

Centro de Estudios



Sociales y de Opinión Pública

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

"Cumplimos 9 años de trabajo"

Fragmentación del sistema de salud y la evolución del gasto de las familiar en salud, 2000-2010

Francisco J. sales Heredia



Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

Documento de Trabajo núm. 116
2011

Las opiniones expresadas en este documento no reflejan la postura oficial del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, o de la Cámara de Diputados y sus órganos de gobierno. Este documento es responsabilidad del autor. Este documento es una versión preliminar, favor de citarlo como tal.



**Comité del CESOP
Mesa Directiva**

Dip. Daniel Gabriel Ávila Ruiz
Presidente

Dip. Sergio Mancilla Zayas
Secretario

Dip. Alberto Esquer Gutiérrez
Secretario

Dip. Feliciano Rosendo Marín Díaz
Secretario

**Centro de Estudios Sociales
y de Opinión Pública**

Dra. María de los Ángeles Mascott Sánchez
Directora General

Gustavo Meixueiro Nájera
Director de Estudios de Desarrollo Regional

Francisco J. Sales Heredia
Director de Estudios Sociales

Efrén Arellano Trejo
Subdirector de Opinión Pública

Ernesto Caveró Pérez
Subdirector de Análisis
y Procesamiento de Datos

María del Pilar Cachón de la Riva
Coordinadora Técnica

Javier Esquivel Díaz
Coordinador de Vinculación y Difusión

Juan Pablo Aguirre Quezada
Luis Armando Amaya León
José Guadalupe Cárdenas Sánchez
Gabriel Fernández Espejel
José de Jesús González Rodríguez
Cornelio Martínez López
Jesús Mena Vázquez
Salvador Moreno Pérez
Alejandro Navarro Arredondo
Gabriela Ponce Sernicharo
Investigadores

Elizabeth Cabrera Robles
Trinidad Otilia Moreno Becerra
Luz García San Vicente
Karen Nallely Tenorio Colón
Apoyo en Investigación

Alejandro López Morcillo
Editor

José Olalde Montes de Oca
Asistente Editorial

Resumen

El presente documento tiene como objeto discutir la fragmentación del sistema de salud y analizar la evolución de la cobertura del aseguramiento médico y la evolución del copago de los ciudadanos en la última década, copago que se acerca a 3% del PIB. A partir de 2004 se iniciaron varias reformas en el sistema de salud con la finalidad de coordinar el sector, aumentar la cobertura de aseguramiento médico y disminuir el copago. La evidencia sugiere que en el 2000, sólo 33% de las personas no gastaban en salud, mientras que en el 2010, 55% no lo hacía, mientras que en el 2010 el grupo que gastó menos fue el que contaba con el Seguro Popular. Para descartar que esto no se debiera solamente a su menor nivel de ingreso, se describen y analizan varias hipótesis y se propone que el menor gasto es estadísticamente significativo cuando se compara con el grupo que no cuenta con seguro. Los datos igualmente sugieren que aún faltaban por asegurar en el verano de 2010 un buen número de ciudadanos (33%), pero que el Seguro Popular se ha extendido principalmente en las zonas rurales y marginadas y ha disminuido el copago en salud de los que se encuentran inscritos en él.

- *El sistema de salud se encuentra fragmentado en subsistemas de derechohabencia con distintos tipos de beneficios, con distinta calidad en el servicio, con diferentes cuotas y con una diversidad de financiamiento. Esto produce ineficiencia y principalmente, inequidad.*
- *El Congreso reformó en 2004 la Ley General de Salud para enfrentar el problema de inequidad en el acceso al derecho a la salud. Fortaleció la rectoría de la Secretaría de Salud, creó una Comisión Nacional para coordinar al sector y creó el Seguro Popular para ofrecer un seguro médico a la población abierta y así mejorar el financiamiento de la salud.*
- *La Ley indicaba que la cobertura universal se alcanzaría en el 2010 y que el Seguro Popular tendría que dar prioridad a la población vulnerable y a aquellos que vivieran en comunidades con mayor marginación. Tanto el Censo como la Encuesta Nacional de Gasto e Ingreso del INEGI muestran que en el verano del 2010 faltaban aún por asegurar 38 millones de personas. Los datos muestran que la tendencia del sistema se dirige a la cobertura universal pero que aún falta trecho por recorrer, especialmente para equiparar derechos entre los servicios. La tendencia de aseguramiento del*

Seguro Popular muestra que se ha dado prioridad a los grupos vulnerables y las comunidades marginadas, pero aún son los que presentan menores porcentajes de aseguramiento.

- *Uno de los objetivos de la reforma fue aumentar el gasto público en salud y disminuir el privado. Los datos de las encuestas muestran que en la última década ha disminuido considerablemente el número de personas que gastan en salud y que en el 2010 los que tenían Seguro Popular gastaban menos que los que no tenían seguro médico. Sin embargo, el gasto privado aún se encuentra en torno al 3% del PIB nacional según los datos de la OCDE.*

Fragmentación del sistema de salud y la evolución del copago 2000-2010

Francisco J. Sales Heredia

El sistema de salud mexicano tiene como obligación garantizar el derecho social de acceso a la salud, plasmado en el artículo 4° constitucional. Sin embargo, dicho sistema presenta tres graves problemas:

- 1. En el verano de 2010, el Censo reportó que más de 38 millones de personas no gozaban de un seguro médico, que les permitiera cierta tranquilidad financiera al caer enfermos.¹*
- 2. El sistema está fragmentado en múltiples subsistemas que cubren diversas subpoblaciones en función de su condición laboral o de su condición socioeconómica.*
- 3. Existen diferencias sustanciales en los indicadores de salud por región, mostrando una desigual calidad en la atención sanitaria de los mexicanos.*

La forma fragmentada en que el sistema ha evolucionado a lo largo del tiempo representa el primer gran desafío, principalmente en términos de equidad, pues no se garantizan los mismos derechos a los ciudadanos iguales ante la ley. Asimismo, se incurre en una alta ineficiencia al haber duplicidades tanto en los servicios ofrecidos como en el número de beneficiarios por dependencia; ineficiencias que resultan en un alto costo para el gobierno y para los ciudadanos. El Estado mexicano ha reconocido dicha situación y se han planteado dos grandes reformas al sistema: la cobertura universal y la integración del sector salud. Para lograr dichas reformas con equidad es necesario resolver una serie de problemas económicos, financieros y administrativos.

Uno de los problemas económicos a que se enfrentan las reformas es el alto porcentaje de copago que afronta la población mexicana (calculado en 3% del producto interno bruto [PIB]). Dicho copago o pago de bolsillo de los servicios de salud es proporcionalmente mayor

¹ INEGI, Censo 2010.

en personas con menores ingresos y puede derivar en un riesgo de pérdida de capital. En lo financiero, uno de los problemas más graves es la descapitalización de las grandes instituciones y su consiguiente mal servicio. En cuanto a lo administrativo, existen varios problemas, cada uno de mayor calado. Por ejemplo: ¿cómo resolver en la práctica la unificación de la rectoría y la dirección de las diversas instituciones que ofrecen seguros y servicios médicos?, ¿cómo actualizar el costo de los tipos de aseguramiento requerido, tomando en cuenta las restricciones financieras, y cuáles deben ser los límites de los beneficios ofrecidos?

En este documento se describen algunas características de los problemas arriba mencionados. Específicamente el estudio se centrará en los avances en la cobertura universal.

En 2003 el Congreso aprobó una amplia reforma a la Ley General de Salud, creando la Comisión Nacional de Protección Social en Salud y dictando una nueva política pública en esta área, solidaria con quienes no tenían seguridad social, lo cual forzó la coordinación entre los distintos sistemas proveedores de servicios, ampliando el presupuesto de inversión de capital y de gasto corriente, estableciendo la prioridad de cobertura en las áreas con mayores rezagos y determinando que la cobertura universal se alcanzaría en 2010.

Los datos que el gobierno reporta muestran un avance considerable en la cobertura, una disminución del copago y un aumento de la infraestructura médica de primer nivel o ambulatoria. Sin embargo, es prudente evaluar los datos de población derechohabiente y de copago con otras fuentes de información, especialmente con las últimas provenientes del censo de 2010 y de la Encuesta Nacional de Gasto e Ingreso 2010. Tanto la derechohabiencia en 2010 como la descripción de aquellos que incurren en gastos de bolsillo en salud se contrastarán en este documento, con los datos de 2000, con el fin de percibir si hubo un cambio sustancial en los grupos que gastan en salud y el monto de lo que invierten. Dado que en los últimos años el Sistema Nacional de Salud integró al Seguro Popular con el fin de reducir los gastos en salud y aumentar el número de asegurados, observaremos cuál ha sido la tendencia.

Antecedentes sobre las funciones del sistema

Como ejemplo de las dificultades inherentes al sector, el primer problema radica en determinar cuántos ciudadanos tienen acceso a un servicio médico cuando lo necesitan y cuántos tienen un seguro médico y son conscientes de ello. Por supuesto sólo de manera indirecta se puede hablar de la calidad de estos servicios. No hay una respuesta clara a estas simples preguntas, pues las tres grandes instituciones que ofrecen seguros médicos reportan datos de derechohabencia que no concuerdan con los de las encuestas y, peor aún, no concuerdan con los datos del censo de 2010.²

La falta de este tipo de información básica es producto de la fragmentación del sistema, que dificulta la existencia de un padrón común de derechohabientes, necesario para saber qué tipo de aseguramiento tiene cada ciudadano y confirmar tanto la calidad del servicio provisto como el costo por grupo. Este requisito básico de información debe cubrirse para evaluar si el Estado mexicano cumple con la garantía del derecho a la salud. En la Tabla 1 se esboza la complejidad de los sistemas de salud.

Tabla 1. Funciones básicas de los sistemas de salud

<i>Funciones básicas</i>	<i>Definición</i>
<i>Rectoría del sistema</i>	<i>Se denomina rectoría al conjunto de actividades que coordina estratégicamente el sistema de salud. Suele ser ejercida por la Secretaría de Salud, pero cuando existen instituciones de gran peso en el sistema, como los seguros sociales, éstos también desarrollan algunos aspectos de dirección. La dirección incluye los siguientes componentes: 1. Conducción: determinación de los beneficiarios del sistema, de la cartera de prestaciones y de las condiciones de acceso a la misma. 2. Regulación: establecimiento del marco legal para el sistema de salud mediante normas de obligado cumplimiento. 3. Elaboración de políticas, es decir, definición de las decisiones</i>

² Tanto el IMSS como el ISSSTE calculan el número de sus asegurados y por consiguiente al reportar un número específico de derechohabientes ofrecen un sub o sobreregistro. En el caso del Seguro Popular —que ofrece una aseguración limitada—, a pesar de establecer en sus reglas que para afiliarse los ciudadanos requieren documentos oficiales, sus resultados no son validados por ninguna encuesta y la institución no ofrece explicación alguna sobre dichas discrepancias.

	<p>gubernamentales que contribuyen a lograr los objetivos estratégicos para la salud de los ciudadanos del país.</p> <p>4. <i>Coordinación intersectorial: coordinación entre secretarías, bajo el liderazgo de la Secretaría de Salud, para mejorar los factores que influyen en la salud de los ciudadanos.</i></p>
<i>Financiación</i>	<i>Creación (determinación) de los fondos necesarios para el funcionamiento del sistema de salud.</i>
<i>Aseguramiento</i>	<p><i>El objetivo del aseguramiento es garantizar a la población una determinada cartera de prestaciones a un determinado nivel de calidad. Es decir, garantiza la implantación del modelo y de las políticas. Asigna los recursos a los proveedores.</i></p> <p><i>El instrumento a través del cual se garantiza la cartera es la compra de servicios a los proveedores.</i></p>
<i>Provisión</i>	<i>Producción de servicios de salud con la calidad establecida a partir de la gestión de los recursos financieros, humanos y materiales de los que se dispone.</i>

Fuente: SSA, Salud México 2002. Información para la rendición de cuentas, 2a ed., 2003, pp. 144-146.

El Sistema Nacional de Salud (SNS), de acuerdo con la Ley General de Salud, se constituye de la siguiente manera:

Artículo 5o.- El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud.

El Sistema creció para atender a diversos grupos poblacionales, creando instituciones independientes, con leyes propias que permiten su propia rectoría y red proveedores de servicios. El financiamiento es múltiple, tanto por impuestos generales, como por cuotas de seguridad social y pagos de bolsillos. En última instancia puede darse el caso que un mismo ciudadano realiza tres pagos al sistema. De igual manera los diversos subsistemas ofrecen distintas coberturas y no tienen contacto entre sí.

En la Tabla 2 se muestran las instituciones que lo componen y los grupos que aseguran.

Tabla 2. Población asegurada y no asegurada, por institución, 2010

<i>Institución</i>	<i>Grupo de población</i>	<i>Población (en millones de personas)</i>
<i>Población cubierta por regímenes de seguro social</i>		
<i>Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)</i>	<i>Trabajadores asalariados del sector privado o paraestatal bajo acuerdos.</i>	<i>35</i>
<i>Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado Federal y Estatal (ISSSTE)</i>	<i>Trabajadores del Estado.</i>	<i>6.95</i>
<i>Petróleos Mexicanos, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, Secretaría de Marina-Armada de México</i>	<i>Trabajadores del petróleo, de las fuerzas armadas y marina.</i>	<i>1.1</i>
<i>Seguro médico de alguna institución</i>	<i>Trabajadores.</i>	<i>1.95</i>
<i>Seguro privado, ya sea por empleado o por su cuenta</i>	<i>Trabajadores empleados o autoempleados.</i>	<i>2.7</i>
<i>Población abierta con acceso al sistema de salud</i>		
<i>Seguro Popular (Comisión Nacional para la Protección Social en Salud).</i>	<i>Abierta.</i>	<i>26.2</i>
<i>Población sin seguro</i>	<i>Abierta.</i>	<i>37</i>

Fuente: Cálculos propios con base en el cuestionario ampliado de la muestra de 10% de la población del Censo de población 2010, INEGI.

El Seguro Popular surge como respuesta ante la gran proporción de población desprotegida en el sistema de salud mexicano (aproximadamente 60% de la población no estaba asegurada en el año 2000). La Comisión Nacional para la Protección Social en Salud (CNPSS) se formalizó en 2004 como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, responsable del Seguro Popular. La CNPSS ha afirmado que llegará a la cobertura universal en 2012. Es necesario tomar en cuenta que en el verano de 2010 faltaban más de 37 millones de personas por asegurarse. Aunando a lo anterior, la responsabilidad de la provisión de salud en México en parte se encuentra descentralizada a los estados desde 1991.

Tabla 3. Funciones e instituciones responsables del sector salud

<i>Función</i>	<i>¿Quién la ejerce en el Sistema de Salud Mexicano?</i>
<i>Rectoría</i>	<i>En términos generales, la responsabilidad es de la Secretaría de Salud federal y de las secretarías de salud estatales. Sin embargo, el resto de las instituciones (Seguridad Social) también ejercen la rectoría en el ámbito que les corresponde (conducción, regulación, elaboración de políticas y coordinación intersectorial).</i>
<i>Financiamiento</i>	<i>Todas las instituciones determinan los recursos que se destinarán a la salud.</i>
<i>Aseguramiento</i>	<i>Todas las instituciones garantizan un número de prestaciones acorde con las políticas definidas a través de la asignación de recursos a los proveedores.</i>
<i>Provisión</i>	<i>Cada institución cuenta con su propia estructura de prestación, excepto el Seguro Popular, que garantiza las prestaciones a sus asegurados por medio de la función de aseguramiento o compra de servicios al resto de las instituciones.</i>

Fuente: SSA, Salud México 2002. Información para la rendición de cuentas, 2a ed., 2003, pp. 144-146.

Es claro y lógico, dado el proceso de evolución del sistema de salud, que cada una de las instituciones ejerza todas las funciones. El problema es cómo enfrentar los cambios administrativos necesarios y cómo evaluar si los procesos que se llevan a cabo son los más adecuados.

Evidencia sobre derechohabiencia

Desde hace tiempo la falta de aseguramiento y financiamiento de la población abierta ha sido uno de los retos del sistema. Los gastos en los que ésta incurre son cercanos a 3% del PIB anual desde hace muchos años. Este enorme gasto en el que incurren las familias es uno de los factores más frecuentes de riesgo de caer en estado de pobreza, a pesar de que sólo 28.6% de la población que recurre a un médico lo haga en el servicio médico privado.

En la Tabla 4 se pueden apreciar con detalle algunas de las particularidades del sistema de derechohabiencia y asistencia al médico. Del grupo mayoritario de las personas que

asistieron al médico (35.7%) y que en 2009 no tenían ningún seguro, 54% acudió al servicio médico privado y sólo 29.72% lo hizo a los servicios de la Secretaría de Salud.

El primer lugar de atención, con 29%, lo tiene la SS. Le siguen los servicios médicos privados, con 28%, y el IMSS con 26.58%. Entre los tres servicios cubrían 85% de la población que asistió al médico en 2009. Los tres sistemas presentan variantes enormes en los servicios que ofrecen y en las cuotas que cobran.

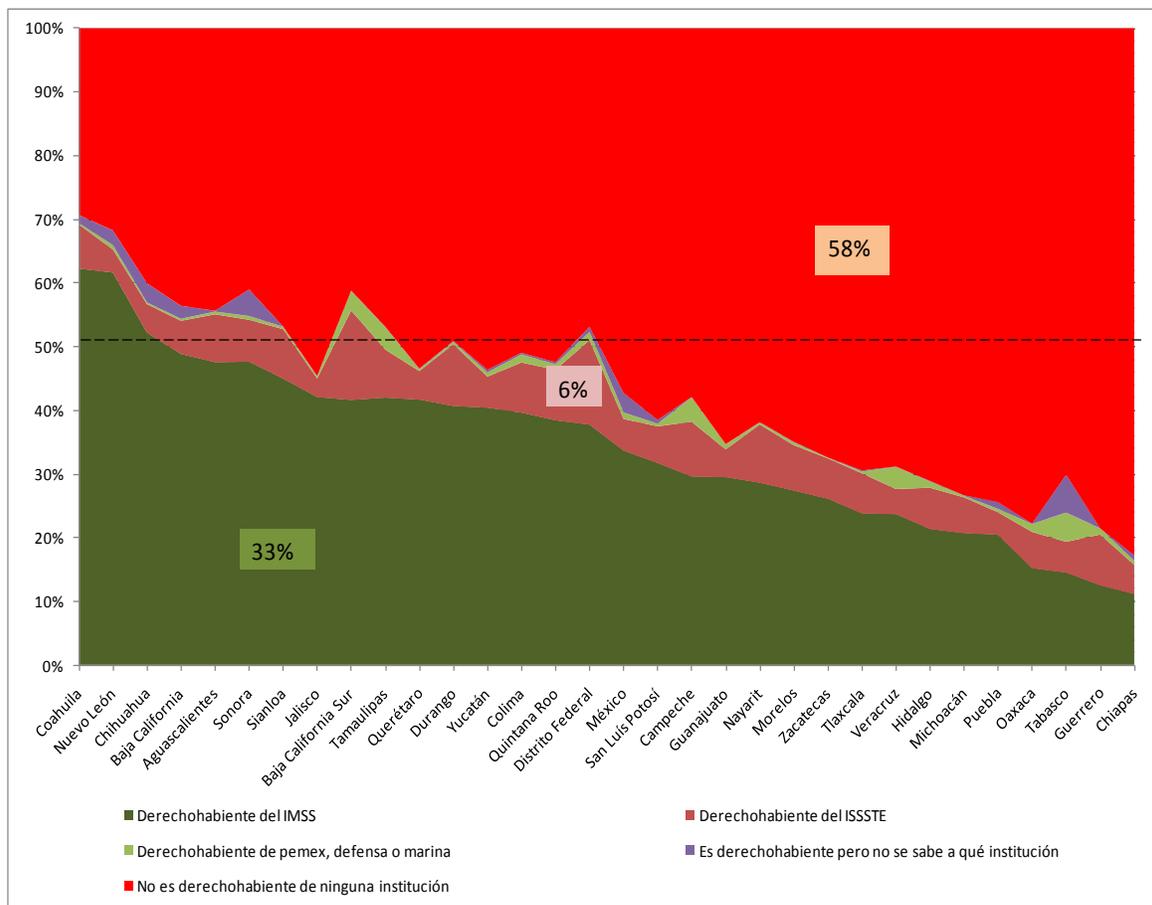
Tabla 4. Derechohabiciencia o falta de ella y servicio médico al que asistió en el último año, 2009

Servicios médicos a los que acudió												
Tiene servicios médicos	Acudieron a servicios médicos (% del total)	IMSS	ISSSTE federal	SSA o Seguro popular	IMSS oportuni- dades	Pemex, defensa o marina	ISSSTE estatal	Seguro o servicio médico privado pagado por el empleador	Servicio médico privado	Servicios asistenciales (Cruz roja, dispensario, etc.)	Curandero	Se auto- medica o va a la farmacia
No cuenta con ninguno	23,040,094 35.75%	1.06%	0.03%	29.72%	5.61%	0.21%	0.12%	0.17%	54.08%	2.76%	0.34%	5.91%
IMSS	21,785,664 33.80%	76.84%	0.89%	2.77%	0.15%	0.17%	0.24%	0.45%	16.36%	0.43%	0.05%	1.66%
ISSSTE	4,145,545 6.43%	1.11%	74.88%	2.42%	0.12%	0.31%	1.52%	0.16%	18.06%	0.22%	0.01%	1.17%
ISSSTE estatal	1,056,001 1.64%	0.55%	0.92%	9.43%	0.04%	0.16%	77.58 %	1.15%	9.20%	0.08%	0.00%	0.89%
Pemex, Sedena, Semar o ISSFAM	715,072 1.11%	0.38%	0.15%	2.25%	1.20%	87.67%	0.14%	0.22%	6.03%	0.05%	0.00%	1.91%
Seguro Popular	12,380,463 19.21%	0.39%	0.13%	86.39%	1.59%	0.27%	0.07%	0.14%	8.52%	0.88%	0.06%	1.56%
Seguro privado por empleador	358,631 .56%	0.06%	0.30%	5.80%	0.14%	0.05%	0.42%	65.02%	26.24%	0.10%	0.00%	1.87%
Seguro médico adquirido por su cuenta	227,780 .35%	1.57%	0.23%	1.68%	0.00%	0.00%	0.00%	7.01%	87.94%	0.07%	0.00%	1.50%
Seguro médico para una nueva generación	266,685 .41%	6.64%	0.00%	71.35%	5.64%	0.00%	0.02%	0.12%	14.98%	0.67%	0.00%	0.57%
De otra institución	438,768 .68%	3.71%	0.20%	47.02%	11.77%	0.43%	1.82%	7.51%	23.99%	2.48%	0.02%	1.05%
No sabe	28,150 .04%	3.55%	0.00%	18.45%	1.02%	0.00%	0.00%	0.00%	66.91%	5.21%	0.00%	4.86%
Total	64,442,853 59.96%	26.58%	5.17%	29.16%	2.49%	1.18%	1.52%	0.71%	28.60%	1.34%	0.15%	3.11%

Fuente: Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, 2009. Los datos se refieren a 2009.

En primer término es importante comparar los datos entre los años 2000 y 2010 por estados.

Gráfica 1. Porcentaje de población derechohabiente por estado, nacional y por institución, 2000



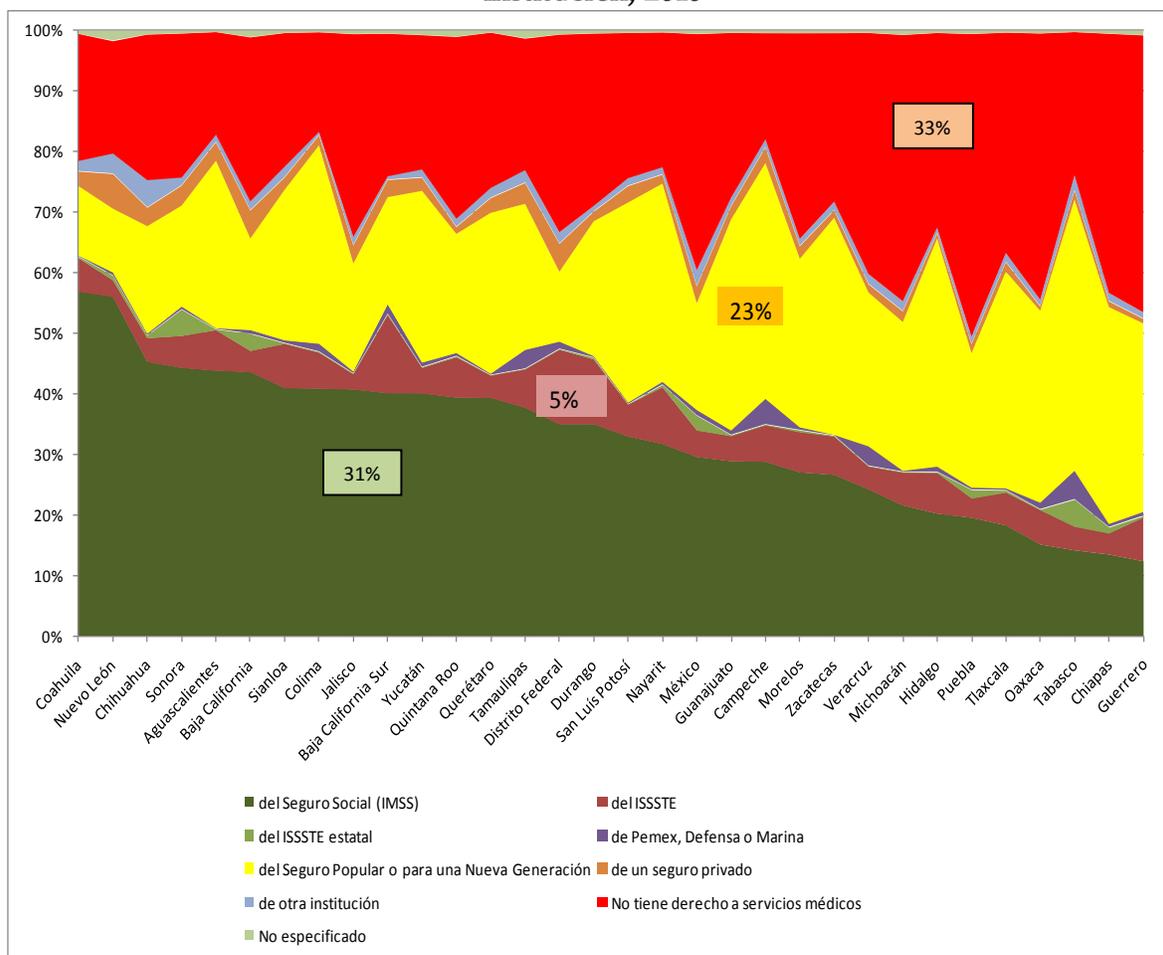
Nota: Los datos se encuentran ordenados de mayor a menor derechohabiencia al IMSS. Los porcentajes en la gráfica se refieren a la proporción nacional por seguro.

Fuente: Cálculos propios a partir de la base del cuestionario ampliado del Censo del 2000, INEGI.

La Gráfica 1 sobre derechohabiencia en el año 2000 muestra un gran porcentaje de la población del país sin seguridad médica (58%); dicha carencia se recrudece en los estados más pobres de la República. La diferencia entre el mejor situado (Coahuila con 70%, uniendo todas las instituciones de seguridad social) y el peor situado (Chiapas con 18%), era de más de 50 puntos porcentuales. Ahora bien, a pesar de no ser derechohabiente, tradicionalmente la población abierta es atendida por las secretarías de salud, como puede apreciarse en el censo del 2000, donde 27% era atendido por los centros de salud e IMSS Solidaridad, así como por la medicina privada (33%). El resto de este grupo no se atendió o bien, lo hizo de otra forma.

La situación ha cambiado desde el año 2000; la atención antes otorgada por las secretarías de salud bajo un formato de gratuidad o cuota mínima, hoy es otorgada a la población previamente registrada o registrada in-situ bajo cuotas exentas o mínimas por el Seguro Popular. En un sentido puede ser considerado como derechohabiencia, pues los ciudadanos se encuentran registrados y cuentan con información acerca de los beneficios que obtienen de dicho registro. En la Gráfica 2 se muestran los datos de derechohabiencia a partir del censo de 2010 y en la Gráfica 3 los datos de atención médica para 2010.

Gráfica 2. Porcentaje de población derechohabiente por estado, nacional y por institución, 2010



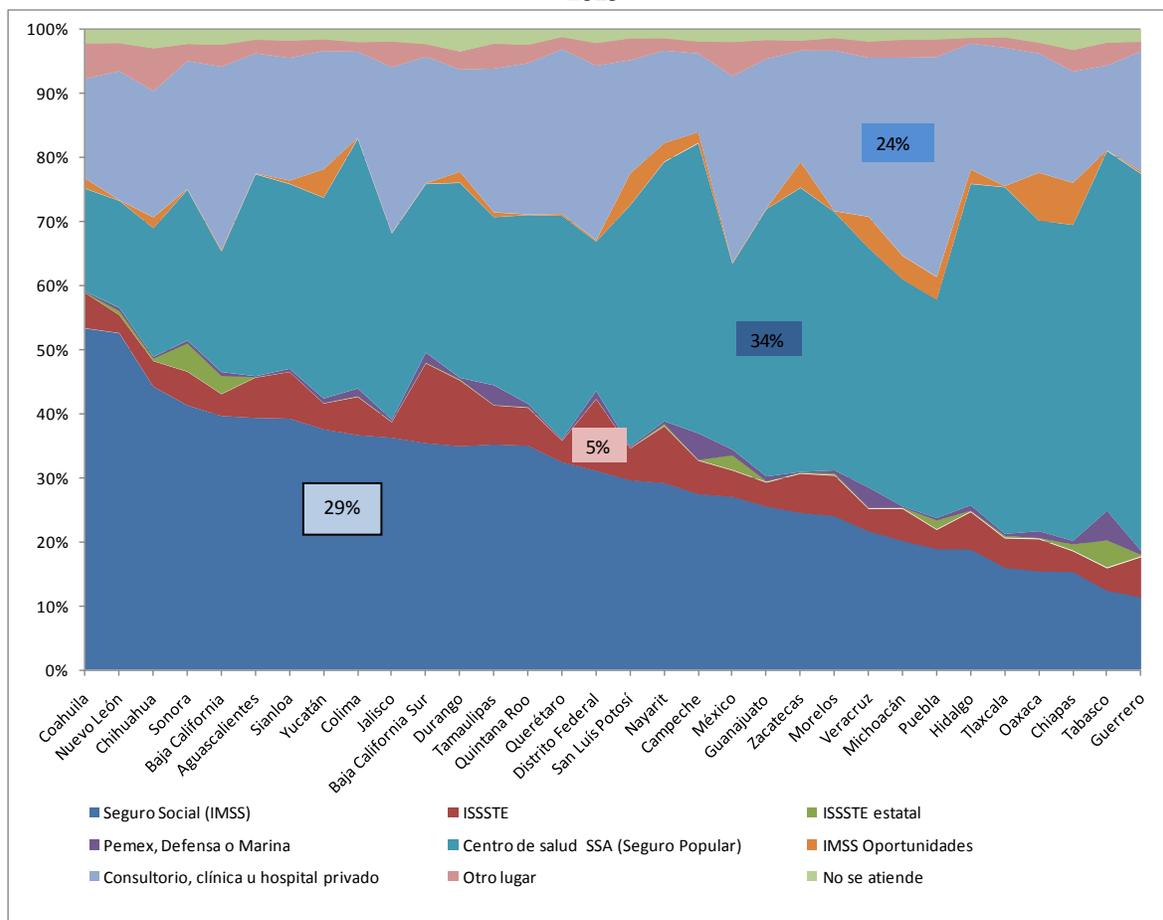
Nota: Los datos se encuentran ordenados de mayor a menor derechohabiencia al IMSS. Los porcentajes en la gráfica se refieren a la proporción nacional por seguro.

Fuente: Cálculos propios a partir de la base del cuestionario ampliado del censo de 2010, INEGI.

En los datos del censo de 2010 (Gráfica 2) se puede apreciar una baja del porcentaje de la población con derechohabiencia al IMSS y 23% con derechos al Seguro Popular. El

contexto de desigualdad se ha modificado si se considera que los estados más pobres tienen mayor proporción de personas inscritas al Seguro Popular, pero no se ha cambiado si se toma en cuenta que la seguridad social completa sigue siendo casi inexistente para más de 70% de la población en por lo menos 10 estados de la República.

Gráfica 3. Porcentaje de población con atención médica por estado, nacional y por institución, 2010



Nota: Los datos se encuentran ordenados de mayor a menor derechohabiente al IMSS.

Fuente: Cálculos propios a partir de la base del cuestionario ampliado del Censo de 2010, INEGI.

En la Gráfica 3, sin embargo, se aprecia un considerable cambio respecto a la atención médica en relación con el año 2000, pues un porcentaje mayor de la población acudió a los servicios médicos administrados por las secretarías de salud y disminuyó su asistencia al servicio médico privado. Los datos muestran que un porcentaje de la población, estadísticamente representativa, que en 2000 acudía a los servicios privados, en el verano de

2010 acudía a los servicios de salud.³ Este cambio puede reflejarse en una disminución del gasto de bolsillo erogado por los ciudadanos para sufragar gastos médicos, algo que se discutirá en la siguiente sección. Dichas erogaciones tienen una alta relación con situaciones de pobreza, pues las personas pueden perder su patrimonio entero al cubrir gastos médicos y hospitalarios.

Derechohabencia por grupos de edad y sexo

Al agrupar a los derechohabientes por edad y sexo se percibe un patrón diferencial claro entre las instituciones de seguridad social y el Seguro Popular: a mayor edad, mayor seguridad social y menor seguro popular, y a la inversa (Tabla 5). Esto puede explicarse por la disminución relativa del trabajo con prestaciones laborales que afecta a la generación en edad productiva y reproductiva.

El caso de los niños y los adultos mayores es preocupante, pues a pesar del esfuerzo en recursos y en focalización de los últimos años, en el verano de 2010, cuando se realizó el censo, 32% de niños y 26% de adultos mayores no tenían derecho a servicios médicos. Las mujeres —otro grupo vulnerable por su baja actividad laboral remunerada— presentan una mayor afiliación, pero aún así, en su conjunto, 31.7% no tiene derecho a servicios médicos formales, con la seguridad de un contrato de prestación de servicios. A manera de contraste, 57% de las mujeres no era derechohabiente en el año 2000.

³ El coeficiente de correlación entre los dos tipos de atención es (-0.19) en 2000 y de (-0.29) en 2010.

Tabla 5. Porcentaje de la población nacional con derechohabencia por grupo de edad y sexo

Sexo			Derechohabencia								Total	
			Seguro Social (IMSS)	ISSSTE	ISSSTE estatal	Pemex, Defensa o Marina	Seguro Popular o para una Nueva Generación	Seguro privado	de otra institución	No tiene derecho a servicios médicos		No especificado
Hombre	Grupo edad	De 0 a 12	28.6%	3.8%	0.8%	0.8%	30.0%	2.1%	1.6%	31.5%	0.7%	14364046
		De 13 a 18	26.6%	4.8%	0.8%	0.8%	26.7%	2.2%	1.8%	35.7%	0.6%	6730169
		De 19 a 29	32.2%	3.4%	0.6%	1.0%	16.5%	2.8%	1.8%	41.2%	0.6%	9910953
		De 30 a 60	33.5%	5.9%	1.0%	1.1%	18.8%	3.0%	1.8%	34.2%	0.5%	19010867
		De 61 a 69	38.5%	8.6%	0.9%	1.4%	18.5%	2.2%	1.7%	27.8%	0.4%	2253126
		De 70 y más	37.6%	8.3%	0.7%	1.4%	20.8%	1.8%	1.4%	27.0%	0.9%	2257916
	Total	31.5%	5.0%	0.8%	1.0%	22.4%	2.6%	1.8%	34.4%	0.6%	54527077	
Mujer	Grupo edad	De 0 a 12	28.4%	3.9%	0.8%	0.8%	29.9%	2.1%	1.6%	31.8%	0.7%	13928002
		De 13 a 18	26.0%	4.8%	0.8%	0.8%	28.0%	2.3%	1.8%	34.9%	0.6%	6615401
		De 19 a 29	30.3%	3.7%	0.6%	0.8%	23.1%	2.6%	1.8%	36.6%	0.6%	10719979
		De 30 a 60	33.9%	7.6%	1.1%	1.1%	21.7%	2.6%	1.8%	29.6%	0.5%	20988167
		De 61 a 69	40.4%	9.4%	1.0%	1.4%	19.5%	2.1%	1.6%	24.3%	0.4%	2508853
		De 70 y más	37.0%	9.0%	0.8%	1.5%	20.3%	2.0%	1.6%	27.0%	0.8%	2672660
	Total	31.4%	5.8%	0.9%	1.0%	24.5%	2.4%	1.7%	31.7%	0.6%	57433062	

Fuente: Cálculos propios a partir de la base del cuestionario ampliado del censo de 2010, INEGI.

Un grupo vulnerable tradicionalmente sin acceso a seguro médico es el indígena. En la Tabla 6 se puede apreciar—en contraste con el grupo de la población no indígena— que las personas que hablan una lengua indígena y se consideran como tales, en una alta proporción no tienen derecho a los servicios médicos (42.8%), a manera de contraste en el año 2000 el 84% de los indígenas hablantes de una lengua reportaban no tener seguro médico. De igual manera, en este grupo de la población son notables la escasa afiliación a la seguridad social y su alta participación en el Seguro Popular que es de 40% aproximadamente.⁴

⁴ Cálculos propios a partir de la base del cuestionario ampliado del censo de 2010, INEGI.

Tabla 6. Derechohabiencia a servicios médicos, población no indígena e indígena, 2010

		Población				Total
		No indígena	Habla y autoadscribe	Habla y no se considera	No habla y se autoadscribe	
Tiene derecho a los servicios médicos	Seguro Social (IMSS)	33.5%	12.1%	24.2%	24.2%	31.4%
	ISSSTE	5.7%	2.4%	6.4%	4.8%	5.4%
	ISSSTE estatal	0.9%	0.2%	0.8%	0.8%	0.9%
	Pemex, Defensa o Marina	1.0%	0.4%	1.6%	0.9%	1.0%
	Seguro Popular	21.6%	40.0%	23.3%	30.7%	23.5%
	Seguro privado	2.7%	0.8%	2.7%	1.1%	2.5%
	De otra institución	1.9%	0.8%	1.4%	1.3%	1.7%
	No tiene derecho a servicios médicos	32.0%	42.8%	39.1%	35.9%	33.0%
	No especificado	0.6%	0.5%	0.5%	0.3%	0.6%
Total		95857493	6556548	400220	9145878	111960139

Fuente: Cálculos propios a partir de la base del cuestionario ampliado del censo de 2010, INEGI.

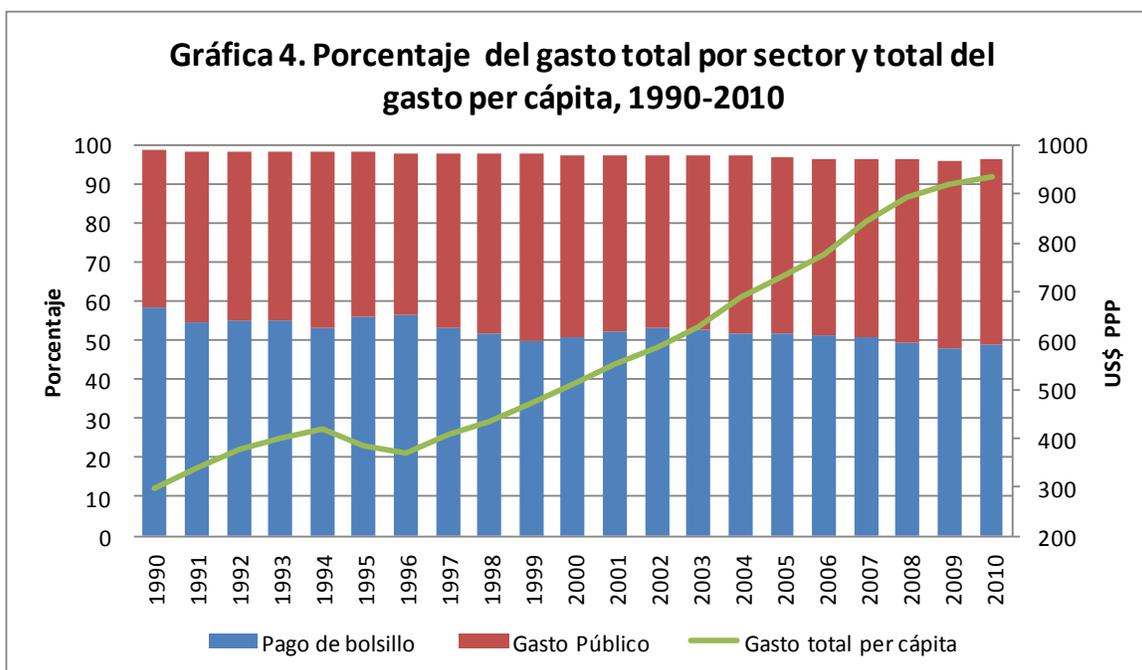
Evidencia sobre el copago o gasto de bolsillo

La fragmentación del sistema de salud provoca una serie de problemas colaterales para los ciudadanos. El primero es la incertidumbre acerca de si podrán recibir atención médica o no y si esta atención, hospitalización, curación y medicamentos tendrán algún costo. La OCDE reporta que desde hace varios años México es el país con una mayor cuota de pago de bolsillo entre sus miembros, es decir, los ciudadanos cubren buena parte de los costos de sus tratamientos médicos en el orden de 3% del PIB (el gasto total de México para 2010 fue de 6.1% del PIB).

En la Gráfica 4 pueden destacarse dos elementos principalmente: la estabilidad en el tiempo del porcentaje aportado por los ciudadanos en el gasto en salud y el aumento del gasto per cápita. Respecto al porcentaje de pago de bolsillo, si bien éste ha bajado 10% en los últimos 20 años, aún conforma una enorme suma de dinero, 49% del gasto total. De igual manera, el aumento del gasto total per cápita, pasando de 300 US PPP⁵ a 934 US PPP muestra

⁵ Nota: La paridad cambiaria de poder adquisitivo relacionada con el dólar estadounidense (US PPP) es un método que asume una canasta de bienes en la moneda del país y los relaciona con su cambio en dólares. Este

que los costos de la salud tienen una tendencia muy rápida a subir, pero que nuestro gasto es aún muy bajo, relativamente hablando. A pesar de que el gasto total en salud tiene una relación muy alta con la riqueza de la nación en cuestión, nuestra economía puede compararse con otros países miembros de la OCDE. Nuestro PIB per cápita es similar al de Turquía, Chile, Polonia y Hungría; sin embargo, nuestro gasto en salud es menor a pesar de que todos estos países tuvieron un gasto muy similar al nuestro en 1990. En 2009 Turquía gastó 902 US PPP, Chile 1186 US PPP, Polonia 1394 US PPP y Hungría 1511 US PPP. Se puede apreciar que tanto la aportación como el aumento del gasto anual por parte de estos gobiernos ha sido mayor que en el caso de México. Como ejemplo final de este análisis comparativo, el promedio del gasto en salud como porcentaje del PIB en la OCDE, sin contar a México, fue de 9.8% y el porcentaje de aportación pública de esta porción del PIB destinada a salud fue de 72.6% en 2009.⁶



Fuente: OECD, Frequently requested data, OECD Health Data 2011, www.stats.oecd.org (fecha de consulta: 13 de octubre de 2011).

método es usado por el Banco Mundial y por la OCDE para establecer comparaciones entre países y se considera el mejor método comparativo.

⁶ OECD, Frequently requested data, OECD Health Data 2011, www.stats.oecd.org, fecha de consulta: 13 de octubre de 2011).

Descripción de las características de la población asegurada y no asegurada, y su ingreso y gasto en 2000 y 2010

Ante los problemas de fragmentación del sistema de salud y la falta de certeza en la cobertura (de casi 60% de la población en el año 2000) (Gráfica 1, supra), así como los problemas financieros crecientes para atender a toda esta población, el Estado mexicano implementó una nueva política pública de salud en 2004. Esta política involucra la creación de un modelo de mayor coordinación entre las instituciones, transferencias federales a los estados por persona sin seguro, planificación integral de la infraestructura médica, un nuevo seguro médico con recursos públicos y una estrategia de mayor rectoría por parte de la Secretaría de Salud.

Una parte crucial de la nueva estrategia en salud está relacionada con la estrategia general en seguridad social de individualizar las cuentas de aportación. Dicha transición inició en 1997 con la reforma del IMSS y continuó en 2006, cuando el Congreso aprobó una nueva ley para los trabajadores del Estado, en la que transforma el régimen de aportaciones, de uno de reparto a uno individualizado. Dado que la seguridad social incorpora el seguro médico, al individualizar las cuentas se inició un proceso de separación de los distintos seguros, culminando en la creación del Seguro Popular, que ofrece un seguro voluntario a los ciudadanos, sufragado en su mayor parte por impuestos generales y con beneficios limitados.

La Comisión Nacional de Protección Social en Salud fue creada principalmente para resolver una serie de problemas financieros relacionados con las transferencias federales a los estados de la República, con los gastos en inversión y corriente en la atención a la población sin seguridad social y con la iniquidad del gasto existente. En este estudio descriptivo se han destacado hasta ahora las diferencias en cuanto a la cobertura en la población entre el año 2000 y el 2010. Sin embargo, dado que el Seguro Popular programaba una cobertura amplia para el 2010 y según las encuestas ésta no se ha logrado, es importante describir a las poblaciones en estos grupos para percibir las diferencias entre ellas. De igual manera, es relevante indagar si el Seguro Popular ha contribuido a disminuir el gasto en salud.

El primer punto a destacar en cuanto a la descripción de la población del país es que en la última década ésta creció más de lo esperado, agregándose 14 millones de personas. Las proyecciones de población de Conapo con base en el Censo de 2005 esperaban 108.5

millones; la diferencia de 4 millones de personas pudo tener efectos sobre las metas de muchos programas, especialmente aquellos destinados a transferir recursos públicos a los estados en los rubros de salud, así como a la planeación de la construcción de infraestructura médica.

En las tablas 7 y 8 destaca el cambio en la pirámide poblacional, especialmente la reducción proporcional de niños y jóvenes, así como el aumento de las proporciones de personas en edad productiva y de adultos mayores, ambos casos con repercusiones para la planeación de atención sanitaria, debido a una clara transición poblacional de un país de jóvenes a un país de adultos y adultos mayores.

Tabla 7
Tamaño del hogar promedio y población total, 2000 y 2010

	2000	2010
Número de hogares	23,667,479	29,074,332
Media de miembros	4.1	3.9
Población	98,310,615.00	112,600,583

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2000 y 2010, INEGI.

Tabla 8
Rangos de edad, 2000 y 2010

	2000		2010	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
De 0 a 11	26,135,349	26.3	25,831,578	22.9
De 12 a 29	33,684,586	33.9	36,015,686	31.9
De 30 a 64	34,074,412	34.3	42,948,869	38.1
De 65 a 75	3,704,544	3.7	5,328,329	4.7
76 en adelante	1,681,233	1.7	2,615,237	2.3
Total	99,280,124	100.0	112,739,699	100.0

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2000 y 2010 INEGI.

En las tablas 9 y 10 referentes al ingreso, gasto y a la estructura de este último, puede destacarse la disminución de 7% en el ingreso real, así como una lógica reducción en el gasto de 9% entre el 2000 y el 2010.

*Tabla 9
Mediana del ingreso corriente trimestral y gasto monetario trimestral de los hogares,
2000 y 2010 (precios de 2010)*

	2000		2010	
	Ingreso corriente	Gasto monetario	Ingreso corriente	Gasto monetario
Hogares	23,667,479	23,667,479	29,074,332	29,074,332
Mediana	26,218.77	18,201.17	24,460.18	16,566.53

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2000 y 2010 INEGI.

Respecto a la estructura del gasto es importante señalar la fuerte disminución de la mediana de gasto en salud y en educación, entre los años 2000 y 2010. Ambas disminuciones atribuibles probablemente a la intervención gubernamental en la forma de transferencias monetarias específicas a ambos rubros. De igual manera destacan los gastos que difícilmente pueden ser reducidos y que tienden a ser mayores, como el gasto en vivienda y en transporte. La disminución de 11% en la mediana del gasto en alimentos muestra un esfuerzo considerable por parte de los hogares del país, especialmente si consideramos que se trata de 40% del gasto monetario trimestral.

Tabla 10
**Mediana del gasto monetario trimestral y sus componentes,
 2000 y 2010 (precios de 2010)**

	2000	2010
<i>Hogares</i>	23667479	29074332
<i>Personas</i>	98,310,615	112,600,184
<i>Gasto Monetario</i>	18,201.17	16,566.53
<i>Alimentos</i>	7,154.72	6,498.22
<i>Vestido</i>	822.08	655.34
<i>Vivienda</i>	1,389.35	1,341.94
<i>Limpieza</i>	1,119.78	738.03
<i>Salud</i>	142.97	0.00
<i>Transporte</i>	2,314.97	2,419.72
<i>Educación</i>	1,120.49	583.60
<i>Personal</i>	1,122.64	1,061.65
<i>Transferencias</i>	13.33	0.00

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2000 y 2010 INEGI.

Para realizar un análisis detallado sobre las características de los hogares que tienen un gasto en salud es importante comparar los rangos de dicho gasto, en cuanto a su distribución por deciles de ingreso. En las tablas 11 y 12 se puede apreciar que 33% de los hogares no tuvo gasto en salud en el año 2000; este porcentaje aumentó considerablemente en 2010, cuando 51% reportó que no tenía gastos trimestrales en salud. Este aumento señala un cambio de tendencia, especialmente si se considera que los gastos en salud pueden derivar en gastos catastróficos, es decir, mayores de 60% del ingreso del hogar, lo cual puede conducir a una familia a la pobreza estructural al perder su patrimonio. Al observar cuidadosamente los datos es posible apreciar que en 2000 existe una relación inversa entre gasto e ingreso, es decir, a menos ingreso, menos gasto, y viceversa. En 2010 —con un programa masivo de un nuevo seguro médico— puede apreciarse una distribución más homogénea del gasto en salud, es decir, tanto pobres como ricos gastan, pero lo hacen menos y en los deciles más ricos se da un mayor gasto.

Ahora bien, si se analizan los porcentajes de hogares que incurrieron en gastos en salud desproporcionados —60% o más de su ingreso—, tanto en 2000 como en 2010 este porcentaje fue de 0.3% y 50% de estos hogares se concentró en los primeros tres deciles. Se trató de 377 mil personas en 2000 y de 300 mil en 2010, algo que no debió suceder en 2010, tomando en cuenta el nuevo programa. De este grupo, 49% no tenía seguro y 31.8% tenía seguro popular en 2010.

Tabla 11. Rangos del gasto trimestral en salud, 2000
(precios corrientes)

		De 0 a 1	De 1.1 a 68.85	De 68.86 a 253.4	De 253.41 a 688.52	De 688.53 a más	
Deciles	I	1,226,171	457,465	336,896	218,898	120,463	2,359,893
		52%	19%	14%	9%	5%	100%
	II	920,387	490,484	466,035	303,605	184,282	2,364,793
		39%	21%	20%	13%	8%	100%
	III	999,597	434,475	380,325	352,777	216,801	2,383,975
		42%	18%	16%	15%	9%	100%
	IV	810,611	388,655	476,003	427,018	249,915	2,352,202
		34%	17%	20%	18%	11%	1.0
	V	768,652	362,253	447,230	463,506	315,970	2,357,611
		33%	15%	19%	20%	13%	100%
VI	764,870	420,631	441,498	420,576	320,746	2,368,321	
	32%	18%	19%	18%	14%	100%	
VII	661,032	367,805	375,474	540,343	422,171	2,366,825	
	28%	16%	16%	23%	18%	100%	
VIII	675,240	334,679	310,210	473,199	571,843	2,365,171	
	29%	14%	13%	20%	24%	100%	
IX	522,570	281,692	317,885	500,937	741,863	2,364,947	
	22%	12%	13%	21%	31%	100%	
X	406,663	138,892	145,883	397,034	1,275,360	2,363,832	
	17%	6%	6%	17%	54%	100%	
Total	7,755,793	3,677,031	3,697,439	4,097,893	4,419,414	23,647,570	
	33%	16%	16%	17%	19%	100%	

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2000, INEGI.

**Tabla 12. Rangos del gasto trimestral en salud, 2010
(precios corriente)**

		de 0 a 1	De 1 a 115	De 116 a 352	De 353 a 1008	De 1009 a más	
<i>Decil</i>	<i>I</i>	1829852 63%	380950 13%	344294 12%	228369 8%	124177 4%	2907642 100%
	<i>II</i>	1665178 57%	474663 16%	338549 12%	302387 10%	132628 5%	2913405 100%
	<i>III</i>	1612490 56%	424277 15%	394993 14%	288697 10%	181491 6%	2901948 100%
	<i>IV</i>	1540978 53%	422047 15%	397903 14%	331841 11%	214830 7%	2907599 100%
	<i>V</i>	1533375 53%	389638 13%	376297 13%	382401 13%	229759 8%	2911470 100%
	<i>VI</i>	1468726 51%	390784 13%	390619 13%	361378 12%	286637 10%	2898144 100%
	<i>VII</i>	1474383 51%	359469 12%	410929 14%	393124 14%	269635 9%	2907540 100%
	<i>VIII</i>	1333776 46%	317476 11%	384429 13%	429089 15%	441771 15%	2906541 100%
	<i>IX</i>	1218500 42%	247676 9%	322505 11%	492947 17%	625764 22%	2907392 100%
	<i>X</i>	1059971 36%	172509 6%	227006 8%	402203 14%	1045618 36%	2907307 100%
<i>Total</i>	14737229 51%	3579489 12%	3587524 12%	3612436 12%	3552310 12%	29068988 100%	

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2010, INEGI.

Las tablas 13 y 14 destacan la diferencia en el gasto monetario entre aquellos que gastaron en salud y los que no tuvieron gastos en 2000 y 2010. Quienes gastaron lo hicieron porque disponían de mayores ingresos. La diferencia en 2000 fue de 7 mil pesos, mientras que en 2010 fue de 5 mil pesos entre quienes tuvieron gastos en salud y quienes no. De igual manera puede apreciarse una disminución en el gasto real en salud.

Tabla 13
Mediana del gasto monetario trimestral y sus componentes para los hogares con gasto en salud, 2000 y 2010
 (precios de 2010)

	2000	2010
<i>Hogares</i>	15,908,589	14,337,440
<i>Personas</i>	68,198,528	55,055,092
<i>Gasto Monetario</i>	20,927.17	19,503.98
Alimentos	7,788.41	7,182.65
Vestido	1,031.45	887.22
Vivienda	1,484.81	1,421.58
Limpieza	1,328.73	877.15
Salud	532.05	352.87
Transporte	2,727.19	2,894.91
Educación	1,468.48	957.80
Personal	1,356.17	1,248.41
Transferencias	53.32	426.16

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2000 y 2010 INEGI.

Tabla 14
Mediana del gasto monetario trimestral y sus componentes para los hogares sin gasto en salud, 2000 y 2010
 (precios de 2010)

	2000	2010
<i>Hogares</i>	7,758,890	14,736,892
<i>Personas</i>	30,112,087	57,545,092
<i>Gasto Monetario</i>	13,820.87	14,207.30
Alimentos	5,866.59	5,845.64
Vestido	509.07	483.94
Vivienda	1,171.93	1,250.69
Limpieza	790.35	625.28
Salud	0.00	0.00
Transporte	1,608.36	2,032.57
Educación	536.12	208.57
Personal	770.96	904.37
Transferencias	0.00	75.20

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2000 y 2010 INEGI.

Para llevar a cabo un análisis más preciso en torno al gasto en salud lo conveniente sería dividir a los hogares entre los que gastan en salud y los que no gastan, y compararlos con una serie de variables referentes a su derechohabiencia o falta de ésta. Esto puede hacerse con el año 2010, pero los datos de la ENIGH de 2000 no permiten seleccionar a los hogares con derechohabiencia. Por consiguiente, lo que resta de este artículo se centrará en el año 2010.

En las siguientes tablas se podrán apreciar las características de los hogares por tipo de seguro médico. En la Tabla 15 se observa una proporción de hogares por tipo de aseguramiento similar a la información aportada por el Censo 2010, donde resalta el alto número de hogares sin aseguramiento, contradiciendo la esperada cobertura universal para 2010.

Tabla 15. Hogares por condición de derechohabiencia, 2010

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos		2,334	.0
	No tiene seguro	8,451,672	29.1
	IMSS	9,621,981	33.1
	ISSSTE	2,507,636	8.6
	Pemex	337,878	1.2
	Otros	344,860	1.2
	Seguro Popular	7,807,971	26.9
	Total	29,074,332	100.0

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2010, INEGI.

Nota: La ENIGH presenta, en la tabla de población, una serie de variables referidas a la afiliación o no a diversas instituciones: Seguro Popular, IMSS, ISSSTE federal y estatal, Pemex y otros. Los resultados de las frecuencias muestran que 7.8% de la población se encuentra afiliado a más de un seguro médico. El criterio utilizado para agregar dicho porcentaje fue ubicar a estas personas en el servicio médico que utilizan con mayor frecuencia. Así, si una persona tiene además del seguro médico de Pemex, el del ISSSTE y asiste a Pemex, se agrega al seguro de Pemex.

En la tabla 16 se puede apreciar que 36% de la población de jóvenes (12 a 29 años) no cuenta con seguro médico, lo cual resulta preocupante. Sin embargo, las dos poblaciones vulnerables, la de niños y de adultos mayores, en su mayoría se encuentran cubiertas por el Seguro Popular y por el IMSS. Destaca que 40% de los niños se encuentra cubiertos por el Seguro Popular, confirmando la disminución de asegurados jóvenes en edad reproductiva y productivos en el IMSS, para ser asegurados por el Seguro Popular (véanse gráficas 1 y 2, supra).

Tabla 16. Rangos de edad por tipo de aseguramiento médico, 2010

	Rangos de edad					Total
	De 0 a 11	De 12 a 29	De 30 a 64	De 65 a 75	De 76 en adelante	
No tiene seguro	7,353,591 28%	13,085,730 36%	12,893,255 30%	1,285,792 24%	698,695 27%	35,317,063 31%
IMSS	6,289,616 24%	9,783,940 27%	13,605,323 32%	2,000,300 38%	928,564 36%	32,607,743 29%
ISSSTE	1,316,426 5%	1,892,124 5%	3,785,155 9%	539,817 10%	263,492 10%	7,797,014 7%
Pemex	211,433 1%	292,949 1%	459,566 1%	64,335 1%	32,210 1%	1,060,493 1%
Otros	263,824 1%	371,559 1%	531,515 1%	67,163 1%	52,058 2%	1,286,119 1%
Seguro Popular	10,389,285 40%	10,503,812 29%	11,631,996 27%	1,368,748 26%	638,310 24%	34,532,151 31%
Total	25,831,578 100%	36,015,686 100%	42,948,869 100%	5,328,329 100%	2,615,237 100%	112,739,699 100%

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2010, INEGI.

En la Tabla 17 se puede apreciar una relación inversa entre el tipo de seguro y el decil de ingreso, donde aquellos que no tienen seguro y los que tienen Seguro Popular son más pobres; mientras que en el resto de los tipos de seguro destaca una tendencia de los más ricos a tener tipos de seguro más completos o especiales.

Tabla 17. Porcentaje de hogares por derechohabencia y decil, 2010

	No tiene seguro	Seguro Popular	IMSS	ISSSTE	Pemex	Otros
Decil I	14%	19%	2%	1%	2%	1%
II	13%	17%	5%	3%	1%	3%
III	11%	14%	8%	3%	2%	6%
IV	11%	13%	9%	4%	2%	6%
V	10%	10%	11%	8%	7%	6%
VI	9%	9%	12%	10%	11%	7%
VII	9%	7%	12%	13%	11%	9%
VIII	8%	6%	13%	16%	11%	14%
IX	8%	3%	14%	20%	21%	11%
X	7%	2%	14%	23%	32%	37%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2010, INEGI.

Cuando se publicó la ley que formó el Seguro Popular en 2003, se estableció que éste tendría como objetivo prioritario las localidades con mayor marginación; éstas comúnmente se encuentran en el ámbito rural. En la Tabla 18 se puede apreciar que casi 60% de los hogares que cuentan con el Seguro Popular se encuentra en comunidades de menos de 2,500 o menos de 15 mil habitantes. Para confirmar lo anterior, en la Tabla 19 se puede observar la distribución de la población por tipo o ausencia de seguro por municipio marginado. En dicha tabla destaca que más de 50% de los hogares con seguridad médica de los municipios con niveles de muy alta a media marginación se encuentra afiliado al Seguro Popular.

Tabla 18. Tipo de aseguramiento del hogar por tamaño de la localidad, 2010

	Tamaño de localidad				Total
	Loc. con más de 100 mil hab.	Loc. con 15 mil a 99 mil hab.	Loc. Con 2,500 a 14 mil hab.	Loc. con menos de 2,500 hab.	
No tiene seguro	4064710 28%	1177837 28%	1268989 32%	1940136 31%	8451672 29%
IMSS	6609643 45%	1400423 33%	845953 21%	765962 12%	9621981 33%
ISSSTE	1520758 10%	412424 10%	341294 9%	233160 4%	2507636 9%
PEMEX	203796 1%	72909 2%	15984 0%	45189 1%	337878 1%
Otros	269054 2%	22877 1%	19375 0%	33554 1%	344860 1%
Seguro Popular	2,002,416 14%	1,134,929 27%	1,475,721 37%	3,194,905 51%	7,807,971 27%
Total	14,672,711 100%	4,221,399 100%	3,967,316 100%	6,212,906 100%	29,074,332 100%

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2010, INEGI.

Tabla 19. Tipo de aseguramiento del hogar por tipo de marginación, 2010

	Nivel de marginación del municipio en el que habita el hogar					Total
	Muy alta	Alto	Medio	Bajo	Muy bajo	
No tiene seguro	344,183 39%	1,053,753 35%	912,554 30%	1,269,529 30%	4,871,653 27%	8,451,672 29%
IMSS	13,633 2%	224,824 8%	478,995 16%	1,045,866 25%	7,858,663 44%	9,621,981 33%
ISSSTE	31,108 4%	149,245 5%	204,568 7%	370,370 9%	1,752,345 10%	2,507,636 9%
Pemex	709 0%	47,453 2%	27,899 1%	6,4753 2%	197,064 1%	337,878 1%
Otros	432 0%	8,110 0%	10,783 0%	27,115 1%	298,420 2%	344,860 1%
Seguro Popular	493,899 56%	1,491,373 50%	1,428,118 47%	1,474,963 35%	2,919,618 16%	7,807,971 27%
Total	883,964 100%	2,974,758 100%	3,062,917 100%	4,252,596 100%	17,900,097 100%	29,074,332 100%

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2010, INEGI.

Finalmente, en la Tabla 20 se aprecia el nivel educativo de las personas por tipo de aseguramiento médico. En esta tabla se observa una relación inversa entre el nivel educativo aprobado y los tipos de aseguramiento que reúnen a la población en los deciles más ricos. Al hacer un análisis de mayor precisión para tomar en cuenta el alto porcentaje de niños y jóvenes inscritos al Seguro Popular, los resultados no cambian; tanto los que no tienen seguro como los que están inscritos al Seguro Popular presentan menores niveles de educación que el resto de la población.

Tabla 20. Tipo de aseguramiento por nivel escolar aprobado de las personas mayores de 3 años, 2010

	No tiene seguro	Seguro Popular	IMSS	ISSSTE	Pemex	Otros	Total
Ninguno	3,098,577	3,500,945	1,575,099	240,459	47,605	41,453	8,512,245
	9%	10%	5%	3%	4%	3%	8%
Preescolar	1,732,462	2,299,683	1,523,035	293,487	61,432	74,131	5,989,087
	5%	7%	5%	4%	6%	6%	5%
Primaria	11,983,735	14,258,128	9,503,329	1,722,339	253,683	283,636	38,063,030
	34%	41%	29%	22%	24%	22%	34%
Secundaria	8,178,250	7,900,867	7,336,530	1,221,686	202,787	216,980	25,115,083
	23%	23%	22%	16%	19%	17%	22%
Preparatoria	4,385,104	2,720,148	4,591,525	1,006,608	196,320	168,563	13,072,225
	12%	8%	14%	13%	19%	13%	12%
Normal	78,321	45,115	95,798	409,813	4,663	20,154	654,464
	0%	0%	0%	5%	0%	2%	1%
Carrera técnica	913,311	506,026	1,841,555	533,148	78,495	67,243	3,940,323
	3%	1%	6%	7%	7%	5%	3%
Profesional	3,042,320	811,689	4,437,003	1,846,183	169,699	301,616	10,611,536
	9%	2%	14%	24%	16%	23%	9%
Maestría	143,422	26,544	286,056	250,673	10,411	52,089	769,195
	0%	0%	1%	3%	1%	4%	1%
Doctorado	24,560	4,040	55,128	58,825	1,035	10,682	154,270
	0%	0%	0%	1%	0%	1%	0%
Total	33,580,062	32,073,185	31,245,058	7,583,221	1,026,130	1,236,547	106,744,203

Nota: La suma de las columnas no da el total, pues se eliminó de la tabla alrededor de 5% de datos perdidos.

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2010, INEGI.

Diferencias entre el gasto en salud por tipo de aseguramiento médico

Hasta ahora la evidencia permite asegurar que en los últimos 10 años ha aumentado la proporción de la población asegurada, especialmente en los grupos más pobres y en los lugares de mayor marginación. De igual manera, es perceptible una disminución del gasto en salud en términos reales. Se esperaría entonces una disminución del gasto en salud de quienes cuentan con Seguro Popular, por tener por primera vez un seguro que les permite un gasto más homogéneo en el mediano plazo. Para evaluar si existen diferencias entre los grupos que gastan en salud por tipo de aseguramiento, es necesario realizar un análisis estadístico de las medias de gasto de los distintos grupos.

En primer término se presenta la descripción de las medias y medianas de ingreso corriente y gasto monetario de los grupos de hogares por tipos de aseguramiento y gasto.

Tabla 21. Ingreso corriente, gasto monetario y gasto en salud trimestral por tipo de aseguramiento de los hogares y tipo de gasto, 2010.

Hogares sin seguro				Seguro Popular			
	Ingreso corriente	Gasto monetario	Gasto en salud		Ingreso corriente	Gasto monetario	Gasto en salud
N	8,451,672	8,451,672	8,451,672	N	7,807,971	7,807,971	7,807,971
Media	30,363.51	21,341.31	686.64	Media	20,701.32	14,710.73	379.50
Mediana	20,813.40	15,010.97	20	Mediana	16,365.48	11,732.55	0
Hogares sin seguro con gastos en salud				Hogares con Seguro Popular con gastos en salud			
N	4,430,333	4,430,333	4,430,333	N	3,752,809	3,752,809	3,752,809
Media	34,943.84	25,569.41	1,309.90	Media	22,386.25	16,949.32	789.58
Mediana	23363.48	17782.40	352.87	Mediana	17,973.75	13,836.75	267.18
IMSS				ISSSTE			
	Ingreso Corriente	Gasto Monetario	Gasto en salud		Ingreso Corriente	Gasto Monetario	Gasto en salud
N	9,621,981	962,1981	962,1981	N	2,507,636	2,507,636	2,507,636
Media	43,425.00	27,469.00	676.10	Media	53,739.13	35,308.61	1,113.73
Mediana	31,556.83	20,219.65	0	Mediana	41,893.79	26,694.09	19.16
Hogares con seguro del IMSS y gasto en salud				Hogares con seguro del ISSSTE y gasto en salud			
N	4,570,037	4,570,037	4,570,037	N	1,275,390	1,275,390	1,275,390
Media	49,796.96	32,694.52	1,423.51	Media	59,521.56	42,099.64	2,189.80
Mediana	37,010.45	23,877.11	401.09	Mediana	47,529.05	32,670.32	705.74
Pemex				Otros			
	Ingreso corriente	Gasto monetario	Gasto en salud		Ingreso corriente	Gasto monetario	Gasto en salud
N	337,878	337,878	337,878	N	344,860	344,860	344,860
Media	59,413.96	34,534.14	449.75	Media	68,416.16	43,706.10	1,098.97
Mediana	50,772.96	28,945.10	0	Mediana	46,254.63	32,358.75	0
Hogares con seguro de Pemex y gasto en salud				Hogares con otros seguros y gasto en salud			
N	138,700	138,700	138,700	N	167,837	167,837	167,837
Media	71,992.56	41,737.11	1,095.61	Media	80,761.24	51,490.80	2,258.10
Mediana	61,752.35	34,817.16	303.83	Mediana	59,060.46	35,950.96	504.10

Fuente: Cálculos propios a partir de la ENIGH, 2010, INEGI.

En la Tabla 21 destaca que más o menos la mitad de los hogares en cada grupo tiene gastos en salud, esto puede deberse a que no hubo necesidad de erogar dinero alguno cuando existía enfermedad (lo ideal), o bien no hubo ninguna enfermedad que ameritara la erogación.

De igual modo puede observarse un aparente mayor ingreso corriente de aquellos que tienen gastos en salud. Esto podría mostrar que sólo aquellos con mayores ingresos relativos dentro del grupo pueden darse el lujo de gastar en salud; sin embargo, no tenemos forma de saber cuáles fueron las razones para no gastar en salud.

Al observar las medias de gasto en salud de los distintos grupos, aquellos con Seguro Popular tienen un menor gasto, les siguen los grupos con seguro de Pemex, con IMSS y aquellos que no tienen seguro. Los dos grupos con mayor ingreso erogaron casi el triple de lo que gastan aquellos con Seguro Popular.

Nuestra hipótesis de trabajo tiene que ser la misma planteada por el Congreso de la Unión en la reforma a la Ley General de Salud: se debe esperar que aquellos con Seguro Popular disminuyan su gasto en salud en contraste con aquellos que no tienen seguro. Para saber si esta hipótesis se confirma es necesario llevar a cabo un análisis estadístico. El primer dato es la comparación de medias. En la Tabla 21 se puede apreciar que en efecto la media de los gastos es más baja, pero puede deberse al menor ingreso disponible. A partir de estas observaciones no se puede asegurar que los gastos son homogéneos en el grupo o entre grupos. Para saberlo es necesario realizar una prueba estadística que compare las medias de gasto y permita probar si existe una clara y determinante diferencia en los gastos.

Se utilizó una prueba simple de contraste entre medias llamada Prueba T. Dicho análisis contrasta las medias de dos muestras independientes. En este caso se comparan los hogares que reportaron gastos en salud y se dividen por tipos de aseguramiento. La primera prueba se realizó entre quienes cuentan con Seguro Popular y aquellos que no tienen seguro. Se trata de identificar si en efecto el gasto de aquellos con Seguro Popular es menor, estableciendo la normalidad de la distribución de los grupos. La hipótesis nula o negativa es que los dos grupos tienen las mismas medias.

Tabla 22. Prueba T de Student

Seguro Popular y No tiene seguro		N	Media	Desviación típica	Error típico de la media
Salud	No tiene seguro	4,430,333	1309.8994	5152.14599	2.44777
	Seguro Popular	3,752,809	789.5823	2548.08591	1.31533

Prueba de muestras independientes										
		igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% de confianza	
									Inferior	Superior
salud	Se han asumido varianzas iguales	60948.533	.000	178.062	8183140	.000	520.32	2.92	514.59	526.04
	No se han asumido varianzas iguales			187.246	6698910.552	.000	520.32	2.78	514.87	525.76

La prueba permite observar que al asumir varianzas iguales, existe una diferencia significativa en el gasto entre los que tienen Seguro Popular y los que no tienen. Para saberlo la prueba de significancia o P tiene que ser menor que 0.05; de esta manera se rechaza la hipótesis nula de que los dos grupos tengan medias similares y se puede concluir que las diferencias de medias son estadísticamente significativas. Las personas que cuentan con Seguro Popular gastan en promedio 50% menos que las que no tienen ningún tipo de seguro.

Comentarios conclusivos

En el 2004 el Estado mexicano inició una serie de reformas al Sistema de Salud para resolver problemas graves de fragmentación, de falta de cobertura y de desigualdades en la calidad y servicios. Ante la oportunidad de contar con información del Censo 2010 y de la Encuesta Nacional de Gasto e Ingreso 2010 se planteó la pertinencia de constatar las tendencias que han seguido las reformas, especialmente la de cobertura que involucra la disminución del gasto de bolsillo en salud.

Al observar la evidencia descriptiva y estadística sobre el sistema de salud se puede concluir, en primer lugar, que existe una transición demográfica acelerada en México hacia un

país mayoritariamente de adultos, con lo cual se presentarán grandes retos al sistema si no logra una transformación más rápida hacia la eficiencia y la equidad del sistema.

Un grave problema es el financiamiento del sistema con recursos relativamente bajos de 3% del PIB como aportación pública, cuando se compara con otras economías similares, y un gasto privado muy alto, del 3% del PIB que si bien ha empezado a descender aún se mantiene en esos rangos, según los datos de la OCDE. De igual manera se describieron algunos problemas que enfrenta la administración del sistema, pues éste se encuentra dividido en instituciones con gran tradición y poder político, nada simples de reformar. La existencia de estas instituciones, la rectoría de la Secretaría de Salud, así como la descentralización de la administración del sector salud en los estados, presentan retos administrativos y de coordinación que sólo pueden ser enfrentados con una clara dirección política y con un plan estricto que resuelva los problemas de afiliación múltiple (7.8%, véase nota en Tabla 15), seguros médicos con coberturas diferenciadas (unos muy amplia y otros acotadas), financiamiento relativamente bajo del sector en general y proveedores de servicios sin metas de eficiencia y calidad.

Respecto a la cobertura de los seguros médicos, se constata una divergencia entre los datos oficiales y los datos aportados por el Censo y la ENIGH, mostrando la necesidad urgente de producir un padrón universal de derechohabientes. A pesar de ello, en los seis años transcurridos desde la reforma a la Ley General de Salud, la evidencia muestra que la cobertura se ha extendido siguiendo un patrón prioritario, es decir, ha llegado a zonas rurales y a municipios de alta marginación, así como a grupos vulnerables como los indígenas, pasando de 84% sin cobertura en el 2000 a 40% en el 2010.

La evidencia muestra que todos los grupos ya sea con seguro médico o sin él, tienen gastos en salud, sin embargo, estos son menores en términos reales a los del año 2000. En 2010 el grupo que gastó menos relativamente fue el que contaba con el Seguro Popular. Para descartar que esto se debiera solamente a su menor nivel de ingreso, se realizó una prueba estadística que muestra que el menor gasto es estadísticamente significativo cuando se compara con el grupo que no cuenta con seguro.

Finalmente, el documento muestra que los retos para el sector son enormes y si bien todo parece indicar que las reformas van por buen camino, requieren aún una supervisión constante y gozar de consenso político en el mediano plazo para que puedan implementarse adecuadamente a lo largo de los próximos años. Si el consenso político falla o la administración de la transición falla y el sistema de salud sigue fragmentado y aumenta la ineficiencia y la inequidad, las consecuencias serán graves para el país, tanto en costos financieros, como en costos humanos.

- **Error judicial y responsabilidad patrimonial del Estado**
José de Jesús González Rodríguez
- **El papel del Congreso en la evaluación de los programas sociales sujetos a reglas de operación**
Salvador Moreno Pérez
- **Representación jurídica para la población indígena en el Sistema de Justicia Nacional**
Jesús Mendoza Mendoza
- **2009, un año de crisis para el turismo**
Octavio Ruiz Chávez
- **Contenido y perspectivas de la reforma penal y de seguridad pública.**
Efrén Arellano Trejo
- **Federalismo fiscal en México, entre la economía y la política.**
Iván H. Pliego Moreno
- **La comunidad indígena en el contexto urbano. Desafíos de sobrevivencia.**
Jesús Mendoza Mendoza
- **Proyectos productivos. La experiencia del programa Joven Emprendedor Rural. Premisas de diseño de políticas públicas y primeros resultados.**
Liliam Flores Rodríguez
- **Los resultados de los fondos metropolitanos en México**
Salvador Moreno Pérez
- **Sector privado y generación de energía eléctrica**
José de Jesús González Rodríguez
- **Situación de la vivienda en el Estado de Tamaulipas 2005-2030**
Gabriela Ponce Sernicharo
- **Acercamiento al tema de desarrollo regional y a programas implementados en el periodo 2000-2010**
Roberto Ocampo Hurtado
- **Reformas electorales en México: evolución y pendientes**
Gustavo Meixueiro Nájera e Iván H. Pliego Moreno
- **Concepción de justicia social en las constituciones de México**
Francisco J. Sales Heredia
- **Jóvenes en conflicto con la ley. Situación posterior a la Reforma Constitucional**
Juan Pablo Aguirre Quezada
- **La cooperación técnica en las políticas de protección ambiental de los municipios mexicanos**
Alejandro Navarro Arredondo
- **Panorama de la condición indígena en México**
Gabriela Ponce Sernicharo y René Flores Arenales
- **Reflexiones sobre la obligatoriedad de la educación media superior en México**
Alejandro Navarro Arredondo
- **Determinación de los precios de las gasolinas y el diesel en México**
Gabriel Fernández Espejel
- **Migración y derechos humanos. La migración indocumentada en México y algunas opiniones sobre la ley SB1070.**
Salvador Moreno Pérez
- **Mortalidad materna en México: análisis según proporción de población indígena a nivel municipal (2006)**
Gabriela Ponce Sernicharo
- **Vinculación entre los jóvenes y la educación media tecnológica**
Juan Pablo Aguirre Quezada
- **Seguridad económica, desarrollo humano y pobreza**
Jesús Mena Vázquez
- **Trabajo infantil. Datos para su análisis legislativo**
José de Jesús González Rodríguez
- **Relaciones intergubernamentales en materia de infraestructura e infraestructura social básica**
Cornelio Martínez López
- **Impacto de la reforma constitucional en el sistema de ejecución de sentencias**
Efrén Arellano Trejo
- **El acceso al empleo de los adultos mayores.**
Juan Pablo Aguirre Quezada
- **Deuda sub nacional en México.**
Gabriel Fernández Espejel
- **Rendición de cuentas en el ámbito municipal: un análisis de la información proporcionada por cuatro municipios de Oaxaca acerca de obras realizadas con recursos del FISM**
Jesús Mena Vázquez
- **El Programa de Empleo Temporal**
Cornelio Martínez López
- **Examen de los aspectos relevantes del Programa Hábitat**
Salvador Moreno Pérez
- **La colaboración público-privada en el financiamiento de la investigación**
Alejandro Navarro Arredondo
- **El programa 3x1 para migrantes. Datos y referencias para una revisión complementaria.**
José de Jesús González Rodríguez
- **Habitar en México: Calidad y rezago habitacional en la primera década del milenio.**
Gabriela Ponce Sernicharo
- **La población en el polígono central del Distrito Federal en 2005**
Gabriela Ponce Sernicharo y René Flores Arenales
- **Pobreza multidimensional en los jóvenes**
Juan Pablo Aguirre Quezada
- **Educación, pobreza y desigualdad en el bachillerato mexicano**
Alejandro Navarro Arredondo

- **La evaluación y el diseño de políticas educativas en México**
Juan Carlos Amador Hernández
- **Migración y codesarrollo**
Alejandro Navarro Arredondo
- **Reforma penal: los beneficios procesales a favor de la víctima del delito**
Oscar Rodríguez Olvera
- **Construcción de ciudadanía y derechos sociales**
Sara María Ochoa León
- **El desarrollo regional y la competitividad en México**
Salvador Moreno Pérez
- **La modernización de la gestión pública: el potencial de la tecnología de información**
Eduardo Rojas Vega
- **La gestión del agua en los gobiernos locales de México**
César Augusto Rodríguez Gómez
- **Excedentes petroleros y desarrollo regional**
José de Jesús González Rodríguez
- **El sector eléctrico como política de Estado en el desarrollo nacional**
María Guadalupe Martínez Anchondo
- **Ciudadanía y calidad de vida: consideraciones en torno a la salud**
Francisco J. Sales Heredia
- **Actores y decisiones en la reforma administrativa de Pemex**
Alejandro Navarro Arredondo
- **Turismo: actor de desarrollo nacional y competitividad en México**
Octavio Ruiz Chávez
- **Fiscalización y evaluación del gasto público descentralizado en México**
Juan Carlos Amador Hernández
- **Impacto de la actividad turística en el desarrollo regional**
Gustavo M. Meixueiro Nájera
- **Apuntes para la conceptualización y la medición de la calidad de vida en México**
Sara María Ochoa León
- **Migración, remesas y desarrollo regional**
Salvador Moreno Pérez
- **La reforma electoral y el nuevo espacio público**
Efrén Arellano Trejo
- **La alternancia municipal en México**
César Augusto Rodríguez Gómez
- **Propuestas legislativas y datos de opinión pública sobre migración y derechos humanos**
José de Jesús González Rodríguez
- **Los principales retos de los partidos políticos en América Latina**
César Augusto Rodríguez Gómez / Oscar Rodríguez Olvera
- **La competitividad en los municipios de México**
César Augusto Rodríguez Gómez
- **Consideraciones sobre la evaluación de las políticas públicas: evaluación ex ante**
Francisco J. Sales Heredia
- **Construcción de la agenda mexicana de Cooperación transfronteriza**
Iván H. Pliego Moreno
- **Instituciones policiales: situación y perspectivas de reforma**
Efrén Arellano Trejo
- **Rendición de cuentas de los gobiernos locales**
Juan Carlos Amador Hernández
- **¿Seguimos o cambiamos la forma de evaluar los programas sociales en México?**
Octavio Ruiz Chávez
- **Nuevos patrones de la urbanización. Interacción económica y territorial en la Región Centro de México.**
Anjanette D. Zebadúa Soto
- **La Vivienda en México y la población en condiciones de pobreza**
Liliam Flores Rodríguez
- **Secuestro. Actualización del marco jurídico.**
Efrén Arellano Trejo
- **Crisis económica y la política contracíclica en el sector de la construcción de vivienda en México.**
Juan Carlos Amador Hernández
- **El lavado de dinero en México, escenarios, marco legal y propuestas legislativas.**
José de Jesús González Rodríguez
- **Transformación de la esfera pública: Canal del Congreso y la opinión pública.**
Octavio Ruiz Chávez
- **Análisis de lo temas relevantes de la agenda nacional para el desarrollo metropolitano.**
Salvador Moreno Pérez
- **Racionalidad de la conceptualización de una nueva política social.**
Francisco J. Sales Heredia
- **Desarrollo local y participación ciudadana**
Liliam Flores Rodríguez
- **Reglas de operación de los programas del Gobierno Federal: Una revisión de su justificación y su diseño.**
Gilberto Fuentes Durán
- **La representación política en México: una revisión conceptual y de opinión pública**
Gustavo Meixueiro Nájera
- **La reforma electoral, avances y pendientes**
César Augusto Rodríguez Gómez
- **La alianza por la Calidad de la Educación: modernización de los centros escolares y profesionalización de los maestros**
Juan Carlos Amador Hernández
- **200 años de federalismo en México: una revisión histórico.**
Iván H. Pliego Moreno
- **Tendencias y percepciones sobre la Cámara de Diputados.**
Efrén Arellano Trejo
- **Paquete Económico 2010 y la Agenda de Reformas. Puntualizaciones.**
Juan Carlos Amador Hernández
- **Liberalismo Económico y algunos de sus impactos en México.**
Carlos Agustín Vázquez Hernández

- **Disciplina partidista en México: el voto dividido de las fracciones parlamentarias durante las LVII, LVIII y LIX legislaturas**
María de los Ángeles Mascott Sánchez
- **Panorama mundial de las pensiones no contributivas**
Sara María Ochoa León
- **Sistema integral de justicia para adolescentes**
Efrén Arellano Trejo
- **Redes de política y formación de agenda pública en el Programa Escuelas de Calidad**
Alejandro Navarro Arredondo
- **La descentralización de las políticas de superación de la pobreza hacia los municipios mexicanos: el caso del programa hábitat**
Alejandro Navarro Arredondo
- **Los avances en la institucionalización de la política social en México**
Sara María Ochoa León
- **Justicia especializada para adolescentes**
Efrén Arellano Trejo
- **Elementos de análisis sobre la regulación legislativa de la subcontratación laboral**
José de Jesús González Rodríguez
- **La gestión, coordinación y gobernabilidad de las metrópolis**
Salvador Moreno Pérez
- **Evolución normativa de cinco esquemas productivos del Fondo de Apoyo para Empresas en Solidaridad: de la política social al crecimiento con calidad**
Mario Mendoza Arellano
- **La regulación del cabildeo en Estados Unidos y las propuestas legislativas en México**
María de los Ángeles Mascott Sánchez
- **Las concesiones de las autopistas mexicanas, examen de su vertiente legislativa**
José de Jesús González Rodríguez
- **El principio del que contamina paga: alcances y pendientes en la legislación mexicana**
Gustavo M. Meixueiro Nájera
- **Estimación de las diferencias en el ingreso laboral entre los sectores formal e informal en México**
Sara María Ochoa León
- **El referéndum en la agenda legislativa de la participación ciudadana en México**
Alejandro Navarro Arredondo
- **Evaluación, calidad e inversión en el sistema educativo mexicano**
Francisco J. Sales Heredia
- **Reestructuración del sistema federal de sanciones**
Efrén Arellano Trejo
- **El papel del Estado en la vinculación de la ciencia y la tecnología con el sector productivo en México**
Claudia Icela Martínez García
- **La discusión sobre la reforma política del Distrito Federal**
Salvador Moreno Pérez
- **Oportunidades y Seguro Popular: desigualdad en el acceso a los servicios de salud en el ámbito rural**
Karla S. Ruiz Oscura
- **Panorama del empleo juvenil en México: situación actual y perspectivas**
Víctor Hernández Pérez
- **50 aniversario de la conformación de la Unión Europea**
Arturo Maldonado Tapia
Jésica Otero Mora
- **Las dificultades de las transiciones administrativas en los municipios de México**
César Augusto Rodríguez Gómez
- **La segunda vuelta electoral, experiencias y escenarios**
José de Jesús González Rodríguez
- **La reestructuración organizacional en Petróleos Mexicanos**
Alejandro Navarro Arredondo
- **¿Cómo debemos distribuir cuando nuestro objetivo es la justicia social?**
Francisco J. Sales Heredia
- **Participación de Pemex en el gasto social de alguno de los estados de la república**
Francisco J. Sales Heredia
- **La Ley General de Desarrollo Social y la medición de la pobreza**
Sara María Ochoa León
- **El debate sobre el desarrollo sustentable o sostenible y las experiencias internacionales de desarrollo urbano sustentable**
Salvador Moreno Pérez
- **Nueva legislación en materia de medios de comunicación**
Efrén Arellano Trejo
- **El cambio climático en la agenda legislativa**
María Guadalupe Martínez Anchondo
- **¿Qué distribuir cuando nuestro objetivo es la justicia social?**
Francisco J. Sales Heredia
- **La reforma al Poder Judicial en el marco de la Reforma del Estado**
José de Jesús González Rodríguez
- **El Poder Legislativo y la construcción de la cultura democrática**
Efrén Arellano Trejo