como en los control, midiendo lo que se denomina “efecto tratamiento en los que cumplen con el diseño del estudio” (en las figuras de abajo: Individuos – CACE) , y 3) el análisis a nivel de conglomerados, en el que se estima el efecto tratamiento promedio, medido al comparar los conglomerados tratamiento y control (en las figuras de abajo: Conglomerados – ATE).

Salud auto reportada

Para la salud auto reportada se observan cambios en la pregunta sobre el estado general de salud y se muestran los resultados para los aspectos de dolor, auto cuidado y sueño/energía.

En la figura 14 se muestran los cambios en el estado general de salud auto reportado en los conglomerados tratamiento y control a lo largo del periodo de observación de once meses. En general, podemos ver incrementos en la salud auto reportada en los tres tipos de análisis: individuos (ITT), entre individuos que cumplen con el diseño del estudio (CACE) y en promedio entre los conglomerados tratamiento y control (ATE). El efecto, aunque es estadísticamente significativo y positivo, esto es, en la dirección que implicaría un efecto positivo del SPS, es de difícil interpretación. El mecanismo a través del cual el SPS puede estar produciendo una mejoría en el estado auto reportado de salud no se entiende del todo. Este cambio puede deberse, de manera general, a una percepción positiva del programa, más que a cambios reales en la salud como resultado del mismo.

No obstante, este efecto es positivo e implica que las comunidades en donde hay individuos afiliados al SPS están experimentando un cambio positivo en la percepción de su estado de salud.

En las figuras que se presentan a continuación un cambio en dirección positiva implica una mejoría en el ámbito de la salud, es decir, un efecto positivo del SPS.

La figura 15 muestra los cambios en tres aspectos de la salud en el periodo transcurrido entre las encuestas basal y de seguimiento. Estas figuras muestran un efecto positivo del SPS y se refieren a sensaciones auto reportadas de dolor, capacidad de dormir y sensación de descanso.

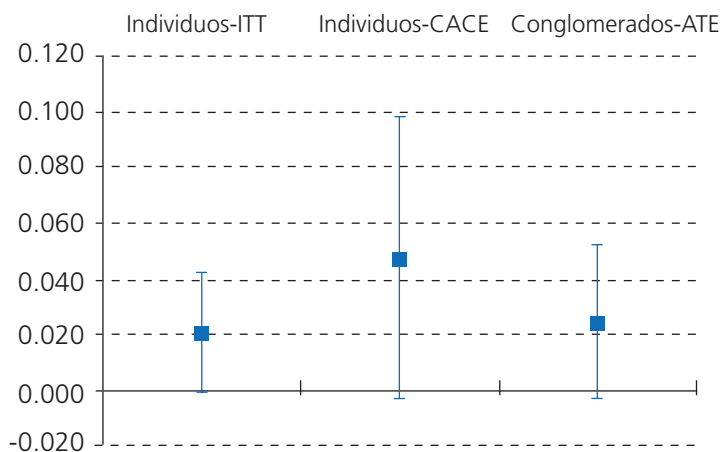


FIGURA 14
Problemas autoreportados en la vida diaria debidos a dolor en los últimos 30 días

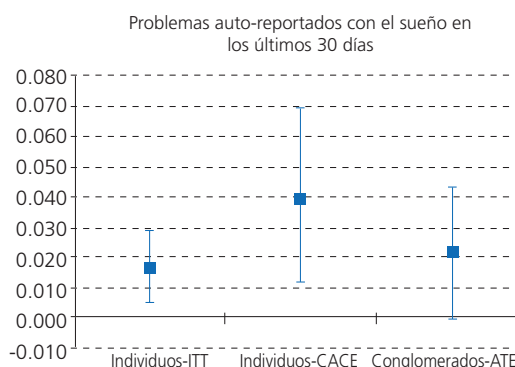
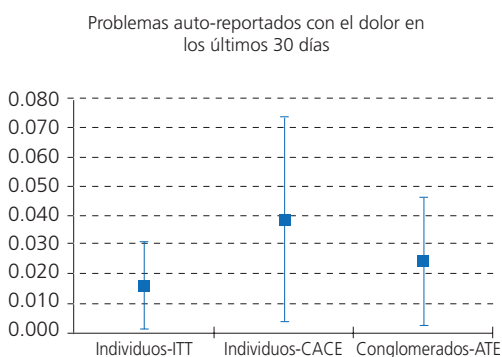
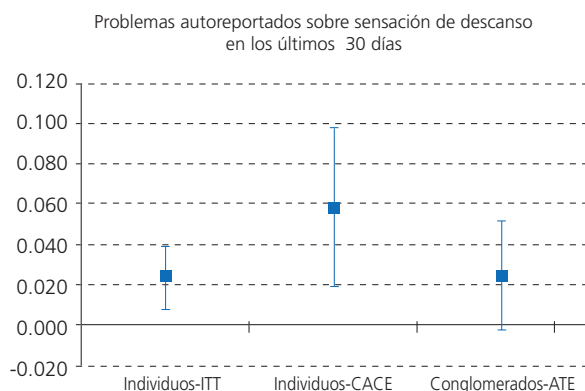


FIGURA 15
Cambios en dolor sueño/energía y sensación de descanso



Al igual que en el caso de la pregunta sobre estado general de salud, estos resultados de auto-reportes que se miden en una escala del 1 al 5 y los cambios en estos aspectos no necesariamente reflejan mejorías reales en el estado de salud como producto de la afiliación al SPS. No obstante, los cambios en estos aspectos son positivos, lo cual implica una mejoría a lo largo del periodo de observación. Los efectos son similares y en la misma dirección (positivos) para los tres tipos de análisis: individual – ITT, individuos que cumplen con el diseño del estudio – CACE y a nivel del análisis de conglomerados. Estos efectos son estadísticamente significativos. No fue posible encontrar otros efectos igualmente significativos en otros aspectos de la salud auto reportada.



Capacidad de respuesta

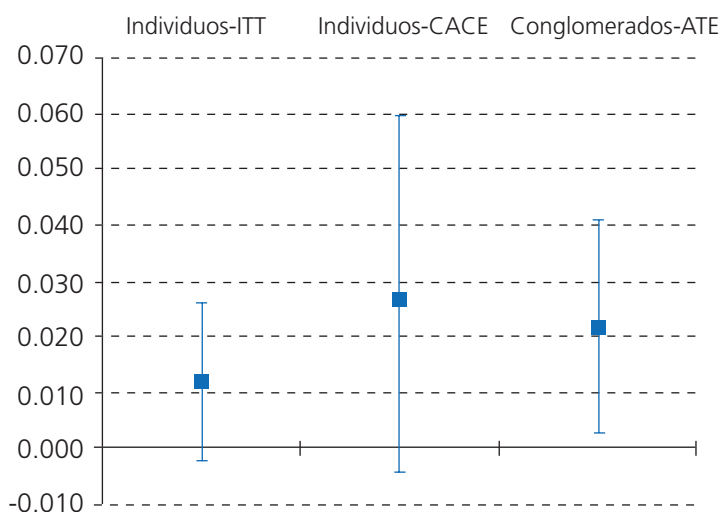
Los sistemas de salud tienen también como objetivo garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud, por lo que el SPS también se evaluó en este sentido. Existen varios ámbitos de esta capacidad. Algunos de ellos no muestran cambios a lo largo del periodo de observación. Esto tal vez se debe a que el periodo fue muy corto (sólo 11 meses) y el tamaño de la muestra muy pequeño como para detectar efectos o a que el SPS no está influyendo sobre estos aspectos de capacidad de respuesta y por lo tanto no se encontraría ningún efecto incluso alargando el periodo de observación o usando una muestra más grande. Más adelante se presentan los resultados para los ámbitos de capacidad de respuesta en los que el SPS sí tuvo un efecto positivo y significativo. Estos ámbitos son: autonomía (participar en la toma de decisiones sobre la salud y el tratamiento que se recibirá); tiempos de espera en las instalaciones (en este caso se muestran los tiempos de espera para atención hospitalaria); respeto por la privacidad tanto en los exámenes físicos y tratamientos como al hablar con los proveedores de atención sobre los problemas de salud; comunicación entre el proveedor de atención a la salud y el paciente – lo cual fue abordado a partir de la claridad de las explicaciones otorgadas por el proveedor de atención al paciente. Además de estos ámbitos, también se presentan los cambios en la percepción de la discriminación, especialmente entre los pacientes que reportaron haber sido discriminados por carecer de recursos financieros.

Por lo que se refiere la autonomía, esto es, si el paciente reporta que se le hizo participar o se le hizo sentir que participaba en decisiones sobre su propia salud y sobre la atención y tratamientos recibidos, se observa un cambio positivo a lo largo del periodo de observación. Estos resultados se observan en todos los tipos de análisis, y son estadísticamente significativos y más altos entre aquellos que se encuentran dentro del grupo tratamiento que entre los que forman parte del grupo control. Esto significa que los individuos afiliados al SPS reportan niveles más altos de autonomía que los que no están afiliados al programa. Estos resultados son válidos para los niveles de análisis de conglomerados e individual.

La figura 17 muestra la mejoría en la percepción por parte de los pacientes respecto del tiempo de espera hasta que fueron atendidos. Esta figura muestra los cambios en la porción de los encuestados que reportó que el tiempo de espera en las instalaciones hasta que fueron atendidos por personal médico fue “bueno” o “muy bueno”. Los cambios positivos significan que una porción mayor de encuestados dentro del grupo de tratamiento sintió que los tiempos de espera fueron “buenos” o “muy buenos” en comparación con el

FIGURA 16

Calificación autoreportada de la experiencia personal al ser implicado en la toma de decisiones sobre la atención o tratamiento recibidos



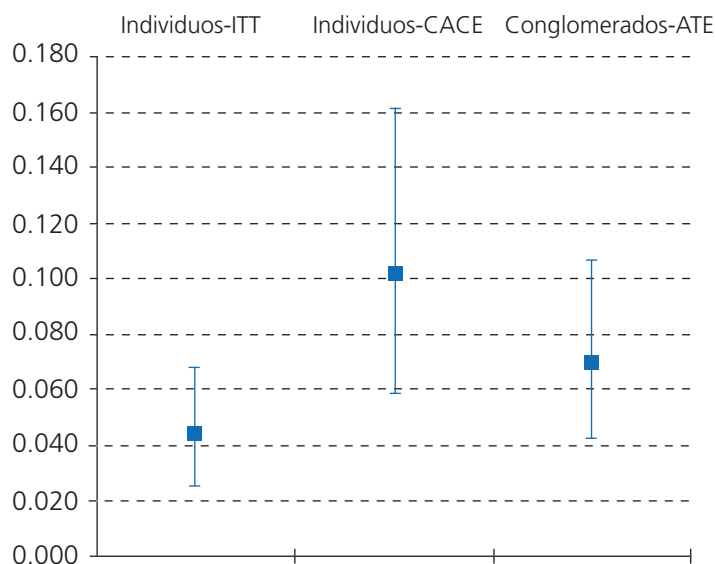


FIGURA 17
Calificación autoreportada de tiempo de espera para atención hospitalaria como "Bueno" o "Muy Bueno"

grupo control. Los resultados de este análisis tienen la misma dirección y son positivos en los tres tipos de análisis: individual ITT, individual de quienes cumplieron con el diseño del estudio CACE y a nivel de conglomerados. Esto significa que las personas afiliadas al SPS reportan mejores niveles de tiempos de espera que aquellas que no están afiliados al programa. Estos resultados son estadísticamente significativos y son válidos para los niveles de análisis individual y de conglomerados.

En la figura 18 se muestra la mejoría en el ámbito de trato digno, tal como lo perciben los encuestados, como resultado de la afiliación al SPS. Aquí el trato se refiere a la privacidad durante los exámenes físicos y los tratamientos. La figura sugiere que existe un efecto positivo del SPS en este ámbito en los tres tipos de análisis utilizados. Los resultados son positivos, lo cual significa que el SPS contribuye a que se incremente el trato digno hacia las personas afiliadas al programa. Los cambios más importantes se ven en el análisis restringido a quienes cumplen con el diseño del estudio. Sin embargo, los cambios en el trato digno son positivos y estadísticamente significativos para todos los tipos de análisis y para los dos tipos de modelo. Esto significa que las personas afiliadas al SPS reportan niveles más altos de trato digno, que se define como tener privacidad durante las consultas médicas y los exámenes, que las personas que no están afiliadas al programa. Estos resultados son estadísticamente significativos y válidos para los niveles de análisis individual y de conglomerado.

De igual manera se encontraron cambios positivos en el ámbito de confidencialidad. Respecto a los cambios estimados en este ámbito, el instrumento incluyó una pregunta sobre qué tan bien percibió el encuestado que los servicios de salud aseguraban que podía hablar en privado con los proveedores de atención a la salud. Asegurar la confidencialidad de la información médica es un componente crítico de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud.

En el análisis que sigue se observa una mejoría en la percepción de confidencialidad por parte de los encuestados afiliados al SPS. Los tres tipos de análisis muestran mayores niveles de confidencialidad. Como se esperaba, el cambio promedio es mayor cuando el análisis se restringe a las personas que cumplen con el diseño del estudio.

La figura 19 muestra que las personas afiliadas al SPS reportan niveles más altos de confidencialidad que los individuos que no están afiliados al programa. Estos resultados son estadísticamente significativos y son válidos para los niveles de análisis individual y de conglomerados.

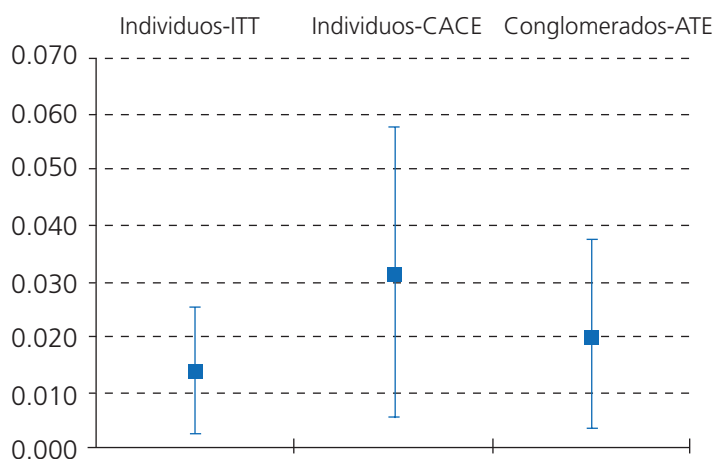


La comunicación con el proveedor de atención a la salud es otro aspecto importante de la capacidad de respuesta. En la figura 20 se muestran los cambios en la comunicación, definida como la proporción de encuestados que reporta que las explicaciones que les dieron los proveedores de atención a la salud fueron “buenas” o “muy buenas”. El efecto es mayor para las personas del grupo tratamiento que para las personas del grupo control y los efectos son estadísticamente significativos y consistentes en los tres tipos de análisis. Esto significa que las personas afiliadas al SPS reportan una mejor comunicación con sus proveedores de atención a la salud que las que no están afiliadas al programa. Estos resultados son estadísticamente significativos y son válidos para los niveles de análisis individual y de conglomerados.

Temiendo la existencia de cierta discriminación debida a limitaciones financieras, en especial en el caso de la atención hospitalaria, se esperaba que el SPS ayudara a reducir este problema. En este análisis se calcula la fracción de personas que reporta haber sido discriminado a causa de falta de dinero al recibir atención hospitalaria. En la figura 21 se observa una reducción significativa en la discriminación entre las personas afiliadas al SPS. Esta reducción se presenta en los tres tipos de análisis y es estadísticamente significativa. Esto sugiere que el estar afiliado al SPS provee de cierta protección contra la discriminación por falta de dinero. Dado que el SPS estaba inicialmente diseñado para afiliar a las poblaciones prioritarias, incluyendo a los miembros más pobres de la población mexicana, este hallazgo es muy alentador. Los resultados que aquí se presentan demuestran que las personas afiliadas al SPS reportan niveles más bajos de discriminación que las que no están afiliadas al programa. Estos resultados son estadísticamente significativos y son válidos para el análisis a nivel individual y de conglomerados.

En términos generales, varios de los aspectos de la salud auto reportada y de la capacidad de respuesta muestran mejoras significativas a lo largo del periodo de observación para los grupos tratamiento frente a los control. Para los ámbitos en los que no se encontraron cambios significativos, no se puede hacer ninguna afirmación concluyente. En los ámbitos que aquí se presentan, incluyendo estado general de salud, dolor, auto cuidado, y sueño/energía, así como privacidad, confidencialidad, tiempos de espera, comunicación y discriminación, el SPS está logrando un efecto positivo y las personas afiliadas al programa reportan niveles más altos en todas estas esferas. Estos resultados son estadísticamente significativos para todos los análisis, lo cual implica que no son sensibles a la elección de la técnica analítica.

FIGURA 18
Cambios en el ámbito de la dignidad



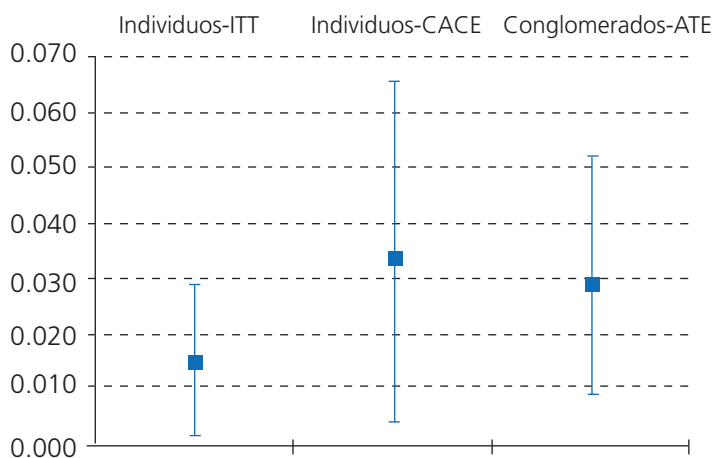


FIGURA 19
Cambios en el ámbito de la confidencialidad

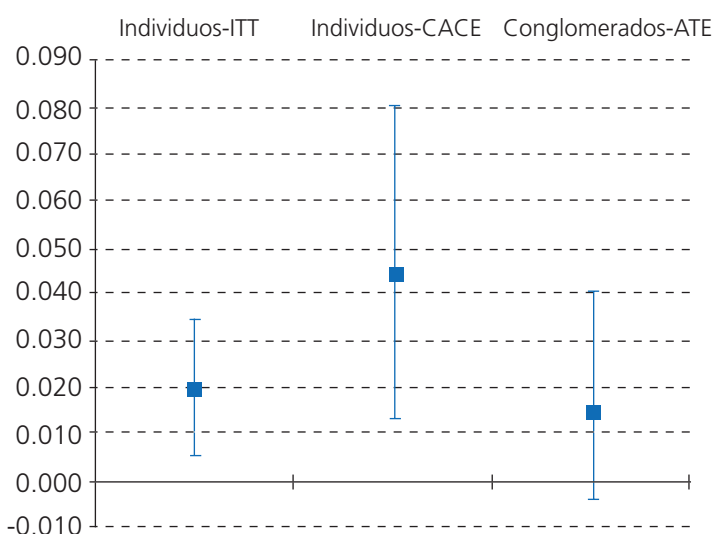


FIGURA 20
Calificación auto-reportada sobre la claridad de las explicaciones brindadas por los proveedores de atención a la salud como "Buena" o "Muy Buena"

Resultados sobre condiciones de salud y capacidad de respuesta basados en el estudio observacional

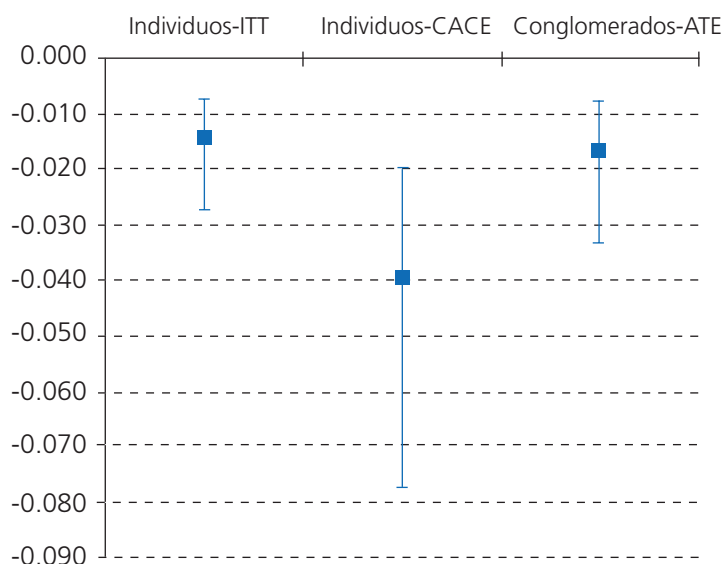
Salud

A lo largo del periodo de la reforma era poco probable que pudiéramos observar cambios dramáticos en las condiciones de salud. No obstante, se examinaron todas las causas mayores de muerte sistemáticamente para ver si las tasas de mortalidad estandarizadas por edades habían cambiado. En el cuadro XIII se observa que la mortalidad estandarizada por edad para todas las causas combinadas y los grupos de causas principales ha disminuido desde el año 2000. Este descenso, sin embargo, debe interpretarse a la luz del descenso continuo de las tasas de mortalidad por edades en México a lo largo de un cierto número de años.

También es interesante estudiar el efecto de la reforma sobre el estado funcional de salud, pues podría responder más rápidamente, en principio, que la mortalidad ante una intervención en el sistema de salud. Por ejemplo, es posible que el tratamiento de cataratas o la cobertura con anteojos pudiera cambiar la



FIGURA 21
Calificación autoreportada de la discriminación debida a la falta de dinero en la atención hospitalaria



CUADRO XIII
Tasas de mortalidad por edad estandarizada por 1 000 habitantes para todas las causas y para los grupos de causas principales, 1995-2005

| CAUSA | SEXO | TASA DE MORTALIDAD ESTANDARIZADA POR EDAD POR 1 000 HABITANTES | | |
|--|--------|--|-------|-------|
| | | 1995 | 2000 | 2005 |
| Todas las causas | Hombre | 5.419 | 4.851 | 4.500 |
| | Mujer | 4.187 | 3.812 | 3.655 |
| Enfermedades infecciosas, maternas, perinatales y de la nutrición | Hombre | 0.878 | 0.730 | 0.638 |
| | Mujer | 0.768 | 0.593 | 0.536 |
| Enfermedades no infecciosas | Hombre | 3 425 | 3 214 | 3 137 |
| | Mujer | 3 188 | 2 937 | 2 868 |
| Accidentes | Hombre | 1 041 | 0.825 | 0.658 |
| | Mujer | 0.229 | 0.200 | 0.177 |
| Causas mal definidas III | Hombre | 0.075 | 0.082 | 0.068 |
| | Mujer | 0.072 | 0.083 | 0.074 |

Todas las tasas de mortalidad están estandarizadas para la población de México en 2000

distribución de problemas de la vista en el corto plazo. Desgraciadamente, no existen datos comparables para permitir un análisis de los cambios en el estatus de la salud funcional. (En la Sección 5 y en el cuadro 12 del Apéndice se presenta un análisis de la salud auto reportada en cinco aspectos).

Ámbitos de la capacidad de respuesta

La ENED 2002-2003 incluyó un módulo detallado sobre la capacidad de respuesta del sistema de la salud que muestra que los usuarios de los servicios de la seguridad social reportan niveles continuamente inferiores de capacidad de respuesta que los usuarios de servicios de la Secretaría de Salud y los proveedores



privados. La ENSA 2000 y la ENSANut 2005-2006 no incluyen preguntas sobre capacidad de respuesta y sólo hacen una pregunta general sobre percepción de la calidad de la atención. Esta pregunta más general es la única información disponible para corroborar los cambios en la capacidad de respuesta a lo largo del periodo de la reforma.

La regresión logística de la calidad percibida en 2000 y en 2005-2006 muestra que los usuarios de la seguridad social reportan una menor calidad en 2000 y en 2005-2006 que los usuarios de la Secretaría de Salud y los servicios privados. La sección 6 y el cuadro 13 del Apéndice incluyen detalles de este análisis. En los datos del 2005-2006 no hay ninguna diferencia significativa entre los no asegurados y los afiliados al SPS en lo que respecta a la calidad percibida de la atención. Además, las comunidades con mayores niveles de afiliación al SPS no reportan niveles más altos de calidad percibida de la atención.

Cobertura

En México se ha hecho un esfuerzo considerable para desarrollar una métrica de la cobertura que permita cuantificar las intervenciones clave que recibe la población que tiene necesidad de ellas. Las estimaciones de cobertura (una medida que resume el producto del sistema de salud midiendo la porción de la población que necesita una intervención y la recibe) daría una imagen más precisa de cómo ha cambiado la provisión de servicios con la reforma.

Resultados sobre cobertura basados en el estudio controlado

Las otras intervenciones que se pueden estudiar usando el diseño de nuestro estudio son las relacionadas con la salud materna, como la atención prenatal (si las mujeres embarazadas tuvieron consultas médicas) y la atención al parto por personal calificado (el porcentaje de nacimientos en hospitales), así como las intervenciones específicas para las mujeres, como la mamografía y el Papanicolaou para mujeres en edad reproductiva. Finalmente, también es posible examinar las intervenciones para los niños, como el tratamiento de la diarrea (provisión de terapia de rehidratación oral) y de las infecciones respiratorias agudas (obtención de tratamiento médico para los síntomas clave). En el largo plazo, el estudio en el tiempo de la cobertura efectiva de estas intervenciones nos permitirá hacer una evaluación integral de la efectividad del SPS. Sin embargo, por lo general es necesario un esfuerzo sostenido para mejorar la mayoría de los indicadores de cobertura, de modo que sería realmente sorprendente ver incrementos importantes en un periodo de tiempo tan corto.

El análisis de nivel individual (intención de tratar y entre los que cumplen con el diseño del estudio) y de conglomerados no mostró cambios significativos en la cobertura de las intervenciones en el tiempo transcurrido entre la medición basal y la de seguimiento. En especial, sólo se detectaron cambios en una intervención: cobertura de colesterol. El incremento en esta cobertura – el porcentaje de personas que necesitaban medicamentos para controlar el colesterol y que efectivamente lo recibieron – es significativamente más alto en los conglomerados tratamiento que en los control. No obstante, a pesar de que el cambio es en sentido positivo, el nivel de cobertura es demasiado bajo y el esfuerzo debe continuar a fin de incrementarlo en todo el país, especialmente para la población afiliada al SPS. Ninguna de las intervenciones incluidas en este análisis mostró un cambio significativo entre el periodo basal y el momento de la encuesta de seguimiento. Dado que el periodo de observación tuvo un máximo de 11 meses para las personas que se afiliaron justo en el momento de la encuesta de línea basal y de apenas unos meses para quienes se afiliaron más tarde, se había predicho que no se esperaba encontrar mejorías significativas en la cobertura de las intervenciones en salud materna, infantil y de enfermedades crónicas. Los cambios en la cobertura de las intervenciones toman un tiempo mayor para mostrar sus efectos. Se espera que las evaluaciones



futuras y las mediciones de seguimiento permitirán medir la magnitud del efecto del SPS, si es que lo hay, en la cobertura de las intervenciones clave del sistema de salud. El monitoreo continuo del desempeño del sistema de salud en la provisión de estas intervenciones para la población que las necesita es crucial durante la fase de expansión del SPS. La calidad técnica de los servicios que se proveen es importante y es algo que la Secretaría de Salud debe tomar en cuenta para hacer inversiones.

Resultados sobre la cobertura basados en el estudio observacional

Para 11 indicadores (definidos en el cuadro 10 del Apéndice) es posible hacer mediciones directamente comparables para 2000 y 2005-2006 usando las dos Encuestas Nacionales de Salud y los datos de altas hospitalarias para los nacimientos prematuros. Este conjunto de intervenciones, sin embargo, está muy inclinado hacia las intervenciones en salud materno-infantil.

Este conjunto de 11 intervenciones, sin embargo, está limitado por la comparabilidad de los cuestionarios. Las estimaciones que aquí se presentan no son directamente comparables con las reportadas en otros estudios debido a que la definición de atención prenatal tuvo que ser modificada para permitir comparaciones entre 2000 y 2005. De las 11 intervenciones disponibles para comparación, sólo se puede estimar el componente cualitativo de la cobertura efectiva para cuatro: atención del parto por personal calificado, atención de recién nacidos prematuros, infecciones respiratorias agudas en niños e hipertensión. Las estimaciones que aquí se presentan corresponden a la cobertura general para otras siete intervenciones.

En la figura 22 se muestra que la cobertura se ha incrementado para todas las intervenciones estudiadas a lo largo del periodo de cinco años. Las intervenciones con cobertura baja en 2000, como el tratamiento de la hipertensión, mamografía, monitoreo del cáncer cérvico-uterino, atención del parto por personal calificado y atención de nacimientos prematuros, muestran incrementos sustanciales. El SPS cubre un paquete más amplio de servicios que los que se presentan en este cuadro, pero la disponibilidad de datos tanto para el 2000 como para 2005-2006 limita el conjunto de intervenciones que pueden compararse de manera rigurosa.

Se estimó una medida compuesta de cobertura a nivel estatal para 2000 y 2005-2006 usando las 11 intervenciones.

En la figura 23 se muestra el cambio absoluto en la cobertura compuesta para cada estado durante este periodo de tiempo. Algunos de los incrementos más grandes en la cobertura compuesta en el periodo de la reforma se han dado en los estados más pobres, los cuales presentaban los niveles de cobertura más bajos en el 2000 (que se muestran en la figura 2 del Apéndice), tales como Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Puebla y Veracruz. En la figura 24 se muestra la disminución de las desigualdades en la cobertura compuesta entre 2000 y 2005-2006 entre los deciles de ingreso. Aunque la cobertura ha mejorado en todos los deciles a lo largo del periodo de observación, los mayores incrementos en la cobertura compuesta se presentaron en la población de los deciles más bajos. La diferencia entre el decil más pobre y el más rico disminuyó en términos absolutos de 13 a 7%, mientras que la razón cayó de 1.27 a 1.11.

En términos generales, las figuras 23 y 24 muestran que en los últimos cinco años se ha producido una reducción muy importante de las desigualdades en la cobertura compuesta. Dicha cobertura se ha incrementado en mayor medida en los estados más pobres y en los deciles más pobres de la población. En la figura 23 se muestra que la cobertura compuesta de los sistemas de salud nacional y estatales ha aumentado durante la reforma. En el cuadro XIV se muestra que, comparando con el año 2000, en 2005-2006 se alcanzaron niveles más altos de cobertura en todos los tipos de aseguramiento y en los no asegurados. Los afiliados al SPS presentan una cobertura compuesta significativamente mayor que los no asegurados en 2005 y ambos grupos presentan una cobertura compuesta efectiva mayor que los no asegurados en 2000, lo cual implica que las mejoras en la cobertura han beneficiado tanto a los no asegurados como a los afiliados al SPS.

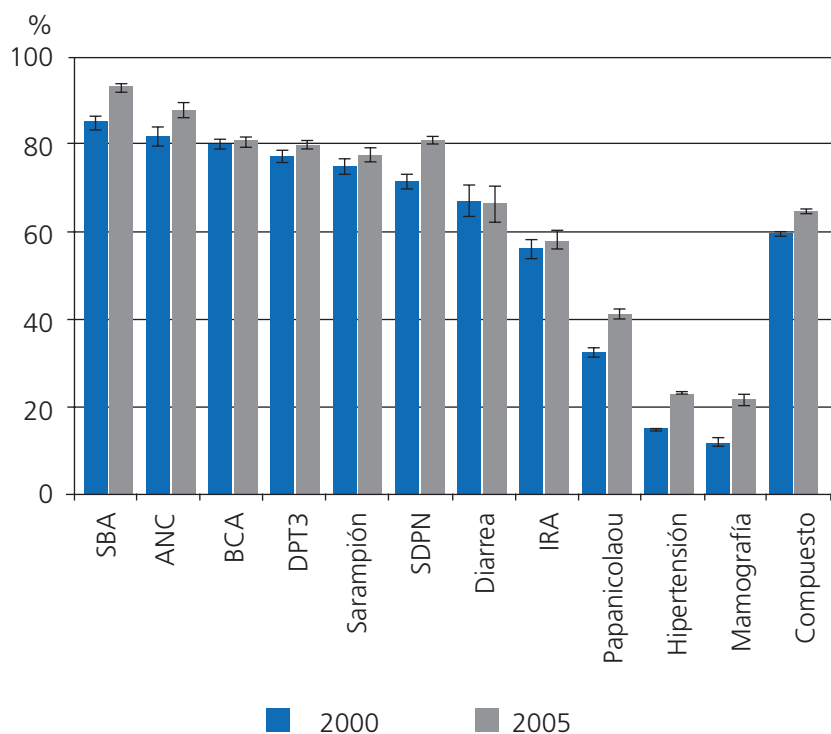


FIGURA 22
Cambios reales en la cobertura para 11 intervenciones y medida compuesta con intervalos de confianza del 95%, 2000-2005

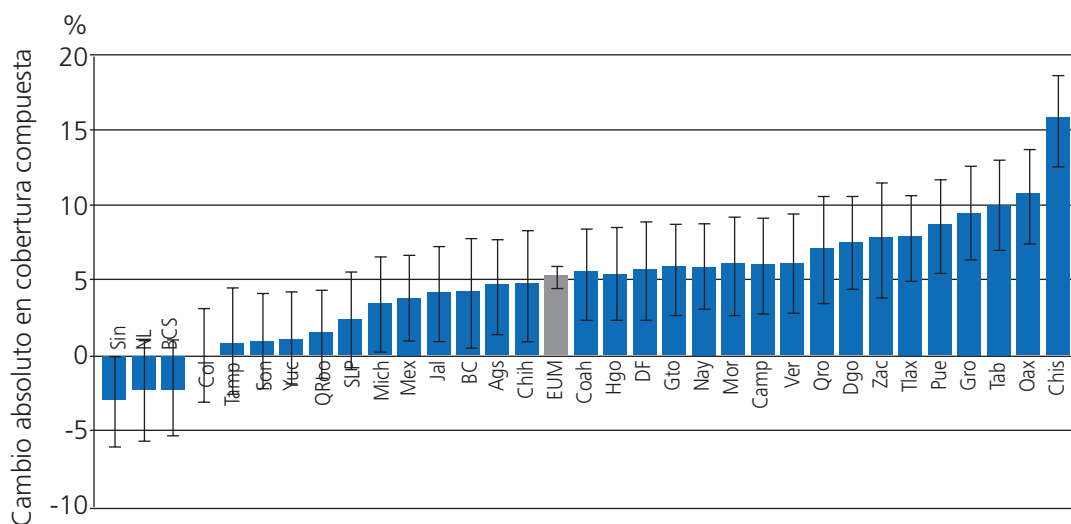


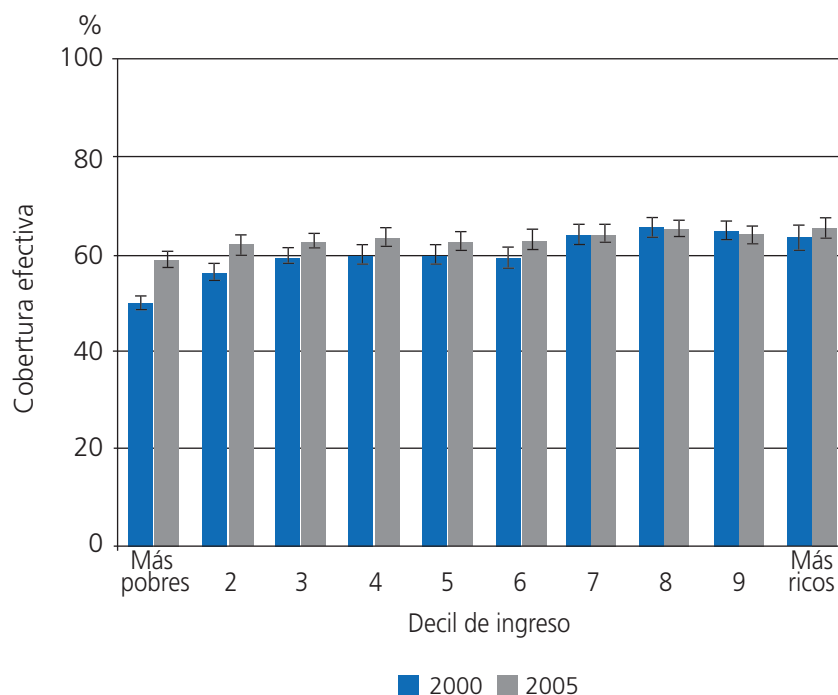
FIGURA 23
Cambio absoluto en cobertura compuesta efectiva por estados con intervalos de confianza del 95%, 2000-2005

Las personas afiliadas al sistema de seguridad social presentan una cobertura compuesta más alta tanto en 2000 como en 2005, pero la cobertura de la seguridad social en 2005 no es estadísticamente diferente que la del SPS.

Las cifras que se presentan en el cuadro XIV no están ajustadas para otros determinantes conocidos de la cobertura. Para probar si los afiliados al SPS presentan niveles más altos de cobertura comparados con los no asegurados se utilizó una regresión logística de las tasas de cobertura para las 11 intervenciones de la ENSANut 2005-2006. En el cuadro 11 del Apéndice se muestran los resultados sobre la probabilidad de



FIGURA 24
Desigualdades en
cobertura compuesta
efectiva por deciles de
ingreso con intervalos de confianza del
95%, 2000-2005



estar cubierto, controlando por edad, sexo, educación, residencia rural, quintil de riqueza, origen indígena, marginación de la comunidad y tasa bruta de mortalidad de la comunidad. El análisis muestra que los afiliados al SPS presentan niveles de cobertura significativamente más altos que los no asegurados en lo que toca al tratamiento de la hipertensión, mamografía, monitoreo del cáncer cérvico-uterino y tratamiento de infecciones respiratorias agudas en niños. Por lo que se refiere a la vacunación en niños, tratamiento de diarrea infantil, atención prenatal y atención del parto por personal calificado, la diferencia entre el SPSS y los no asegurados no es significativa. La falta de efecto en algunas de estas intervenciones puede deberse a los altos niveles de cobertura nacional debidos a los programas nacionales.

Afiliación

Al evaluar los efectos del SP es importante monitorear el incremento de la afiliación al programa a lo largo del periodo de siete años de implantación. De acuerdo con esta meta, se evaluaron las tendencias de la afiliación en las áreas objetivo y no objetivo que se muestran más adelante. Dado que el SPS ha dado prioridad de afiliación a quienes se encuentran en el quintil socioeconómico más bajo de la población, también se exploró qué tan bien se está alcanzando esta meta mediante la observación de la distribución de los afiliados en diversas categorías demográficas.

Resultados sobre la afiliación con base en el estudio controlado

En esta sección se examina el perfil de los individuos que se afilian al SPS en los conglomerados tratamiento y control. En los conglomerados tratamiento, la afiliación al SPS fue promovida activamente. En los conglomo-



merados control no hubo ninguna promoción de la afiliación. No obstante, dado que el programa ha sido anunciado en los medios a nivel nacional, incluyendo la radio, la televisión y los medios impresos, diversas porciones de la población lo conocen y no existe ningún criterio restrictivo para los que son elegibles. Por lo tanto, se esperaba que algunas personas dentro de los conglomerados control se afiliaran al SPS, a pesar de que la afiliación no se promovió dentro de sus comunidades.

Bajo el diseño de promoción de desarrollo del SPS, la afiliación al programa ha aumentado de manera muy importante. Como se muestra en la figura 25, el porcentaje de personas afiliadas al SPS (medidas a partir de la afiliación auto reportada en la encuesta de evaluación) ha aumentado de manera significativa en menos de un año. Este éxito afecta a todos grupos demográficos, tanto los hogares con jefe de familia hombre como en los hogares jefe de familia mujer, y a todas las edades de los jefes de familia. Resulta alentador ver que los hogares con jefe de familia mujer (los que corren un mayor riesgo de sufrir gastos catastróficos en salud) presentan los niveles más altos de afiliación.

Todavía más alentador resulta que la afiliación haya aumentado de manera particularmente importante en los hogares dentro de los conglomerados en donde se promovió activamente el SPS. Aunque la afiliación también creció en los conjuntos en donde no hubo promoción, las ganancias son casi completamente atribuibles al incremento de la afiliación en los 'conglomerados de promoción'. Esto indica que el diseño del estudio fue muy exitoso, en la medida en que las personas de los "conglomerados tratamiento" estuvieron más expuestas a una promoción para afiliarse que las de los conglomerados control. Más adelante se presentan mayores detalles sobre el patrón de afiliación.

| | NO ASEGURADOS | | SEGURO POPULAR | | SEGURIDAD SOCIAL | |
|-------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|---------------------|-------------|
| | COBERTURA COMPUESTA | IC 95% | COBERTURA COMPUESTA | IC 95% | COBERTURA COMPUESTA | IC 95% |
| 2000 | 56.3 | (55.7-57) | | | 65.4 | (65.4-66.2) |
| 2005 | 65.5 | (64.8-66.1) | 70.2 | (68.9-71.4) | 70.9 | (70.1-71.8) |

CUADRO XIV

Cobertura compuesta por tipo de aseguramiento con intervalos de confianza del 95%, 2000-2005

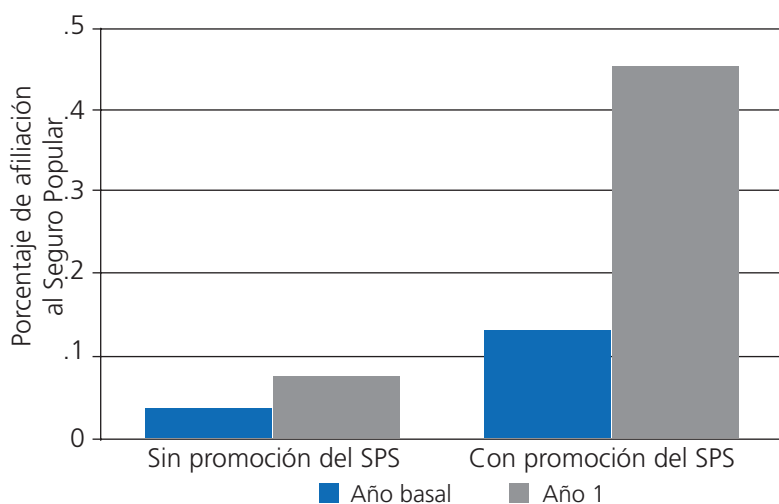


FIGURA 25

Incrementos en la afiliación en los conjuntos

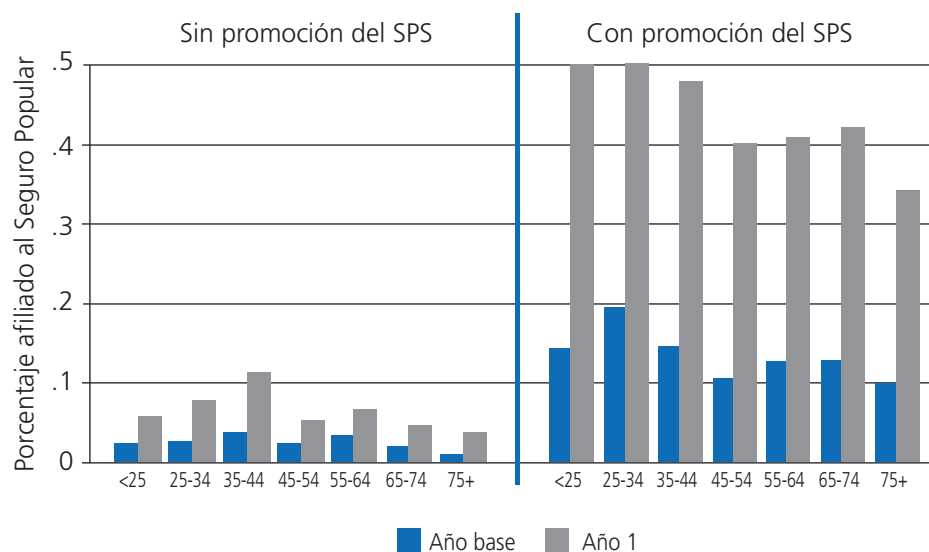


Por lo que toca a las figuras que se presentan a continuación, las barras azules se refieren a los resultados de la medición basal, que se realizó en agosto-octubre del 2005, mientras que las barras rojas se refieren a la medición de seguimiento, que se llevó a cabo en julio-agosto del 2006. Los paneles de la izquierda se refieren a los conglomerados control, en los que no hubo una promoción activa del SPS, y los paneles de la derecha se refieren a los conglomerados tratamiento, esto es, los conglomerados de salud en donde se promovió activamente la afiliación durante el tiempo de observación.

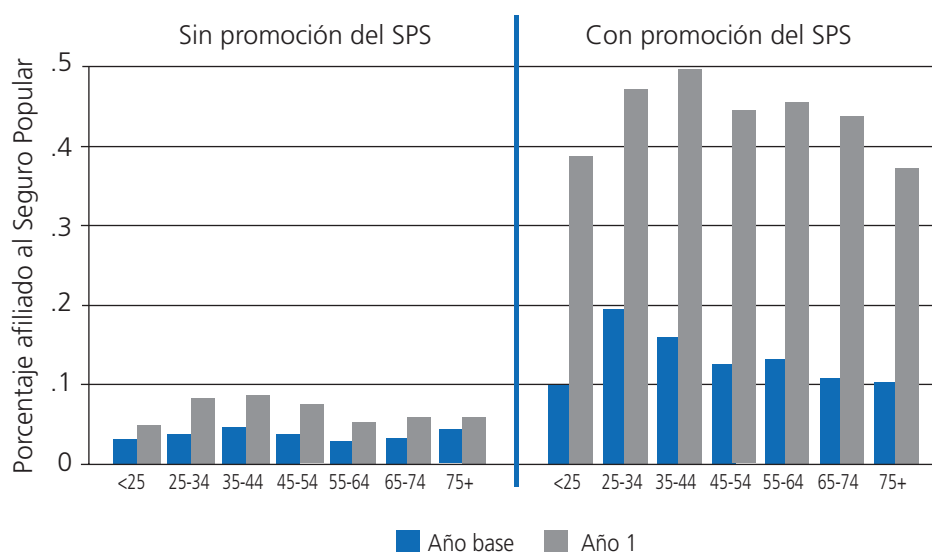
En la figura 26 se muestra el porcentaje de la población en el momento de la encuesta basal y en el momento de la encuesta de seguimiento para los dos grupos de conglomerado por separado: los conglomerados que no se sometieron a promoción activa del SPS y aquellos en los que se realizaron esfuerzos activos para estimular a las personas y familias para que se afiliaran al SPS. En el momento de la encuesta basal, los conglomerados tratamiento presentan un porcentaje más alto de personas afiliadas al SPS, lo cual se explica por el hecho de que la promoción para afiliarse al SPS había empezado antes de la recolección de datos para la medición basal. Desafortunadamente, la medición basal se llevó a cabo unas cuantas semanas después de que empezó la intervención. No obstante, la fracción de personas afiliadas al SPS es baja en la línea basal para los conglomerados tratamiento e insignificante para los conglomerados control. Al momento de la medición de seguimiento, aproximadamente 11 meses más tarde, se observa un incremento muy pequeño del porcentaje de la población afiliada al SPS en los conglomerados control. Como se señaló antes, dado que el programa fue ampliamente anunciado en los medios nacionales y la afiliación está abierta a toda la población elegible, se anticipaba cierto incremento. En los conglomerados tratamiento se observa un incremento mucho mayor en la afiliación, con aproximadamente el 45% de la población afiliada al SPS al momento de la medición de seguimiento.

En las figuras 26 y 27 se muestra el patrón de afiliación al SPS por sexo y edad del jefe de familia. En la primera figura se muestra el patrón de afiliación para los hogares con jefe de familia mujer, mientras que en la segunda parte de la figura se muestra el patrón de afiliación para los hogares con jefe de familia hombre.

FIGURA 26
Incrementos en la Afiliación al Seguro Popular para hogares con jefe de familia mujer, por edad del jefe de familia y para diversos estatus del conjunto



Gráficas por nivel de conjunto promoción del SP



Gráficas por nivel de conjunto promoción del SP

FIGURA 27

Incrementos en la Afiliación al Seguro Popular para hogares con jefe de familia hombre, por edad del jefe de familia y para diversos estatus del conjunto

Tal como se señaló antes, en los conglomerados control (lado izquierdo de los paneles) hay un pequeño incremento en la fracción de familias afiliadas al SPS en el periodo de observación. En este grupo hay una tasa más alta de afiliación en los hogares con jefe de familia mujer que en aquellos con jefe de familia hombre, especialmente cuando el jefe de familia se encuentra en el grupo de edad de 35 a 44 años.

En los conglomerados tratamiento se observa una tasa más alta de incorporación al programa entre los hogares con jefe de familia mujer, especialmente en los hogares cuyos jefes de familia son adultos jóvenes (en el grupo de edad de 18 a 44 años). La incorporación todavía es alta, pero menor, entre las mujeres de entre 45 y 74 años de edad, y la incorporación más baja para los hogares con jefe de familia mujer se presenta en el grupo de edad de más de 75 años. El patrón es similar en el caso de los hogares con jefe de familia hombre, aunque la afiliación es comparativamente más baja en el grupo de edad de los más jóvenes, es decir, los menores de 25 años. Los hogares con un jefe de familia hombre de más de 75 años también muestran tasas de afiliación comparativamente bajas, al igual que en los hogares con jefe de familia mujer.

En términos generales las tasas de afiliación son más altas para los hogares con mujeres como jefes de familia. Dado que esta era una de las poblaciones prioritarias del SPS, se puede afirmar que el programa está alcanzando su meta.

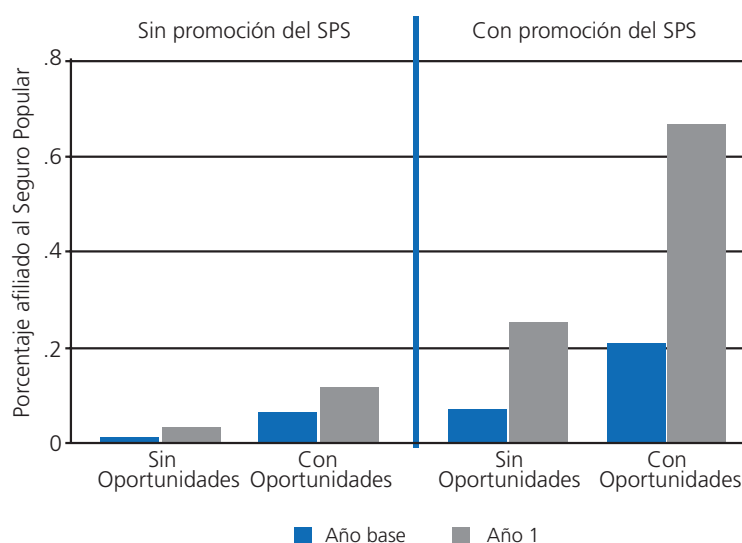
Otro criterio para identificar a las poblaciones prioritarias para afiliarlas al SPS es su participación en Oportunidades. La figura 28 muestra la porción de la población afiliada al SPS distinguiendo si la familia es miembro de Oportunidades o no. Lo que resulta muy claro es que la afiliación al Seguro Popular es más alta entre las familias de Oportunidades, tanto en el momento de la medición basal como en el de la medición de seguimiento, tanto en los conglomerados control como en los tratamiento. El panel izquierdo del la figura 28 muestra el incremento de la afiliación al SP a lo largo del periodo de observación para las familias en los conglomerados control. Vemos que entre las familias que no participan en Oportunidades casi no hay cambio en la tasa de afiliación al SPS a lo largo del periodo de observación. En el caso de las familias con Oportunidades, la tasa de afiliación en la línea basal es más alta, pero el porcentaje afiliado al momento de la medición de seguimiento también lo es.

Tal como se esperaba, estas tasas de afiliación son mucho más bajas que las que se observan en los conglomerados tratamiento, en los que se promovió la afiliación al SPS. En estos conglomerados vemos que



FIGURA 28

Afiliación según participación en Oportunidades, entre conglomerados con promoción y sin promoción de la afiliación al SPS



entre las familias que no participan en Oportunidades, cerca del 25% se han afiliado al SPS al momento de la encuesta de seguimiento. Entre las familias que ya están en el programa Oportunidades, al momento de la encuesta de seguimiento, dos terceras partes ya se habían afiliado al SPS. La meta del SPS es afiliar a todas las familias de Oportunidades, aunque es obvio que esto no se logró en el periodo de 11 meses del estudio. Sin embargo, el hecho de que la tasa de incremento en la afiliación entre las familias de Oportunidades sea tan grande implica que la afiliación al SPS está dando prioridad a estas familias y que se está alcanzando una tasa de afiliación mucho mayor entre ellas.

Por lo tanto, podríamos decir que el diseño de promoción está funcionando bien, y que si continua con estas tasas, todas las familias afiliadas a Oportunidades eventualmente también estarán afiliadas al SPS.

Finalmente, se presenta la afiliación al SPS por tamaño de los hogares. En la medición basal no se observa una tendencia clara de afiliación según esta categoría, especialmente en los conglomerados control. Al momento de la encuesta de seguimiento, se observa una porción mucho más grande de hogares grandes afiliados al SPS.

Las tasas de afiliación aumentan según el tamaño del hogar para todos los tamaños de los hogares hasta llegar a nueve miembros. Los hogares con 10 o más miembros muestran menores tasas de afiliación. Sin embargo, la cantidad de hogares que tienen más de 10 miembros también es pequeña. En general, parece ser que los hogares más grandes se están afiliando al programa a tasas mayores que los pequeños. La unidad de afiliación al SPS es la familia, no el hogar. Sin embargo, no se cuenta con información a nivel de familias para mostrar estas figuras según el tamaño de las familias. Por lo tanto se muestran resultados por el tamaño del hogar.

Resultados sobre la afiliación con base en el estudio observacional

En el estudio observacional se examinaron las tendencias de la afiliación a lo largo del periodo de desarrollo del programa durante cuatro años y se exploraron los perfiles sociodemográficos de quienes se están afiliando. En la figura 30 se presenta la cantidad de personas afiliadas al SPS por trimestre con base en el registro oficial de la Comisión Nacional del SPSS. La afiliación comenzó en 2002 en cinco estados piloto y ya estaba

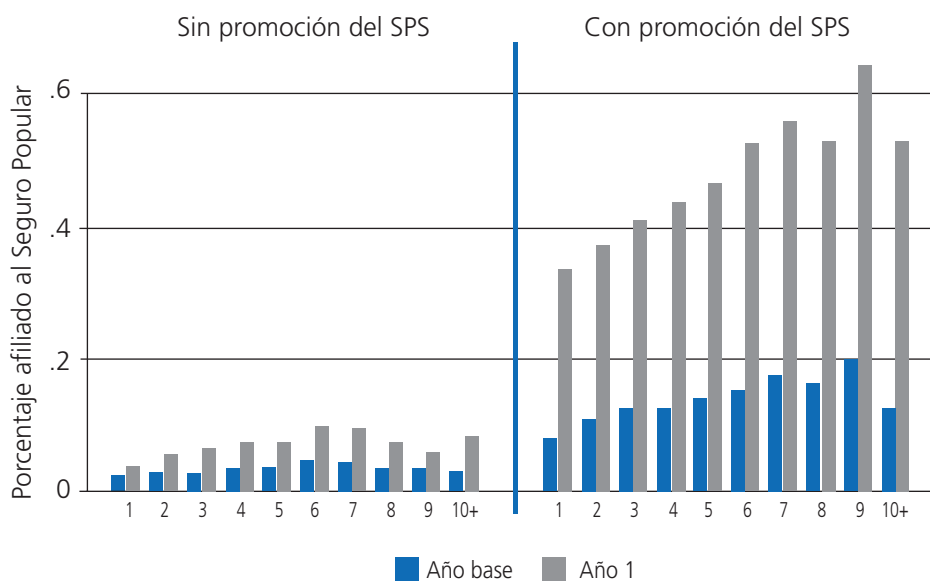


FIGURA 29

Afiliación por tamaño del hogar, según el estatus de los conjuntos

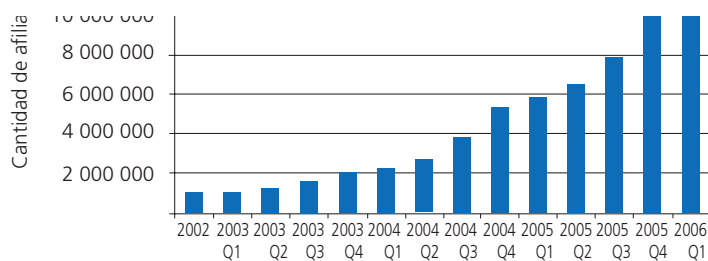


FIGURA 30

Cantidad de personas afiliadas al Seguro Popular de Salud

llevándose a cabo en 24 estados en el momento en que la ley entró en vigor en enero de 2004. En todos los años, especialmente en el 2005, hay un notable incremento en la afiliación durante el cuarto trimestre, ya que los estados intensifican sus esfuerzos para alcanzar las metas de cada año. Las estimaciones de la cantidad total de no asegurados varían según las diferentes fuentes y va del 55 al 61% en el 2000 (véase Cuadro I del Apéndice). Los 11.5 millones de personas afiliadas al SPS hasta el primer trimestre de 2006 representan 16 a 18% de la población total que carece de seguridad social o de seguro privado.

Para estudiar el perfil de las personas que se afilian al SPS y de las comunidades en las que viven, se usó una muestra del 10% del censo que se llevó a cabo en octubre de 2005. Como se observa en la figura 30, la cantidad de afiliados al SPS ha crecido de manera significativa desde que se realizó el censo. Los resultados que aquí se presentan se refieren a la población afiliada al momento del censo.

En consonancia con las metas del SPS de dar prioridad a los dos deciles de ingresos más bajos, la mayor parte de los afiliados se encuentra en el segundo decil más bajo de ingreso de los hogares (21%), seguido por el decil más pobre (19%), y la proporción decrece en los deciles más altos (véase Cuadro II del Apéndice). Considerando la tendencia de la afiliación según la marginación de los municipios, se observa que la afiliación se realiza en las áreas más marginadas (los deciles de marginación 2 y 3 con 20% de afiliación en



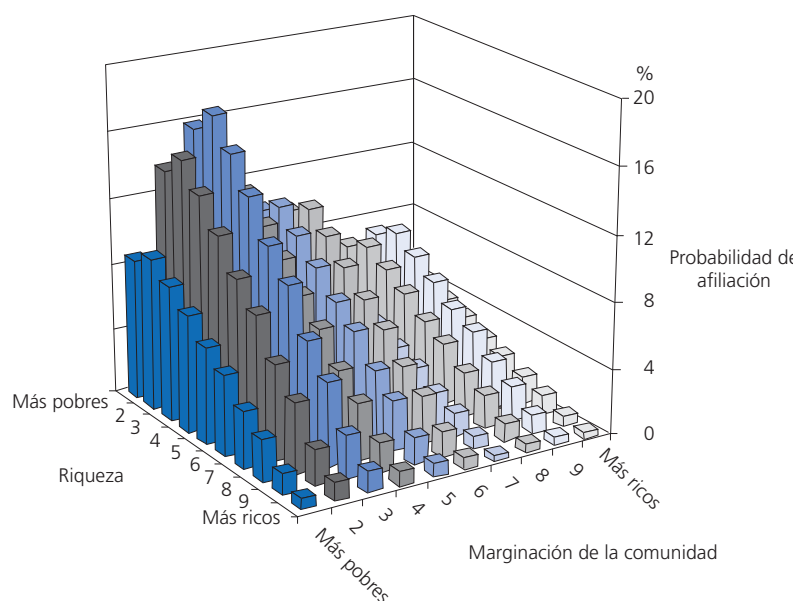
cada uno), pero es más baja en las comunidades de mayor marginación (15% de los afiliados). Este patrón es el esperado y es consistente con el desarrollo preferencial del SPS en comunidades con cierto nivel de infraestructura de instalaciones de salud, dado que los estados sólo pudieron afiliar familias al SPS en las comunidades en donde las instalaciones de salud están suficientemente equipadas para proveer todos los servicios incluidos en el paquete. (véase el Apéndice Sección 2.3 para más detalles sobre la construcción de los índices de riqueza y marginación). Las poblaciones rurales e indígenas también fueron identificadas como prioritarias para la afiliación al SPS. Comparada con la población del país en áreas rurales (23.5%), el SPS está afiliando a un porcentaje mucho mayor (50.1%). En el caso de los indígenas, estos representan 9% de los afiliados, comparados con 6% de su participación en la población total. Sin embargo, al controlar por riqueza, residencia rural y marginación de la comunidad en una regresión logística (véase Cuadro III del Apéndice), la probabilidad de afiliarse al SP es más baja para las poblaciones indígenas.

La figura 31 resume la probabilidad de afiliación al SPS por decil de riqueza y por marginación de la comunidad, controlando por edad, sexo, residencia rural, origen indígena y tamaño del hogar. Se demuestra claramente que, en términos generales y hasta el censo de 2005, la probabilidad de afiliación al SPS era más alta en los hogares pobres en comunidades con niveles de desarrollo bajo e intermedio. Este patrón de afiliación ha logrado reducir la brecha creada por el sistema de la seguridad social.

La figura 32 muestra la probabilidad de recibir beneficios de la seguridad social por decil de riqueza y marginación de la comunidad controlando por edad, sexo, residencia rural, origen indígena y tamaño del hogar. Una comparación de las figuras 31 y 32 pone de relieve que el SP está llegando a las poblaciones que no están afiliadas a la seguridad social, especialmente los pobres que viven en comunidades marginadas.

Es importante hacer notar que la unidad de afiliación al SPS es la población que vive cerca de una unidad de atención a la salud equipada para proveer el paquete esencial de servicios del SPS. Dado que no se trata de unidades administrativas, los datos a nivel de la población objetivo no están disponibles para cada unidad de atención. Muchos de los análisis estadísticos presentados aquí usan información agregada a nivel del municipio (en 2005, había en México 2,445 municipios). En muchos casos, un municipio incluye algunas instalaciones de salud que proveen servicios del SPS y otras que no. Dado que no existen restricciones sobre el lugar en el que se pueden afiliar las personas, es posible que alguien de una comunidad en la que no hay un centro de salud que afilia, viaje hasta lugares cercanos en donde sí hay acceso para afiliarse al SPS.

FIGURA 31
Probabilidad de afiliación al SPS por decil de riqueza y por marginación de la comunidad, controlando por edad, sexo, residencia rural, origen indígena y tamaño del hogar



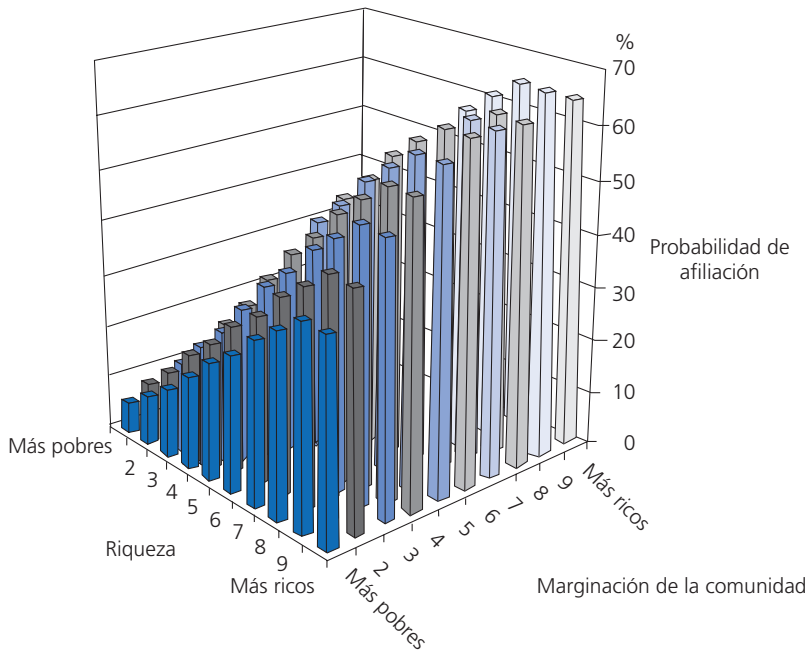


FIGURA 32
 Probabilidad de recibir beneficios de la seguridad social por decil de riqueza y marginalización de la comunidad controlando por edad, sexo, residencia rural, origen indígena y tamaño del hogar



La evaluación de procesos de este proyecto tiene como propósito dar respuesta a las siguientes cuatro preguntas:

1. ¿Se está afiliando a la población blanco?
2. ¿La asignación a los deciles de ingresos es precisa?
3. ¿Son apropiadas las contribuciones familiares para los deciles 3 a 10?
4. ¿Están cumpliendo las unidades del SPS con los criterios de acreditación?

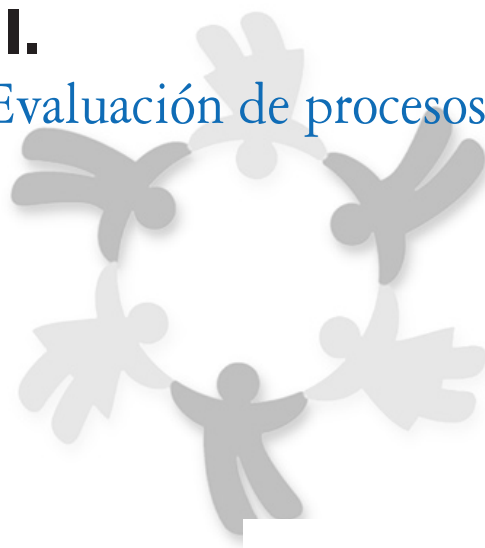
Debido a carencias de información, no fue posible responder en detalle a estas cuatro preguntas. La pregunta 1 fue abordada con mayor detalle que las otras. En seguida se presentan las respuestas a estas preguntas, que se acompañan de ciertas sugerencias.

¿Se está afiliando a la población blanco?

En la figura 33 se presenta el número de individuos afiliados al SPS por trimestre de acuerdo con el registro oficial de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS). La afiliación dio inicio en 2002 en cinco estados pilotos y estaba vigente en 24 estados cuando entraron en vigor las modificaciones a la Ley General de Salud que dan origen al SPSS. En todos los años, pero particu-

II.

Evaluación de procesos



Mensajes centrales

1. El objetivo de afiliar al SPS de manera preferencial a las poblaciones más pobres se está cumpliendo.
2. La fracción más grande de afiliados al SPS se ubica en el segundo decil más bajo de ingreso de los hogares (21%), seguido por el decil más pobre (19%); los porcentajes disminuyen en los deciles mayores.
3. Las poblaciones rurales también se están afiliando de manera preferencial. El SPS está afiliando a un porcentaje mayor de población rural (50.1%) que el porcentaje correspondiente a la población rural nacional (23.5%).
4. Parecen existir diferencias en la información sobre la asignación de los hogares a los dos deciles más bajos de ingresos del censo y del Padrón de Afiliados del SPS.
5. No se cuenta con la información necesaria para juzgar si el esquema de contribuciones al SPS para los deciles 3 a 10 es el apropiado. Para determinar si las contribuciones actuales son precisas se requiere información adicional.



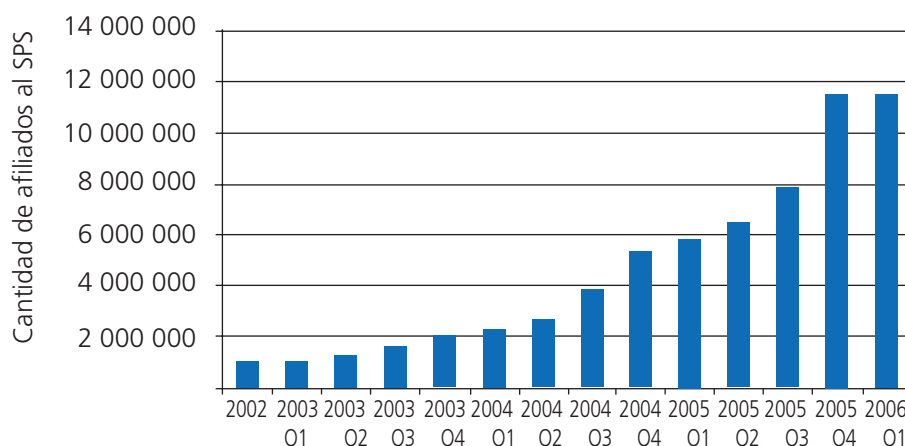
larmente en 2005, se produce un notable incremento en la afiliación durante el cuarto trimestre, periodo durante el cual los estados intensifican sus actividades para cumplir con sus metas del año. Los cálculos del número total de individuos no asegurados en el país varían según la fuente entre 55 y 61% en 2000 (véase Cuadro I en el Apéndice). Los 11.5 millones de individuos afiliados al SPS en el primer trimestre de 2006 representan 16 a 18% de la población total sin seguridad social o seguro privado.

Como ya se mencionó, los cálculos sobre el porcentaje de la población mexicana que reporta no contar con seguro de salud varían según la fuente. En el cuadro 15 del Apéndice se muestra la variación entre el censo, las Encuestas Nacionales de Salud (ENSA) y las Encuestas de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) en el porcentaje de hogares e individuos que reportan no contar con seguro de salud. Como se puede observar en dicho cuadro, los porcentajes de individuos no asegurados varían entre 55 y 61% en 2000. Los 11.5 millones de individuos afiliados al SPS en 2006 representan entre 16 y 18% de la población sin seguridad social o seguro privado. El número de individuos y familias no aseguradas se utiliza para calcular la cobertura del SPS por comunidad. En este estudio se optó por calcular la cobertura del SPS como porcentaje de la población total debido a las variaciones en los cálculos de la población no asegurada.

Hay dos fuentes potenciales de información que pueden utilizarse para estudiar el perfil de los afiliados al SPS: el registro oficial de afiliados (Padrón de Afiliados al SPS) y el censo. El registro oficial cuenta con información hasta el primer trimestre de 2006 y por lo tanto puede generar una imagen más completa. Sin embargo, la información del Padrón que se nos hizo llegar eran estimados de individuos afiliados al SPS a nivel municipal. Como no teníamos acceso a la información individual o familiar, utilizamos el censo para estudiar el perfil de los afiliados al SPS. La desventaja de utilizar el censo es que se llevó a cabo en octubre de 2005 y el número de afiliados al SPS ha crecido en 3.7 millones desde esa fecha. Como se observa en la figura 33, el número de afiliados al SPS se ha incrementado de manera significativa desde que se llevó a cabo el censo. Los resultados que aquí se presentan se refieren a la población afiliada al momento del censo y se refiere a los 7.8 millones de afiliados hasta el tercer trimestre de 2005.

Para calcular la probabilidad de afiliarse al SPS se corrió una regresión logística con las siguientes variables independientes: edad, sexo, tamaño del hogar, origen étnico del jefe del hogar, residencia rural (definida como residencia en un área con menos de 2500 habitantes), decil de ingresos del hogar y decil de deprivación municipal (descrita más adelante). La regresión se corrió a nivel de los hogares (n = 2,529,321) y a nivel individual (n = 10,188,121). Los resultados no difieren de manera significativa entre los dos modelos: las probabilidades que se presentan en el informe corresponden a la regresión a nivel de hogares. Se corrieron regresiones similares para la probabilidad de afiliarse a alguna de las instituciones de seguridad social

FIGURA 33
Cantidad de personas
afiliadas al Seguro
Popular de Salud





(IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SECMAR). En el cuadro 16 se muestran los resultados de las regresiones individuales y en hogares.

De acuerdo con los objetivos del SPS de dar preferencia a los dos deciles de ingreso más bajos, la fracción más grande de afiliados se ubica en el segundo decil más bajo de ingreso de los hogares (21%), seguido por el decil más pobre (19%); los porcentajes disminuyen en los deciles mayores. La afiliación se estaba dando en las comunidades más marginadas (deciles de deprivación 2 y 3 con 20% de afiliados cada una), pero disminuía en las comunidades más deprivadas (15% de afiliados). Este patrón era el esperado y era consistente con el plan de afiliación preferencial del SPS en comunidades con cierto nivel de infraestructura en salud porque los estados sólo podían afiliar familias al SPS en aquellas comunidades que contaran con unidades de salud lo suficientemente equipadas para ofrecer las intervenciones incluidas en el paquete de beneficios de este seguro. (Véanse más adelante los detalles de la construcción del índice de riqueza y el índice de deprivación comunitaria.) Las poblaciones rurales e indígenas también eran prioritarias. En comparación con la población rural nacional (23.5%), el SPS está afiliando a un porcentaje mayor de población rural (50.1%), mientras que los indígenas representan a 9% de los afiliados, en comparación con 6% en la población nacional. Sin embargo, cuando se controla por riqueza, residencia rural y deprivación comunitaria en una regresión logística, la probabilidad de afiliarse al SPS es menor en las poblaciones indígenas. En general, los resultados de la regresión confirman que la afiliación al SPS ha privilegiado a la población que no está afiliada a la seguridad social, en particular los pobres, las poblaciones de áreas rurales y las comunidades deprivadas, aunque todavía no se alcanza a las poblaciones más deprivadas.

En la figura 34 se resume la probabilidad de afiliación al SPS por decil de ingreso y deprivación comunitaria controlando por edad, sexo, residencia rural, origen étnico y tamaño del hogar. Esta figura demuestra de manera muy clara que en general, hasta el Censo de 2005, la probabilidad de afiliación al SPS era mayor en los hogares pobres de las comunidades con niveles de desarrollo bajo o intermedio. Este patrón de afiliación está cerrando las brechas que creó el sistema de seguridad social. En la figura 35 se presenta la probabilidad de recibir los beneficios de la seguridad social por decil de ingreso y deprivación comunitaria controlando por edad, sexo, residencia rural, origen étnico y tamaño del hogar. La comparación de las figuras 34 y 35 muestra que el SPS está llegando a las poblaciones que no están afiliadas a la seguridad social, sobre todo los pobres que viven en comunidades deprivadas.

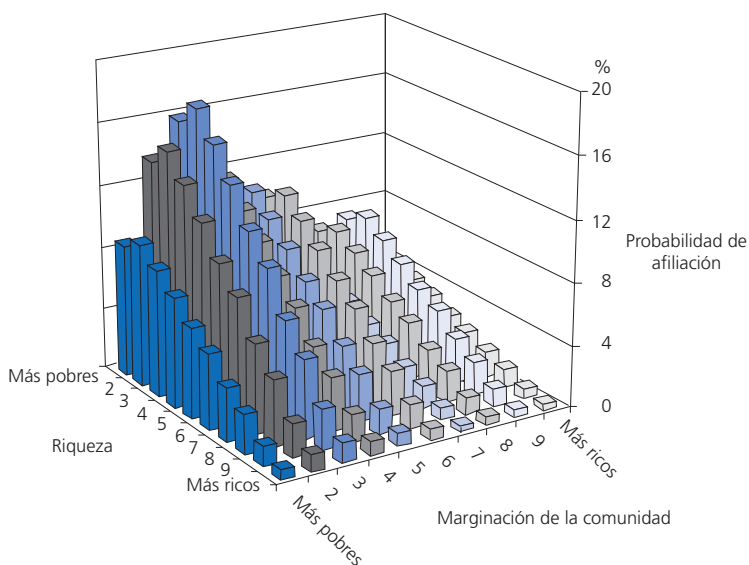
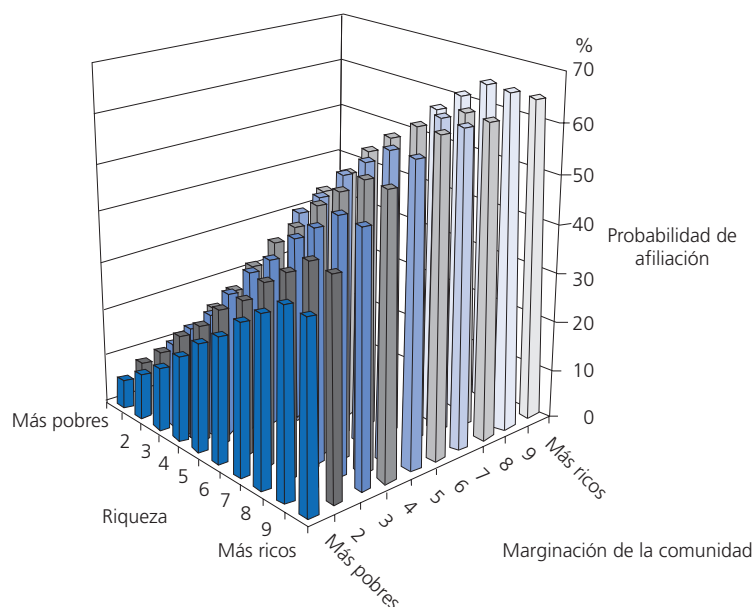


FIGURA 34
Probabilidad de afiliación al SPS por decil de riqueza y por marginación de la comunidad



FIGURA 35
Probabilidad de recibir beneficios de seguridad social por decil de riqueza y marginación de la comunidad



Es importante destacar que la unidad de afiliación del SPS es la población adscrita al centro de salud más cercano que cuenta con los insumos necesarios para proveer las intervenciones del paquete de servicios del SPS. Como no se trata de unidades administrativas, no se cuenta con información sobre la población blanco para cada unidad de salud. Muchos de los análisis estadísticos que aquí se presentan utilizan información agregada a nivel municipal (en México hay 2,445 municipios). En muchos casos, un municipio incluye unidades que están prestando servicios al SPS y unidades que no están prestando servicios. Como no hay restricciones sobre el sitio en donde los individuos se pueden afiliar, es posible que haya personas de comunidades a las que no ha llegado el SPS que viajan a las áreas cercanas que tienen acceso al SPS y allí se afilian.

Cálculo del índice de deprivación comunitaria y del índice de riqueza familiar

Índice de deprivación municipal

El Consejo Nacional de Población de México (CONAPO) produce una medida de nivel municipal de deprivación comunitaria para cada censo de la población mexicana. El índice de deprivación municipal basado en el Censo de 2005 no estuvo disponible para su uso en este análisis. Por lo tanto, se generó un índice similar al de CONAPO basado en las descripciones disponibles. Para probar qué tan parecido era al índice de CONAPO, se calculó también para el censo de 2000. La correlación entre nuestro índice de deprivación en 2000 y el que produjo CONAPO fue de 0.98, lo que sugiere que el índice que generamos para 2005 muy probablemente está altamente correlacionado con el índice de CONAPO.

El índice de deprivación está basado en siete características comunitarias estimadas para todos los municipios de México ($n = 2,445$): i) porcentaje de la población mayor de 15 años que es analfabeta; ii) porcentaje de la población mayor de 15 años que no ha completado los estudios de primaria; iii) porcen-



taje de individuos en hogares sin electricidad; iv) porcentaje de individuos en hogares que no cuentan con conexión a la red pública de agua; v) porcentaje de individuos en hogares que no cuentan con servicios sanitarios intra-domiciliarios; vi) porcentaje de individuos en hogares con piso de tierra, y vii) porcentaje de la población en localidades con menos de 5000 habitantes. Se utilizó el análisis factorial con la opción de factor principal para calcular los pesos relativos de estas características en el índice de deprivación. En el cuadro III del apéndice se muestran los pesos relativos para cada variable.

Cálculo del índice de riqueza familiar

El índice de riqueza se basa en los activos con los que cuentan los hogares y los servicios disponibles, tomando en consideración las características socio-demográficas del jefe del hogar. Las características del hogar incluyen: sexo, edad y nivel educativo del jefe del hogar, y ubicación urbana o rural de la residencia. Las variables de riqueza familiar incluidas en el censo de 2005 son las siguientes: contar con televisión, lavadora de trastes, computadora y refrigerador; tipo de excusado, plomería, conexión de agua y piso en el hogar, y estatus de la electricidad de la casa. Las variables del hogar incluidas en la ENSANut 2005-2006 son las siguientes: contar con calentador, aire acondicionado, un segundo auto, camión, otro vehículo, antena, radio, consolda, electrónicos, refrigerador, estufa, lavadora, calentador, computadora, horno de micro-ondas, teléfono, licuadora, VCR, ventilador y cocina; tipo de excusado, conexión de agua, paredes, techo y piso en el hogar, y estatus de la electricidad.

Para el censo y la ENSANut se corrieron modelos *probit* de efectos aleatorios separados, que capturaron la variación sistemática a través de los hogares no explicada por las otras covariantes con el *random effect term*. El modelo genera un estimado de la riqueza familiar basado en las características socio-demográficas del jefe del hogar y el conjunto de activos propiedad de la familia. Los detalles del modelo se describen en otra sección de este informe. Los hogares se distribuyeron en deciles y quintiles sobre la base de cálculos del índice de riqueza.

¿La asignación a los deciles de ingresos es precisa?

Con el fin de determinar si las asignaciones a los deciles de ingreso al momento de la afiliación eran precisas, se buscó, idealmente, responder a las siguientes dos preguntas:

- Al momento de la afiliación ¿estaban los hogares llenando el cuestionario de afiliación (cédula de afiliación) de manera adecuada o hay problemas de información?
- ¿Cuál fue el algoritmo que se utilizó para asignar a las familias a los deciles de ingreso? ¿el algoritmo es preciso y tiene la sensibilidad para asignar de manera adecuada a las familias a través de los deciles de la distribución del ingreso?

Para responder la primera pregunta lo que sería ideal sería contar con información recogida sobre las verdaderas respuestas a estas preguntas en una pequeña muestra de afiliados al SPS, para después compararla con la información reportada al momento de la afiliación con la información verdadera. Para recoger la información verdadera, se podría seleccionar al azar una muestra de afiliados y aplicarle a esta muestra el mismo cuestionario que se aplica a la gente que va afiliarse al SPS, al tiempo que se le solicita autorización para verificar la existencia (o falta) de los activos incluidos en el cuestionario. El siguiente paso sería comparar el registro de la entrevista con el registro del miembro de la familia al momento de la afiliación. En seguida se podría estimar la proporción de individuos que están reportando mal la propiedad de un determinado activo.



El principal problema del mecanismo de recolección de información sobre el estatus económico de los hogares es que se hace en el momento de la afiliación, lejos del hogar. Este mecanismo confía en la información auto-reportada, a pesar de que el entrevistado tiene un fuerte incentivo a proporcionar mala información (dado que la afiliación es gratuita para los dos deciles más bajos).

Determinar de manera empírica a qué grado se está reportando mal la información constituye un paso muy importante para evaluar si la asignación de los beneficiarios del SPS a los deciles es adecuada.

Para responder a la segunda pregunta, sobre si el algoritmo que se está utilizando para asignar a los hogares a los deciles de ingreso es precisa y si es suficientemente sensible para asignar a los hogares a lo largo del espectro de distribución del ingreso, sería necesario primero conocer dicho algoritmo. Este algoritmo nunca se le proporcionó al equipo de la Universidad de Harvard. Si se tuviese acceso a él, se podría probar comparándolo con bases de datos en donde se conoce la verdad, como las encuestas nacionales (ENIGH; ENSANut, etc.), y generar una discusión de mayor profundidad sobre sus pros y contras. En el momento actual no se está en posición de responder a esta pregunta.

Dada la información con la que se cuenta y la información que proporciona la CNPSS, como se mencionó con anterioridad, parecen existir diferencias en la información sobre la asignación de los hogares a los dos deciles más bajos de ingresos del censo y del Padrón del SPS. Se requiere información más detallada del SPS para identificar las posibles fuentes de controversia.

¿Son apropiadas las contribuciones familiares para los deciles 3 a 10?

El equipo de la Universidad de Harvard no cuenta con la información necesaria para juzgar si el esquema de contribuciones al SPS para los deciles 3 a 10 es el apropiado. De acuerdo con información preliminar procedente del Padrón, hay muy pocos hogares contribuyendo en el momento actual al SPS. Los datos de la ENIGH 2005 no están todavía disponibles. El Censo 2005 no se puede utilizar para este fin porque no cuenta con información sobre gasto o consumo. La ENED 2002-2003 tampoco cuenta con información de este tipo y se llevó a cabo antes de que hubiera una afiliación importante al SPS, por lo que la muestra hubiera sido muy pequeña. Tampoco se cuenta con información sobre la manera en que se están recolectando las contribuciones ni sobre la frecuencia con la que se está haciendo la recolección.

Para determinar si las contribuciones actuales son precisas se requiere información adicional. Sería muy útil, por ejemplo, contar con información sobre la disposición a pagar en los hogares afiliados al SPS y su posible asignación a los deciles 3 y mayores de la distribución del ingreso de acuerdo con la información del censo (que cubre a todo el país y que posiblemente permite crear un cuadro más confiable que una sola encuesta). Además, sería clave la información sobre las tasas de afiliación y re-afiliación para las familias en los deciles 3 y mayores. Si las tasas de re-afiliación son significativamente menores en las familias que han pagado por el SPS que en las que reciben los servicios gratis, se podría inicialmente concluir que las contribuciones son mayores que las que estas familias están dispuestas a pagar a cambio de los servicios recibidos.

A la fecha los esfuerzos del SPS se han centrado en ampliar la afiliación en aquellos con mayores necesidades. No ha habido un esfuerzo concertado para ampliar el programa de manera significativa hacia los siete deciles superiores de la distribución del ingreso. Por lo tanto, un análisis sobre si las contribuciones están siendo apropiadas puede resultar prematuro. En la siguiente fase de expansión del programa, se requerirán mayores esfuerzos para afiliar a las familias que se ubican en la parte de la distribución del ingreso en donde se esperan las contribuciones. Esto dará oportunidad para estudiar el esquema de contribuciones y determinar si son apropiadas. Dada la información disponible y el pequeño número de afiliados contribuyentes, este análisis no se pudo llevar a cabo.



¿Están cumpliendo las unidades del SPS con los criterios de acreditación?

Para poder afiliarse al SPS las unidades de salud deben cumplir con ciertos criterios de capacidad, seguridad y calidad de la atención. Hay un proceso para verificar que las unidades de salud, ya sean ambulatorias u hospitalarias, estén en condiciones de proveer los servicios que cubre el SPS. Para poder proporcionar servicios a los afiliados al SPS las unidades deben demostrar que cuentan con la capacidad para proveer las intervenciones incluidas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), y que pueden garantizar la seguridad de los pacientes y la calidad de la atención. Dentro de los requisitos se cuentan cumplir con estándares para recursos físicos y humanos, incluyendo disponibilidad de personal y equipo para prestar los servicios personales de salud y los servicios de salud comunitarios. Las unidades también deben garantizar condiciones mínimas de seguridad para los pacientes durante la atención de urgencias, parto y atención neonatal, cuidados intensivos y servicios de laboratorio.

El proceso que se utiliza en el momento actual para afiliarse a las unidades de salud al SPS incluye estudios preliminares que llevan a cabo las secretarías estatales de salud sobre las condiciones de la infraestructura en las unidades de cada estado. Sobre la base de esta auto-evaluación, los estados envían a la CNPSS sus propuestas de unidades que están en condiciones de prestar servicios al SPS. La CNPSS revisa las propuestas y lleva a cabo las evaluaciones una vez que se determinan las áreas en las que el SPS va a afiliarse el año siguiente.

La principal pregunta a la cual es necesario responder es si las unidades en efecto están cumpliendo con los criterios de acreditación. Una de los principales inconvenientes de la información recolectada a la fecha es que la Secretaría de Salud y la CNPSS han dejado en manos de las propias unidades la responsabilidad de llenar los cuestionarios. Debido a su limitada capacidad, no hay manera de verificar si las unidades están reportando de manera precisa su estatus en lo que respecta a recursos humanos e infraestructura física, disponibilidad de medicamentos, etc. Con el fin de verificar si se están cumpliendo con los estándares de acreditación, son necesarios dos abordajes:

1. En una muestra de unidades de cada estado, especialmente de áreas remotas, representantes de la CNPSS y la Secretaría de Salud, deben verificar si la información que se ha enviado a las áreas centrales es la correcta. Hoy en día no se sabe si estos reportes son precisos y en qué grado, y no hay incentivos para evitar la mala información. En el momento actual las unidades tienen el incentivo de informar que cuentan con los recursos humanos y la infraestructura necesaria para acreditarse y, por lo tanto, proporcionar servicios al SPS para recibir más dinero.
2. También debe llevarse a cabo un estudio sobre los resultados que están generando las unidades de salud, que incluya una evaluación de la calidad con la que se están proporcionando los servicios. En el momento actual no se cuenta con información que permita medir si las unidades están prestando servicios a los afiliados y no afiliados al SPS, y si lo están haciendo con la calidad requerida.



● GRUPOS FOCALES

Como parte de la evaluación del SPS se decidió reunir a actores de los niveles nacional y estatal en varios grupos focales. Debido a la gran variedad de factores políticos, a la fecha sólo ha sido posible reunir a un grupo que incluye a siete directores estatales del SPS o sus representantes en discusiones abiertas. A estos actores se les aplicó además un breve cuestionario. En seguida se presentan los resultados del grupo focal y del cuestionario. Además se incluye el plan general de grupos focales. También se llevaron a cabo entrevistas informales siempre que se pudo.

● GRUPOS FOCALES CON DIRECTORES ESTATALES

En esta sección se resumen los hallazgos del grupo focal que se reunió en Tijuana el 2 de junio de 2006. Inicialmente se había solicitado la organización de dos grupos focales con todos los directores. Esta solicitud fue rechazada. En su lugar se llevaría a cabo una reunión con 11 directores, que representaban un amplio rango de estados, muchos de los cuales no pudieron asistir por diversas razones.

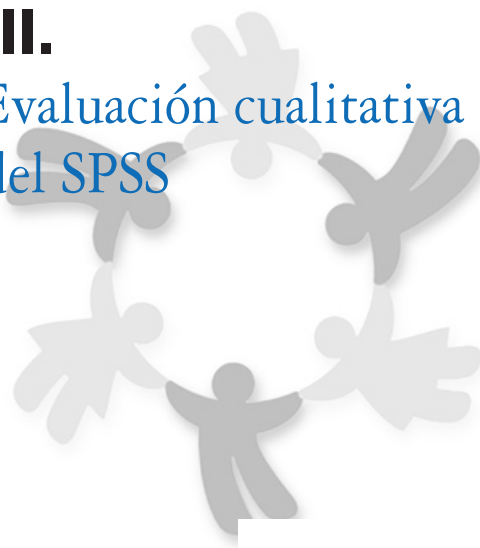
La reunión con el grupo habría de durar dos horas. Sin embargo, el director de la CNPSS convocó a una reunión de emergencia que obligó a acortar la cita con el grupo focal a una hora. En el grupo focal participaron siete directores, cinco de los cuales llenaron el cuestionario.

● MENSAJES CENTRALES

- Hay acuerdo entre los directores estatales del SPS en el sentido de que ha mejorado el acceso de los hogares pobres a los medicamentos y servicios de salud. Esto se ha acompañado de una mejoría en los tiempos de espera y un mejor acceso a servicios de salud.
- Los pacientes se manifiestan más satisfechos y han empezado a modificar su mentalidad en el sentido de que son más demandantes con los médicos (cosa que resienten los proveedores).
- La creación de la figura de “gestores médicos” o defensores de los intereses de los pacientes ha constituido un desarrollo positivo que ha mejorado la implantación del SPS.
- La principal queja entre los directores estatales del SPS es que los recursos financieros de este seguro se han utilizado para financiar otras prioridades del sector en lugar de concentrarse en la prestación de servicios de salud para los afiliados.
- Hay preocupación por el hecho de que el gobierno federal se está involucrando más que en el pasado en las decisiones sobre la afiliación.
- Tanto en el nivel nacional como en el nivel estatal los participantes se quejaron de que la política se interpuso en el camino de los criterios técnicos, sobre todo en lo que se refiera a dónde enviar el dinero y a quién afiliar.
- Los estados no fueron capaces de crear mercados internos o separar funciones. Un participante mencionó que los contratos eran realmente “pactos de caballeros” que no había manera de hacer cumplir. Los recursos financieros siguen siendo enviados directamente a los servicios estatales de salud y no a los regímenes estatales de protección social en salud (REPSS). En algunos estados la CNPSS no ha apoyado a los REPSS en su demanda de mayor autonomía fiscal.

III.

Evaluación cualitativa del SPSS





Los cuestionarios recogieron opiniones parecidas, que se resumen a continuación.

- Todos los entrevistados piensan que el SPS ha mejorado en alguna manera los principales problemas de los sistemas estatales de salud, como la falta de cobertura de servicios, la falta de medicinas y la falta de recursos humanos.
- Todos los entrevistados identificaron la resistencia de los proveedores de atención como el principal obstáculo de la implantación del SPS. Algunos identificaron la ignorancia o la resistencia de los pacientes como los obstáculos mayores. Otros citaron como principales obstáculos los problemas de abasto de medicamentos o de insuficiente infraestructura.
- Otros piensan que los problemas continúan aunque han empezado a resolverse.
- La mayoría de los entrevistados señalaron dos aspectos de la reforma que aún no se han atendido: la provisión de servicios catastróficos y la creación de los REPSS con contratos de administración. Sólo uno de los entrevistados mencionó que en su estado se había transformado el sistema basado en la demanda. Otros piensan que este proceso se está iniciando.
- A pesar de esto, prácticamente todos los estados mencionaron que habían empezado a contratar a proveedores privados.

Agenda para el futuro

En seguida se presenta el plan original para la organización de grupos focales que se aprobó en abril de 2006. Como se mencionó anteriormente, si continúa el apoyo para la evaluación, es posible que aunque sea parte de esta estrategia pueda implementarse.

Resumen

Esta propuesta comprende la justificación y el diseño de una estrategia de grupos focales y entrevistas que complementan la metodología de encuestas de hogares de la evaluación del SPSS que lleva a cabo la Universidad de Harvard.

Justificación

Como parte de la evaluación del SPSS, el equipo de evaluación organizó grupos focales y entrevistas con funcionarios de nivel estatal y local. El propósito de estas actividades fue doble. En primer lugar, los grupos focales y entrevistas a profundidad son necesarias para comprender el proceso de implantación del SPS. A lo largo de este proceso de implantación no se han entrevistado actores claves y sólo se cuenta con información anecdótica sobre los retos y éxitos del SPS a nivel local. Con el fin de mejorar la intervención conforme se expande, y para generar información útil para la implementación de futuras políticas sociales, se requiere generar evidencias sistemáticas adicionales sobre lo que está sucediendo en el nivel administrativo y con los proveedores de la atención. Además hay una variación considerable en la implantación entre estados, y las encuestas no permiten capturar esto, debido a su diseño y sus limitaciones geográficas.

En segundo lugar, se requieren métodos adicionales para sacar conclusiones de las encuestas de hogares sobre factores subjetivos como la satisfacción de los pacientes. Esto es consistente con los estándares vigentes en materia de análisis de sistemas de salud, que asumen que los sistemas de salud tienen tres objetivos: mejorar las condiciones de salud, proporcionar protección contra riesgos financieros y garantizar la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Dada la naturaleza altamente subjetiva de la satisfacción, y, en cierta medida, del estado de salud, es indispensable llevar a cabo estudios más profundos que las encuestas para poder analizar de manera adecuada el impacto del SPS.



Diseño

La encuesta de hogares se concentró en siete estados de la república. Proponemos organizar grupos focales en dos estados adicionales así como en el nivel nacional. Si el tiempo lo permite, sería útil organizar grupos focales también en uno de los estados encuestados. Esto generaría un grupo exógeno de comparación útil para validar esta metodología alternativa.

Con el fin de maximizar la variación en la implantación, al tiempo que se captura información importante sobre la implantación a lo largo del tiempo, se seleccionaron los estados de Tabasco y Chiapas. Estos dos estados ofrecen variaciones considerables con respecto a los retos de la implantación. Tabasco ha sido líder en la prestación de servicios durante muchos años y puso en marcha una estrategia de Médicos Familiares Administradores de Fondos similar al implantado en los años noventa en el SNS del Reino Unido. Chiapas ha enfrentado retos muy diferentes relacionados con una alta proporción de población indígena y dificultades persistentes en la prestación de servicios.

Los grupos focales constituyen posiblemente el mejor método para maximizar el número de participantes cuando se utiliza una estrategia de discusión intensiva abierta. Sin embargo, los grupos focales les resultan más atractivos a ciertos participantes que a otros. Se propone organizar grupos focales y entrevistas a profundidad, siempre que sea posible, con los siguientes actores (el número deseable de participantes se presenta en paréntesis):

Afiliados (12 por grupo). Se propone organizar varios grupos focales con afiliados para empezar a tener una idea de la imagen que tienen los usuarios de los servicios sobre el SPS. ¿Han percibido alguna diferencia sustancial en la manera en que reciben servicios? ¿Qué tan bien entienden y conocen los beneficios del SPS? ¿Cómo se afiliaron al programa y por qué decidieron hacerlo? ¿Ha detectado alguna diferencia con el cambio de las cuotas de recuperación por los servicios gratuitos en el punto de entrega? ¿Valoran las mejoras en el acceso a medicamentos o en los tiempos de espera? ¿Han detectado alguna mejora o deterioro en la calidad de la atención? ¿El SPS ha estimulado la utilización de servicios? ¿El incremento en la utilización de servicios es resultado de la elasticidad de la demanda o de factores que no tienen nada que ver con el precio, como horarios de atención más largos? ¿Hay servicios específicos no cubiertos que hayan creado confusión o frustración?

No afiliados (12 por grupo). Es necesario estudiar a los no afiliados en los conglomerados tratamiento para analizar mejor la dinámica de afiliación, así como los efectos del SPS en el conglomerado de salud. Por ejemplo, en los conglomerados tratamiento, ciertos cambios en la infraestructura deberían beneficiar a toda la población y no solo a los afiliados al SPS. Por el contrario, los beneficios relacionados con el acceso a los medicamentos, deberían afectar de manera desproporcionada a las familias afiliadas. Los grupos focales con no afiliados deberían centrarse en los siguientes temas: ¿Por qué los no afiliados no han respondido a la promoción de la afiliación? ¿Se debe esto a factores relacionados con el precio o la percepción de no necesidad de servicios de aseguramiento? ¿Perciben cambios en el sistema de salud a pesar de su falta de afiliación? ¿Perciben mejoras o deterioro en la calidad? ¿Qué cambios en el SPS serían necesarios para que se interesaran en afiliarse al SPS y a qué precio?

Proveedores (8 por grupo). Hay por lo menos dos grupos de proveedores cuyas visiones resulta importante analizar: aquellos que trabajan en las unidades SPS y aquellos que trabajan en unidades que no se han incorporado a este seguro. Estos proveedores deberían presentar actitudes muy diferentes con respecto al ambiente de trabajo y la intervención. Además, incluso en las áreas afiliadas, algunos proveedores trabajan allí desde antes de la puesta en marcha del SPS y algunos forman parte de sindicatos. Por otro lado, los proveedores del SPS tienden a estar contratados por el programa sobre una base contractual y en ocasiones son nuevos en una unidad de salud particular. Las entrevistas con proveedores en Chiapas y Puebla sugieren que estos proveedores pueden tener diferentes puntos de vista sobre el programa y diferentes niveles de conocimiento sobre las condiciones previas a su implantación. Se propone organizar por lo menos dos grupos focales con los proveedores para entender como ha cambiado la provisión de servicios con la implantación del SPS. De preferencia el grupo focal de proveedores en las unidades SPS debería dividirse: proveedores contratados por el SPS y proveedores no contratados por el SPS. ¿Sienten los proveedores que se les está apoyando más



para atender las necesidades de sus pacientes? ¿Tienen más o menos trabajo? ¿Ha aumentado la utilización de servicios? ¿Los pacientes están más satisfechos? ¿Cuentan con el equipo y los medicamentos necesarios para satisfacer las necesidades de sus pacientes? ¿El programa está cubriendo los servicios apropiados? ¿Los proveedores de unidades no SPS le temen al programa o anticipan beneficios con su incorporación? ¿Cuál es la razón de sus temores? ¿Cómo les gustaría que se modificara su ambiente de trabajo?

Administradores estatales del SPS (el número que sea posible). El elemento crítico en la relación entre financiamiento y planeación del SPS y la operación del SPS son los administradores estatales. Los directores estatales negocian con la CNPSS y los gobernadores para determinar en donde se va a gastar el dinero y quien se va a afiliar. Debido a la estructura federal de la República, estos administradores tienden a ser críticos de la implantación de cualquier reforma. Si se organiza una reunión con los administradores estatales, se buscaría reunirlos en un lugar céntrico para organizar grupos focales o una serie de entrevistas. En cualquier caso, nos concentraríamos en temas como los siguientes: ¿Cuáles son las debilidades y fortalezas de los actuales métodos de financiamiento? ¿Cómo se toman las decisiones de asignación y cómo podrían racionalizarse? ¿Cuál es la naturaleza de las regulaciones con respecto a la compra de medicamentos y la contratación de médicos y qué impacto están teniendo en la implantación del SPS? ¿Cuáles serían las posibles consecuencias de la creación de mercados internos y de la separación de las funciones de comprador y proveedor? ¿Cómo han funcionado el SPS y el IMSS en su estado?

Jefes de jurisdicción (el número que sea posible). Por debajo de los directores estatales se encuentran los jefes de las jurisdicciones sanitarias. Nada puede implementarse a nivel de la unidad de salud sin estos personajes, que están muy bien posicionados para identificar los retos cotidianos que enfrenta el SPS en las unidades ambulatorias y hospitalarias de su responsabilidad. Los temas que se abordarían con los jefes jurisdiccionales serían los siguientes: ¿Cómo han cambiado los sistemas de referencia con el SPS? ¿Cuáles son las principales quejas de los pacientes de la jurisdicción? ¿Por qué algunos pacientes se están afiliando y otros no? ¿Cómo han cambiado los patrones de utilización de servicios en las clínicas y hospitales? ¿Qué problemas ha enfrentado en relación con los recursos humanos? ¿Qué regulaciones podrían mejorar su capacidad para contratar médicos o adquirir medicamentos? ¿Cómo ha cambiado su papel profesional con la llegada del jefe del SPS, que se suma al secretario estatal de salud? ¿Qué retos han enfrentado en comunicar los objetivos del programa a los proveedores y políticos locales?

En otros países, las grandes reformas frecuentemente se han acompañado de malos desempeños de los sistemas de salud. Esto no ha sucedido en México. En general, el desempeño del sistema mexicano de salud ha mejorado durante el periodo de negociación, deliberación legislativa e implantación parcial de la reforma. Los recursos para la población no asegurada se han incrementado; ha habido una disminución de la inequidad en la distribución de estos recursos entre estados; se ha ampliado la cobertura efectiva para el país en su conjunto y para los asegurados; ha mejorado la satisfacción con la calidad de los servicios y el trato recibido por los usuarios, y han disminuido los gastos catastróficos por motivos de salud. Tal vez lo más importante es que en este periodo el sistema mexicano ha atendido de manera más efectiva las necesidades de salud de los pobres. Estas mejoras se han producido durante un periodo de transición mayor tanto del sistema de salud como del papel jugado por las secretarías de salud federal y estatales.

El SPSS todavía se encuentra en sus fases iniciales de implantación; no obstante, los resultados que ha generado son positivos. El estudio observacional indica que la afiliación al SPS está beneficiando a los grupos más pobres; la utilización de servicios es mayor entre los afiliados a este seguro, y ha aumentado de manera significativa la cobertura efectiva del tratamiento de la hipertensión, la mamografía, la detección de cáncer cérvico-uterino y el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas. Estas mejoras en la provisión de servicios se han acompañado de descensos en los gastos catastróficos que pueden deberse a la protección financiera que proporciona el paquete de servicios esenciales del SPS y/o las intervenciones que se financian con el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. También hay evidencias que nos hablan de un fortalecimiento de la oferta en los Servicios Estatales de Salud (SESA). La población no afiliada que vive en comunidades que presentan altos niveles de afiliación al SPS se está beneficiando de este fortalecimiento de la oferta de servicios.

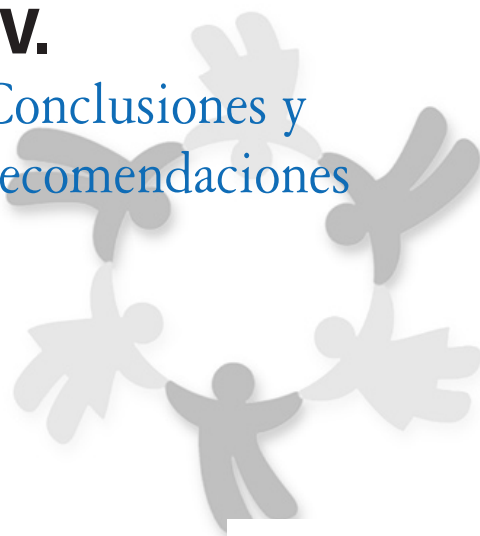
Los análisis de conglomerados y hogares individuales del estudio controlado detectaron efectos atribuibles al SPS en las áreas de protección financiera (gasto de bolsillo y gasto catastrófico) y en la satisfacción con los servicios. Como se esperaba, no fue posible a estas alturas detectar efectos en la cobertura efectiva y las condiciones de salud de la población blanco. Esperamos que la siguiente ronda de mediciones en estos conglomerados y la segunda cohorte de conglomerados para la cual ya se inició el análisis de la información recopilada, nos proporcionen mayores evidencias sobre el efecto del SPS en la cobertura de diversas intervenciones y en las condiciones de salud de la población.

Si la actual administración continúa, como se espera, con el SPSS, la expansión de la afiliación conducirá a un incremento sustancial de los recursos que el gobierno federal transferirá a los estados en proporción al número de familias afiliadas. La reforma ha legislado un derecho que, una vez materializado, reducirá la inequidad entre estados en el gasto per cápita por individuo no asegurado. La inequidad no ha declinado de manera importante porque los mayores incrementos en la afiliación están aún por producirse. La expansión del gasto y la reducción de la inequidad en su distribución dependerán de que el gobierno federal sea capaz de movilizar los recursos requeridos, hecho que, a su vez, dependerá de la habilidad de la siguiente administración para legislar una reforma fiscal.

La siguiente fase de expansión de la reforma puede presentar retos mayores por dos razones. En primer lugar, las secretarías estatales de salud se han enfocado en aquellas localidades con cierto nivel de infraestructura en salud. El reto de extenderse hacia comunidades más marginadas, al tiempo que se maneja un volumen creciente de servicios impuesto por la expansión de la afiliación al SPS, obligará al despliegue de esfuerzos adicionales para ampliar los recursos humanos disponibles, mejorar la oferta de insumos, y mejorar

IV.

Conclusiones y recomendaciones





y ampliar la infraestructura física. Los nuevos recursos asociados a la afiliación ayudarán a los estados a cumplir con estos objetivos, pero es un hecho que no va a ser una tarea fácil. En este periodo de transición, además, los estados enfrentarán el reto de mantener altos niveles de satisfacción entre los afiliados que garanticen su re-afiliación. Los resultados de la ENSANut 2005-2006 sugieren que la percepción de la calidad de los servicios entre los afiliados al SPS y los no asegurados no difiere ni era mayor en las comunidades en donde el SPS estaba disponible. La Secretaría de Salud federal deberá vigilar que los estados afilien en las comunidades más marginadas y utilicen los recursos adicionales para enfrentar los rezagos en materia de recursos humanos e infraestructura que presentan estas comunidades.

En segundo lugar, en el momento actual, la mayor parte de los hogares afiliados al SPS están siendo clasificados como pertenecientes al quintil de ingresos más bajo y, por lo tanto, como exentos de la contribución familiar. Una comparación del perfil de ingreso de los afiliados de acuerdo con información del censo y de acuerdo con información de la CNPSS sugiere que muchos hogares que no están ubicados en el quintil de ingreso más bajo están afiliados como hogares no contribuyentes al SPS. La ley señala que los hogares de los quintiles dos y mayores deben pagar una contribución familiar que se incrementa con el ingreso. La clasificación de la mayoría de los hogares como hogares del quintil más bajo no podrá sostenerse en el largo plazo. La expansión de la afiliación del SPS hacia hogares de mayores ingresos supondrá la recolección de la contribución familiar. Estas familias sólo estarán dispuestas a contribuir si valoran los servicios recibidos. En este análisis no se pudieron cuantificar los costos administrativos del proceso de afiliación, pero es posible que estos costos por familia se incrementen conforme la afiliación se expanda hacia los grupos de mayores ingresos y las comunidades más marginadas.

La reforma ha creado un incentivo muy poderoso para que los estados se preocupen por la afiliación voluntaria. Los afiliados conocen los contenidos del paquete de servicios y demandarán los medicamentos, el personal y el equipo requerido para proporcionar esos servicios. Los consumidores, sin embargo, tienden a ser muy malos jueces de la calidad técnica de la atención y tienden a hacer juicios sobre la calidad sobre la base del trato recibido. Además, la calidad percibida de la atención por parte de los afiliados difícilmente tomará en cuenta la prestación efectiva de las intervenciones comunitarias o no personales. Por estas dos razones, el monitoreo de la cobertura efectiva tanto de los servicios personales como no personales de salud, con énfasis en la medición de la calidad técnica, será de suma importancia. México ha avanzado considerablemente en esta área, pero será necesario diseñar informes anuales para garantizar que las intervenciones se están proporcionando a la población que las requiere con la calidad esperada. Estos esfuerzos deben continuar y expandirse para capturar de manera más adecuada la cobertura efectiva de intervenciones para los padecimientos no transmisibles y las lesiones. Conforme avance la reforma, los incentivos financieros para que los estados re-afilien a los hogares habrán de incrementarse. Hay dos efectos adversos relacionados que pueden llegar a producirse si se dedican demasiados esfuerzos a mejorar el trato de los afiliados: se podrían utilizar para este fin recursos originalmente destinados a los no afiliados, mientras no se alcance la cobertura universal, y se podría sacrificar la calidad técnica en favor del trato.

El monitoreo de los recursos humanos y la infraestructura es un área que requiere de mayores inversiones en el sistema mexicano de salud. En la medida que los recursos humanos y físicos están atrayendo cada vez más atención como responsables de los cambios en el sistema de salud, será importante que la Secretaría de Salud invierta en sistemas de monitoreo más confiables para permitir futuras evaluaciones del impacto de la reforma en estas funciones clave del sistema de salud.

La reforma ha creado un mecanismo para garantizar el adecuado financiamiento de los servicios no personales de salud. Dado el grado de avance de la transición epidemiológica en México, con 82% de la carga de la enfermedad concentrada en las enfermedades no transmisibles y las lesiones, será muy importante ampliar el paquete de intervenciones comunitarias y de salud pública que están relacionadas con las principales causas de daño a la salud. La epidemia de obesidad, los accidentes de tráfico y el consumo excesivo de alcohol son ejemplos de las amenazas que no están siendo bien atendidas por el paquete de



beneficios del SPS. Además, la diabetes está incrementándose de manera muy importante y las estrategias vigentes de combate a esta enfermedad no parecen estar funcionando. Como principal causa de muerte, es necesario formular una estrategia más coherente e incorporarla al paquete de servicios.

La filosofía de la reforma ha sido rediseñar el sistema mexicano de salud para que diferentes actores cumplan con diversas funciones más que preservar el actual sistema verticalmente segmentado. Sin embargo, la reforma no ha podido tocar al sistema de seguridad social de México, que hoy concentra 62% de los recursos públicos dedicados a la salud. Las razones políticas que han impedido transformar a este sector son poderosas. Conforme se extienda la implantación del SPS se reducirá considerablemente la brecha en el gasto per cápita entre la seguridad social y la población afiliada al SPS. Esta reducción, si se acompaña de un mejor trato y una mejor calidad técnica de la atención en los SESA puede crear oportunidades para negociar cambios mayores en la organización de las funciones del sistema mexicano de salud.

Resumen y Recomendaciones

En términos generales, el SPSS se ha desempeñado bien durante sus fases iniciales de implantación. Se han detectado resultados positivos en diversas áreas clave del desempeño del sistema de salud. Los recursos para la población no asegurada se han incrementado; está disminuyendo la inequidad en la distribución de estos recursos entre estados; ha aumentado la cobertura efectiva para el país en su conjunto y para la población no asegurada, y ha mejorado la satisfacción con los servicios recibidos y el trato a los usuarios. Tal vez lo más importante es que se están atendiendo de mejor manera las necesidades de las poblaciones más pobres. El resultado más notable de esta evaluación es que el objetivo fundamental de la reforma –proteger a los hogares mexicanos que incurrir en gastos de bolsillo que les generan gastos catastróficos y empobrecedores– parece estarse cumpliendo. Los resultados tanto del estudio controlado como del estudio observacional indican que el SPS está teniendo un efecto protector contra los gastos catastróficos de las familias afiliadas. Este es un hallazgo extraordinario, sobre todo si se toma en consideración el corto periodo de implantación de la reforma. Se trata de un hallazgo muy estimulante que sugiere que el SPSS está cumpliendo con su cometido.

En seguida se presenta una serie de recomendaciones para la siguiente fase del SPSS.

1. Continuar con la inversión en la evaluación del SPSS durante su fase de expansión y hasta alcanzar la cobertura universal. Los resultados de estas evaluaciones son invaluable en esta fase de expansión y serán muy útiles para comprender y enfrentar los retos por venir. En términos de evaluación, tanto el estudio observacional como el estudio controlado pueden ser muy útiles como guía para la toma de decisiones. Recomendamos, por lo tanto, que se continúe con las evaluaciones observacional y aleatorizada.
2. El estudio controlado que se diseñó como parte de este proyecto constituye un punto de referencia con el cual pueden compararse las mediciones futuras. Aunque no se esperaba encontrar grandes efectos durante el breve periodo de observación de este informe (de 11 meses), el estudio se ha desarrollado de tal manera que las mediciones basales serán un punto de referencia muy útil para mediciones futuras.
3. Es necesario ampliar las inversiones en estudios con grupos focales para así obtener mayor información de diversos actores clave. La propuesta diseñada y presentada en este informe puede servir de base para futuras discusiones con otros grupos focales.
4. Esta evaluación no incluye al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que se administra a nivel federal y financia diversas intervenciones de alta especialidad. Es necesario evaluar de manera exhaustiva el funcionamiento de este fondo para determinar si está cubriendo a los individuos que califican para recibir sus beneficios y si los tratamientos proporcionados están teniendo el efecto esperado.



5. Aprovechando diversos mecanismos financieros actualmente en operación en diversos estados, la Secretaría de Salud debería invertir en una evaluación que compare qué modelo de financiamiento es más eficiente en la administración del SPS. Los estudios de caso en dos o tres estados con diferentes mecanismos de financiamiento y grados variables de eficiencia en la administración del SPS generarían evidencias muy útiles que pondrían generar recomendaciones para los otros estados sobre los mecanismos de financiamiento del sistema de salud más recomendables.
6. El seguimiento de la evolución de la cobertura efectiva será crítico en los siguientes años de la reforma. Conforme se amplía la afiliación al SPS, la Secretaría de Salud tendrá que garantizar una mayor cobertura efectiva que se generará sólo si mejora la calidad técnica con la que se proporcionan las intervenciones del paquete de beneficios. El seguimiento cuidadoso de lo que está sucediendo con la cobertura efectiva de ciertas intervenciones clave (como las identificadas en la sección sobre cobertura efectiva de ese informe) será un insumo crucial para la Secretaría de Salud en los años por venir. Los resultados que aquí se presentan para 2000 y 2005-06 pueden utilizarse como punto de comparación de mediciones futuras.
7. La Secretaría de Salud debe dar seguimiento estrecho a lo que sucede con el diagnóstico y tratamiento de los pacientes diabéticos en el nivel individual. En esta evaluación, debido al corto periodo de observación, no fue posible evaluar el efecto del SPS en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes. La cobertura efectiva del tratamiento de la diabetes es un asunto clave del sistema de salud en el que el SPSS debe invertir, sobre todo dado el peso de este problema en el perfil de salud del país.
8. El monitoreo de los recursos humanos y la infraestructura física también es crítico durante la fase de expansión del SPS. La información disponible a la fecha no permite hacer un seguimiento estrecho de las variables de recursos humanos e infraestructura ni una evaluación objetiva de si se cuenta con recursos suficientes en esta materia. Se requiere de inversiones adicionales en sistemas de información en estas áreas.
9. También es muy importante medir y dar seguimiento a los costos administrativos del SPS, en particular, y del SPSS, en general. El equipo que llevó a cabo esta evaluación no tuvo acceso a información que permitiera calcular los costos administrativos de la implantación del SPS. Sin embargo, es crucial dar seguimiento a estos costos, sobre todo si se toma en consideración la futura expansión de este seguro.
10. La clasificación de los hogares por deciles de ingreso en el momento de su afiliación al SPS parece ser problemática. Cuando se compara la información del censo y diversas encuestas con los registros del SPS (Padrón de Afiliados al SPS) se observa que a los dos deciles más bajos de ingreso se asignan más familias de las que se debiera. En las siguientes fases de expansión de la afiliación será importante mejorar el algoritmo que asigna los hogares a los diferentes deciles de ingreso. Al mismo tiempo será indispensable poner en funcionamiento mecanismos confiables para la recolección de las contribuciones de las familias que se ubican en los deciles 3 a 10.
11. Conforme se promueva la afiliación de los hogares que se ubican en los deciles 3 a 10, será muy importante garantizar que los afiliados reciban “valor por el dinero”. Los individuos de estos deciles deben estar convencidos de que están recibiendo suficiente valor por el dinero que contribuyen al sistema si es que se espera que se re-afilien al año siguiente. Esto significa que la calidad percibida de los servicios, el trato que reciben los usuarios y la calidad técnica de la atención debe mantenerse en niveles elevados durante la siguiente fase de afiliación. Será necesario, además, re-evaluar si las contribuciones de las familias que se ubican en los deciles 3 a 10 son las apropiadas.
12. La Secretaría de Salud, en general, y el SPSS, en particular, deben enfocar sus esfuerzos en la prevención, diagnóstico y tratamiento efectivo de las enfermedades crónicas. En general, México está desempeñándose bien en la cobertura de intervenciones materno-infantiles. Sin embargo, un alto porcentaje (alrededor de 82%) de la carga de enfermedad se concentra en enfermedades no transmisibles. El desplazamiento del énfasis de los programas de la Secretaría de Salud hacia estas condiciones es crucial. Las pocas enfermedades crónicas para las cuales se contaba con información al momento de esta evaluación



(hipertensión, hipercolesterolemia, detección de cáncer cérvico-uterino y detección de cáncer de mama) muestran bajos niveles de cobertura efectiva a todo lo largo del país, especialmente entre los grupos más marginados. Mejorar la cobertura efectiva de estas intervenciones debe constituirse en una de las principales prioridades de la Secretaría de Salud y del SPS.

