

Seguro popular: evidencia de los avances en asignación de recursos públicos, acceso y cobertura de servicios de salud y protección financiera

JULIETA GUZMÁN FLORES¹

Resumen

El propósito de este artículo es sintetizar la evidencia de los avances del Programa Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o *Seguro Popular* desde tres ámbitos: asignación de recursos públicos, acceso y cobertura de servicios de salud y protección financiera. La revisión narrativa de la literatura abarca estudios recientes e información de bases de datos oficiales para proporcionar una visión general de la cobertura universal del programa, desde su inicio en 2003. El estudio comprendió el análisis de la evolución del gasto salud público, la escala de afiliaciones de la población no asegurada y el impacto en la disminución del riesgo catastrófico por motivos de salud.

Palabras clave: Gasto público en Salud para Población sin Seguridad Social, Seguro Popular, Acceso y Cobertura de salud, Protección Financiera, Gasto Catastrófico en Salud.

Clasificación JEL: D63, H23, I13, I14, I15.

Fecha de Recepción: 19-Oct-17 Fecha de Aceptación: 27-Nov-17.

1. Universidad de Guadalajara

SEGURO POPULAR: EVIDENCE OF ADVANCES
IN ALLOCATION OF PUBLIC RESOURCES, ACCESS AND COVERAGE
OF HEALTH SERVICES AND FINANCIAL PROTECTION

Abstract

The purpose of this article is to synthesize the evidence of the progress of the Social Protection in Health System (SPHS) Program or *Seguro Popular* on three areas: allocation of public resources, access and coverage of health services, and financial protection. The narrative review of the literature includes recent studies and information from official databases which provide an overview of the universal coverage of the program, since its inception in 2003. The study included an analysis of the evolution of public health spending, the scale of affiliations of the uninsured population and its impact on reducing catastrophic risk for health reasons.

Keywords: Public expenditure on health uninsured population, Seguro Popular Program, Access and Health Coverage, Financial Protection, Catastrophic Health Expenditure.

JEL Classification: D63, H23, I13, I14, I15.

Introducción

En México existe una notable inequidad en el sistema de financiamiento del sector salud por las disparidades en indicadores de salud que se presentan, sobre todo entre regiones, grupos poblaciones y etnias (Comisión Mexicana sobre Macroeconomía y Salud, 2006). El país enfrenta además un rezago en las tasas de mortalidad materna e infantil² y una creciente incidencia en enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes.

Durante dos décadas el promedio el gasto en salud³ se ha mantenido en un nivel bajo, representa el 6 % del total del Producto Interno Bruto (SICUENTAS, 2015), es decir, la mitad del gasto promedio de los países miembros de la OCDE (OCDE, 2013). En el año 2002, más de 60 millones de mexicanos no tenían ninguna forma institucional de protección financiera en salud (Knaul, et al., 2012) porque el sistema de seguridad social era excluyente para más de la mitad de la población mexicana y se basaba en la situación laboral del jefe de familia.

-
2. De acuerdo a las bases de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al 2015 México reportó una tasa de mortalidad materno 38 por cada cien mil nacidos vivos, en 2002 la tasa promedio era superior, casi el doble 77 por cada cien mil. Por otro lado, la UNICEF estima para México una tasa promedio en la mortalidad infantil de menores de 5 años de 14.6 por cada mil nacidos vivos, en 2016, menor que la que se tenía en 2002 siendo el promedio 23.9 por cada mil (UN IGME).
 3. En el gasto en salud se incluyen el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares.

Con el surgimiento del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) o Seguro Popular en 2003, el presupuesto del gasto público en salud destinado para la población sin seguridad social aumentó. En 2001, era de un tercio. Actualmente es la mitad del presupuesto. Sin embargo, el gasto por beneficiario no ha logrado un equilibrio financiero; en términos de redistribución, continúa siendo menor para la población no asegurada que para la asegurada. En este sentido cabe destacar, que tampoco la infraestructura hospitalaria que alberga el SPSS se distribuye uniformemente entre las regiones.

Los logros del SPSS radican en el nivel de acceso y cobertura médica alcanzando: en una década el aumento en la membresía ha sido poco más de 50 millones de mexicanos inscritos voluntariamente. Entre los afiliados se encuentra poco más de la mitad de la población más pobre (Chávez, Hernández, López-Calva, 2012).

Aunque las carencias e inequidades financieras son acuciantes, Flamand y Moreno (2015) reconocen que aún con un presupuesto limitado, el programa Seguro Popular ha logrado reducir a cierto grado la brecha entre la población asegurada y no asegurada, y ha disminuido catástrofes financieras entre la población más vulnerable. El análisis de estudio se inicia identificando los desequilibrios de las asignaciones de recursos públicos para la población sin seguridad social. Posteriormente se describe la condición económica de los hogares afiliados al Seguro Popular. Después se muestran los alcances de protección financiera, analizando específicamente los patrones de afiliación de la población mexicana y de los migrantes mexicanos retornados a México. Luego, se describe en qué consiste la protección financiera contra gastos catastróficos por motivos de salud y cuáles han sido sus avances. Al final son las conclusiones.

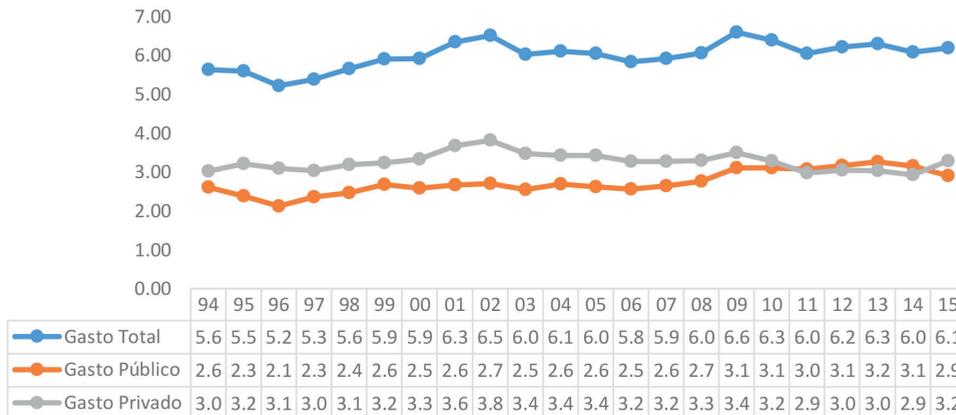
Asignaciones de recursos públicos para la población sin seguridad social

En el sexenio de Calderón el gasto en salud en promedio fue de 15.6% del gasto programable al 2015 incrementa a 16% (SICUENTAS, 2015). En el gasto en salud se incluyen: el gasto de bolsillo, las contribuciones a la seguridad social y el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares, representó en 2015 el 6.1 % del total del PIB, que en promedio se ha mantenido durante dos décadas.

El gasto de la Secretaría de Salud, se integra por el presupuesto que se asigna a la federación a través del ramo 12 y ramo 33, y por los recursos propios que las entidades federativas destinan a los servicios de salud. Dentro de éstos está incluido el gasto destinado al SSPS. En 2013 el gasto público en salud para la población abierta se constituyó con el 49 % del Ramo 12; el 30 % con Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud [FASSA] (Ramo 33); 4.3 % IMSS Prospera; 2.3 % SEDENA (Ramo 7); 0.8 % SEMAR (Ramo 13); y 13.1 % con el Gasto Estatal.

El total del gasto público para la población con seguridad social en 2014 ascendió a 299 mil 527 millones de pesos y para la población sin seguridad social fue de 243 mil 975 millones de pesos.

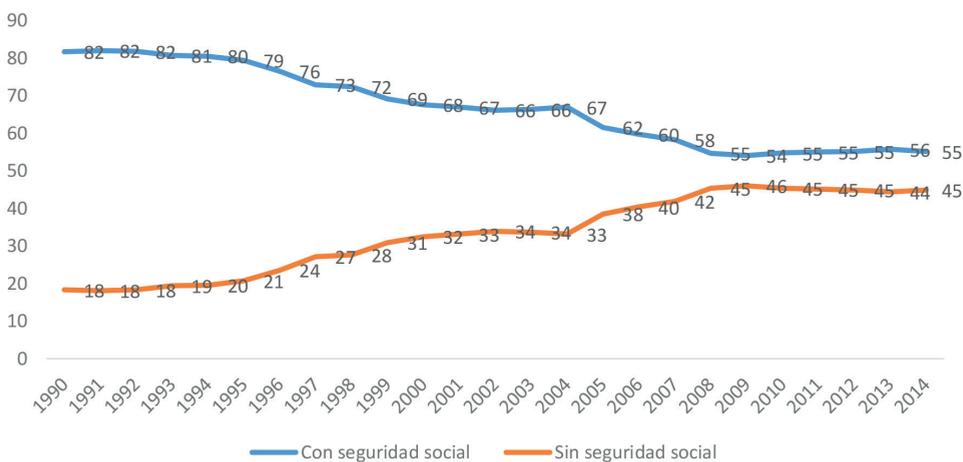
Gráfica 1
Gasto total en salud, gasto público y gasto privado como % del PIB nacional (1994-2015)



Fuente: SICUENTAS (2016).

El porcentaje del gasto público en salud para la población sin seguridad social en México en un periodo de 25 años (1990-2014), ha pasado del 18 % al 45 %, mientras que el gasto público para la población con seguridad social, disminuyó en este periodo: del 82 % al 56 % (SICUENTAS, 2016) (Gráfica 2).

Gráfica 2
Gasto público de la población con y sin seguridad social (1990-2014)



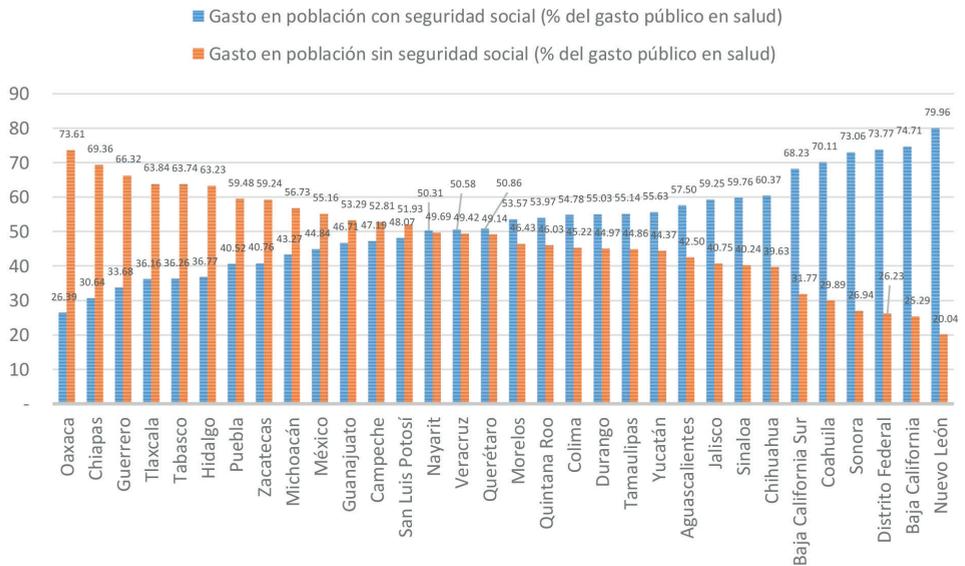
Fuente: SICUENTAS (2016).

Los estados que tiene asignado un mayor presupuesto de gasto público para la población con seguridad social son: Nuevo León (79.6%), Baja California (74.7%) y Distrito Federal (73.7%). Con el menor gasto público en salud para la población con seguridad social en el país aparecen Oaxaca (26.39%), Chiapas (30.64%) y Guerrero (33.68%).

En cambio, los estados de: Oaxaca (73.6%), Chiapas (69.3%) y Guerrero (66.32%) tienen mayor asignación de gasto para la población sin seguridad social y con el presupuesto más bajo para los no asegurados, los estados de Nuevo León (20.04%), Baja California (25.29%) y Distrito Federal (26.23%) (Gráfica 3).

Elasto federal en salud per cápita en 2014 varía para la población sin seguridad social entre las 32 entidades, en el orden de 2.06 a 1 entre el gasto más alto con el Distrito Federal con 5,102.97 pesos y Puebla con la menor participación en el país 2,467.71 pesos.

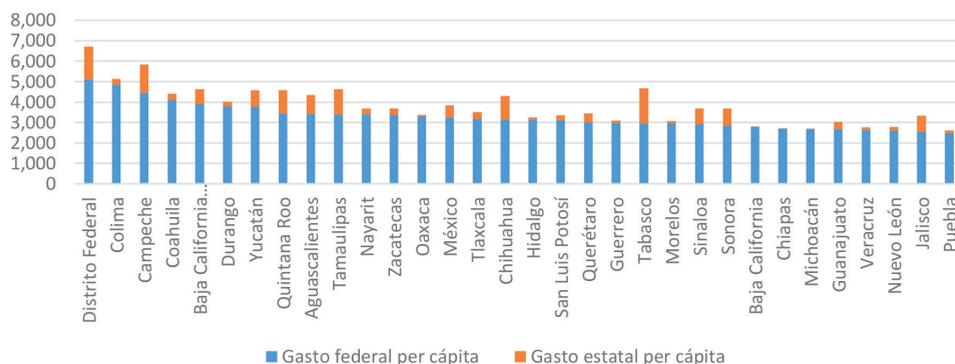
Gráfica 3
Distribución del gasto público en salud por estado (2014)



Fuente: SICUENTAS (2016).

El promedio del gasto federal en salud es de 3,277 pesos y el gasto estatal en salud 541 pesos (Gráfica 4).

Gráfica 4
Gasto público en salud per cápita nivel federal y estatal (2014)



Fuente: SICUENTAS (2016).

En el Cuadro 1 se comparan los promedios de los desequilibrios financieros del año 2001 (cuando se inició la Reforma Mexicana de Salud y la creación del programa SPSS) y 2013. Los resultados atisban algunas mejoras tras la implementación del SPSS que buscó avalar el derecho a la protección social en salud para las familias afiliadas y garantizar un esquema de protección financiera.

México presenta bajo nivel del gasto general en salud; asignación desigual de los recursos públicos entre los asegurados y los no asegurados, y entre estados; contribuciones estatales desiguales al financiamiento de los servicios de salud. Así mismo, persiste una alta tasa en el gasto de hogares y organizaciones sin fines de lucro, que ha disminuido en una pequeña proporción con las reformas de salud mencionadas.

Cuadro 1
Desequilibrio Financiero en el Programa Nacional de Salud en México

<i>Desequilibrio Financiero</i>	<i>Promedio Nacional</i>	
	<i>2001</i>	<i>2013</i>
<i>Bajo nivel del gasto general en salud</i>		
Gasto Total en Salud del Producto Interno Bruto (PIB)	6.3%	6.3%
Gasto público total en salud como porcentaje del gasto público total	15.7%	15.7%
Asignación desigual de los recursos públicos entre los asegurados y los no asegurados		
El gasto público promedio en salud per cápita: con seguridad social/sin seguridad social	2.1 veces mayor	1.6 veces mayor
Financiamiento público federal para salud para la población no asegurada	32.4%	44.3%
<i>Contribución estatal desigual al financiamiento de los servicios de salud</i>		
El gasto federal per cápita varía para la población sin seguridad social entre las 32 entidades: con mayor y menor asignación del gasto	4.3 a 1	3.3 a 1

Desequilibrio Financiero	Promedio Nacional	
	2001	2013
Predominio del gasto de hogares y organizaciones sin fines de lucro		
Porcentaje del gasto total	55%	43%

Fuente: Elaboración propia con datos de Frenk, González-Pier, Gómez-Dantés, Lezana, y Knaul (2007) y del Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2015.

Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular)

De 2001 a 2003 se llevó a cabo el piloto del SPSS o *Seguro Popular* basado en un plan de beneficios centrado en atención médica de baja y mediana complejidad. En 2003 se aprobó la Ley General de Salud (LGS) quedando establecido oficialmente como Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) que se concibió como un seguro de salud subsidiado para la población abierta y sin seguridad social. El programa tiene como finalidad garantizar el derecho a la salud (acceso a atención médica regular y preventiva) y minimizar las posibilidades de caer en gastos catastróficos entre sus afiliados (Seguro Popular, 2015). Los componentes de atención médica del Seguro Popular son básicamente dos paquetes: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES)⁴ y el Fondo para la Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

En 2004, el paquete CASES (hoy CAUSES) ofrecía 90 intervenciones que fueron incrementado hasta alcanzar 287 intervenciones en 2016. En los últimos tres años (2014 – 2016) se han incorporado a la lista de intervenciones, el diagnóstico y tratamiento de cataratas, estabilización en urgencias y manejo ambulatorio de cuidados paliativos y dolor crónico. Las intervenciones del CAUSES se otorgan en establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención médica (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016).

La lista de intervenciones del FPGC son enfermedades con menor incidencia y altos costos, en 2016 el paquete incluyó un total de 61 tratamientos. Del total de las intervenciones cubiertas por el FPGC, sólo cinco intervenciones tienen cobertura casi universal: atención neonatal intensiva (32 estados), trastornos quirúrgicos (31 estados), congénitos y adquiridos (31 estados), cáncer de cuello uterino (29 estados) y cáncer de mama (29 estados) (Lozano y Garrido, 2015).

En 2016 el presupuesto global del SPSS fue de 165,040 millones de pesos incluyendo los gastos de operación de la CNPSS y otras acciones (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016).

La mayor parte del presupuesto del Seguro Popular se integra con la aportación anual que realiza el gobierno federal que se compone de una Aportación Solidaria

4. En 2003, el paquete de atención médica regular y preventiva se llamaba Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (CASES) a partir de 2006 se denomina Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES).

Federal ⁵ y una Cuota Social.⁶ Además, los gobiernos de las entidades federativas efectúan una Aportación Solidaria Estatal (ASE) por persona afiliada, la cual debe ser al menos de un monto equivalente a la mitad de la Cuota Social (Gráfica 6) (CNPSS, Secretaría de Salud).

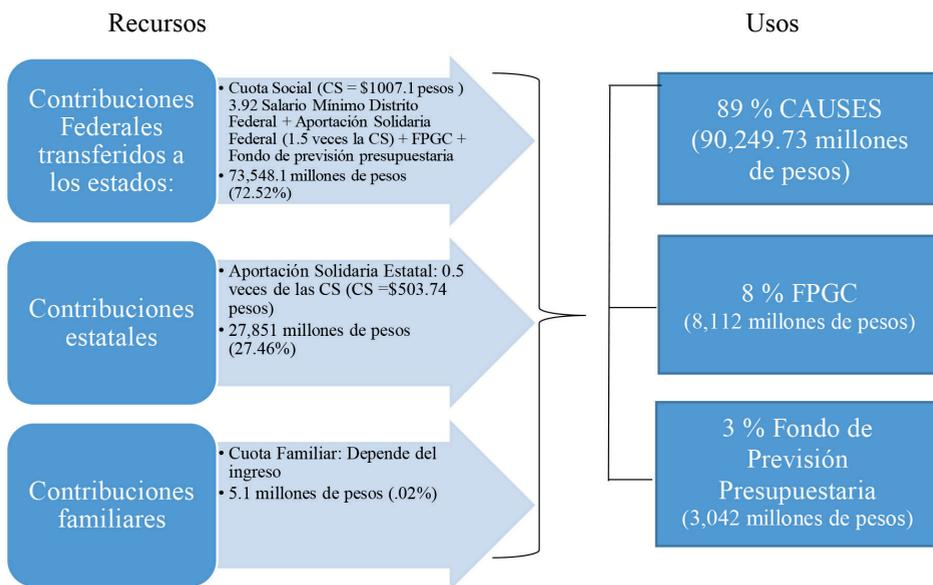
Los mecanismos de pago del Seguro Popular son: CAUSES, FPGC y el Fondo Presupuestal (Lozano y Garrido, 2015). Los gobiernos estatales son responsables de gastar el 89% del total recursos del Seguro Popular para financiar la entrega del paquete esencial (transferencia a entidades federativas por persona afiliada). La otra parte del recurso ejercido anualmente es el 3% del Fondo de Previsión Presupuestal para imprevistos de demanda de servicios e infraestructura. Mientras que el 8 % corresponde al FPGC.

Todos estos porcentajes conforman los recursos asignados anualmente al Seguro Popular, siendo la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), la agencia responsable encargada de reembolsar a los proveedores las tarifas preestablecidas para cada intervención (Knaul, et al., 2013, p. 1264) mediante mecanismos de compensación económica entre estados (Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, 5 de abril de 2004).

El gasto destinado al Seguro Popular en 2016 fue más de 73,548.1 millones de pesos, 16 veces más que en 2004 (Tabla 1).

-
5. Se toma como Aportación Social Federal los recursos federales asociados a otros programas de salud para la atención de la población no derechohabiente de la seguridad social quedando incluido en el presupuestos del SPSS: Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud destinados a la Persona (FASSA-P, Ramo 33); Programas Nacionales de Salud; Programa Seguro Médico Siglo XXI; Apoyo para fortalecer la calidad de los servicios de salud; y Componente de Salud de Prospera Programa de Inclusión Social (Ramo 12).
 6. Aportación Solidaria Federal, equivalente a un monto de al menos una y media veces el importe de la Cuota Social. Cuota social: aportación anual realizada por el Gobierno Federal por familia beneficiaria equivalente a 3.92 % de un salario mínimo vigente en el Distrito Federal (CONEVAL, 2014).

Gráfica 5
Recursos y usos del fondo SPSS (2016)



Fuente: Elaboración propia con datos de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

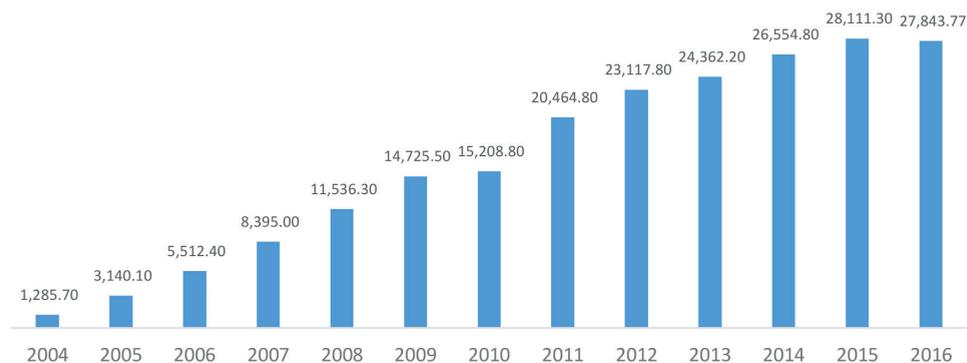
Tabla 1
Gasto destinado al Seguro Popular (millones de pesos)

Concepto/Año	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
a) Seguro Popular	4,315.3	7,988.7	16,100.1	25,443.9	32,685.6	40,979.2	47,046.0	59,261.2	67,290.5	72,311.9	76,045.1	77,289.1	73,548.1
Cuota Social y Aportación Solidaria Federal	3,367.1	6,232.5	12,170.4	18,898.7	24,915.6	31,275.4	37,029.5	46,531.6	51,855.4	56,232.5	58,524.8	58,999.5	55,394.20
Fondo de Previsión presupuestal	232.5	514.0	1,044.3	1,512.3	2,078.2	2,646.5	2,731.8	3,471.8	4,160.9	4,385.3	4,778.3	4,988.10	4,951.20
Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC)	620.0	969.6	2,885.4	5,032.9	5,691.8	7,057.3	7,284.7	9,257.8	11,090.9	11,694.1	12,742.0	13,301.50	13,203.30
Gastos de Operación	95.7	122.6											
Enfermedad Renal crónica									183.3				
b) Operación CNPSS	118.6	294.0	598.3	382.2	476.2	553.0	798.0	401.1	572.3	224.4	422.0	211.8	302.1
Otras acciones		5.3	3.4	1.9	4.2	4.6							

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

Las Aportaciones Solidarias Estatales, desde 2004 han aumentado poco más de 20 veces alcanzando en 2016 los 27, 843.77 millones de pesos (Gráfica 6).

Gráfica 6
Aportaciones Solidarias Estatales (ASE), 2004-2016 (millones de pesos)



Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

La lista explícita de intervenciones permitidas a través del CAUSES es una guía para las decisiones de inversión en infraestructura, equipamiento y entrenamiento de recursos humanos para garantizar el acceso efectivo a los servicios (Knaul, González-Pier, Gómez-Dantés et al., 2012). La mayoría de las intervenciones, se definen con base a la epidemiología actual de enfermedades o lesiones tomando en cuenta los resultados del análisis de la carga de morbilidad en México, expresado en términos de edad e incidencia específica de sexo, prevalencia, letalidad, remisión, y mortalidad (Salomon et al., 2012, p.3).

Frenk, Gómez-Dantés and Knaul (2009, p. 543) señalan los beneficios de la implementación de CAUSES: 1) se utilizan como base para calcular el recursos necesarios para proporcionar atención médica servicios para personas sin seguro; 2) como una herramienta de aseguramiento de calidad diseñada para asegurar que todos los servicios necesarios se proporcionan según el estándar protocolos; y 3) para empoderar a la población matriculada haciendo conscientes a las personas de sus derechos.

En el caso de las intervenciones de tratamiento se busca transitar a otros estados de enfermedad, tasas de remisión, o tasas de letalidad (Salomon et al., 2012, p.4). Actualmente, el Consejo General de Salud define una enfermedad catastrófica según la duración de la enfermedad, las diferentes etapas de tratamiento y su costo (Reglamento Interior de la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasianan Gastos Catastróficos, 2017, Art. 27).

El Seguro Popular ha desarrollado dos tipos de costeo: el micro-costeo y el macro-costeo. El micro-costeo es una función de producción de las intervenciones (consulta externa, día de estancia hospitalaria, medicamentos, insumos, etc.) que toma los costos de “abajo hacia arriba”, es decir, los insumos requeridos como infraestructura, recursos humanos y equipamiento, separándolos en costos fijos y variables (Ávila-Figueroa y otros, 2002).

El macro-costeo o método de costos de “arriba hacia abajo” se basa en un techo presupuestario para determinar los paquetes de atención médica.⁷ Para el paquete CAUSES se estima el costo per cápita por intervención, tomando en cuenta la población objetivo, que serían aquellos sin ningún tipo de seguridad social y la incidencia. Para el paquete FPGC, es el mismo procedimiento de costeo, sin incluir los costos variables porque los hospitales de especialidades poseen recursos para costos fijos (salarios, costos de capital y servicios generales).

El presupuesto del Seguro Popular se distribuye por regiones considerando principalmente el grado de dispersión poblacional, presupuestos históricos y marginación (CONEVAL, 2011). Sin embargo, los estados más pobres se ven limitados en su aportación por persona afiliada y posiblemente carezcan de las condiciones suficientes para prestar servicios (Laurel y Ronquillo, 2010).

Los servicios de los centros de salud son proporcionados por los sistemas estatales y el IMSS-Oportunidades (Hoy IMSS-Prospera), incluso en algunos casos se presentan subrogaciones de servicios privados, o se recurre a los servicios al IMSS (Seguro Popular, 2015). Para el caso de transferencia de recursos catastróficos interviene Banobras (Martínez, 2013). A nivel jurisdicciones sanitarias se mantiene básicamente el enfoque de atención primaria y la atención médica ambulatoria (Knaul, et al., 2013).

La infraestructura de los servicios estatales de salud y el grado de marginación son indicadores de cómo se distribuye el número de unidades médicas en la Secretaría de Salud del Estado. Oaxaca con un índice de marginación muy alto es la entidad con mayor número de unidades médicas en el país (Cuadro 2).

Cuadro 2
Grado de Marginación y Unidades Médicas Secretaría de Salud (2010)

<i>Estado</i>	<i>Grado de Marginación, 2010</i>	<i>Unidades médicas en la Secretaría de Salud del Estado, 2010</i>	<i>Estado</i>	<i>Grado de Marginación, 2010</i>	<i>Unidades médicas en la Secretaría de Salud del Estado, 2010</i>
Chiapas	Muy alto	425	Quintana Roo	Medio	234
Guanajuato	Muy alto	698	Sinaloa	Medio	522
Oaxaca	Muy alto	1,541	Tlaxcala	Medio	226
Campeche	Alto	237	Zacatecas	Medio	491
Guerrero	Alto	1,152	Aguascalientes	Bajo	134
Michoacán de Ocampo	Alto	1,056	Baja California Sur	Bajo	141
Puebla	Alto	1,172	Chihuahua	Bajo	191

7. El costo individual en pesos constantes del Seguro Popular disminuyó de \$3,089 a \$2,614 pesos, es decir, se tuvo un decremento acumulado del 14 %, según los reportes del Sistema de Protección Social de 2004 a 2012 (Giedion, et al., 2014).

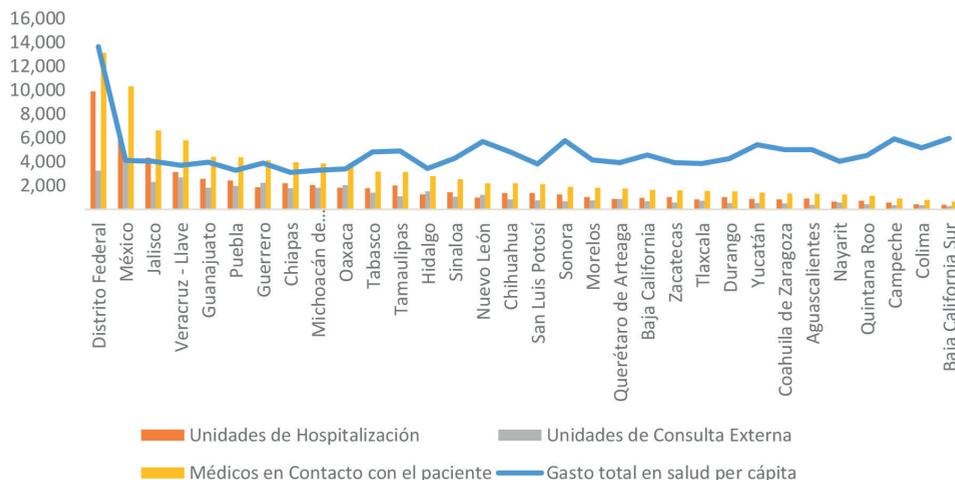
<i>Estado</i>	<i>Grado de Marginación, 2010</i>	<i>Unidades médicas en la Secretaría de Salud del Estado, 2010</i>	<i>Estado</i>	<i>Grado de Marginación, 2010</i>	<i>Unidades médicas en la Secretaría de Salud del Estado, 2010</i>
San Luis Potosí	Alto	631	Colima	Bajo	586
Tabasco	Alto	707	Hidalgo	Bajo	964
Veracruz de Ignacio de la Llave	Alto	1,742	Jalisco	Bajo	1,057
Yucatán	Alto	340	Sonora	Bajo	441
Durango	Medio	515	Tamaulipas	Bajo	593
Estado de México	Medio	1,476	Baja California	Muy bajo	283
Morelos	Medio	295	Coahuila de Zaragoza	Muy bajo	1,707
Nayarit	Medio	410	Distrito Federal	Muy bajo	636
Querétaro	Medio	296	Nuevo León	Muy bajo	608

Fuente: INEGI. Anuario de Estadísticas por Entidad Federativa (2012); CONAPO con base en el INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda 2000 y Censo de Población y Vivienda 2010.

Según la CNPSS los establecimientos de atención médica que otorgan los servicios que integran CAUSES pueden ser unidades móviles, centros de salud, y Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), hospitales generales, hospitales materno-infantiles y hospitales pediátricos. Sin embargo, para la población sin seguridad social prevalece una distribución desigual de unidades clínicas en el país y de las unidades con especialidades (Gráfica 7). A lo largo del país, el gasto público per cápita para la población sin seguridad social y el número de unidades de hospitalización y consulta externa solamente tiene correspondencia con el Distrito Federal. Cinco entidades federativas (México, Guerrero, Oaxaca, Veracruz y Jalisco) aglutinan el 36 % unidades médicas y el 31 % del personal médico registrado en el sistema de salud para la población sin seguridad social (SICUENTAS, 2016).

Gráfica 7

**Infraestructura y gasto para población sin seguridad social por entidad federativa
(Miles de pesos constantes, 2014)**



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2016.

Otro punto importante para lograr una atención médica adecuada de CAUSES, FPGC y el Programa Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI) consiste en garantizar la acreditación de los establecimientos. Son acreditables los hospitales generales, Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES), Centros Regionales de Alta Especialidad (CRAE) y hospitales privados que integran los establecimientos del Programa Seguro Médico Siglo XXI y del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).

En 2016, las unidades médicas acreditadas para brindar servicios CAUSES fueron un total de 12,795 establecimientos. Las unidades médicas se distribuyeron de la siguiente forma: Secretaría Salud 11,955 de un total de 22,387, IMSS – PROSPERA 732 de 3618, Unidades de Servicios Médicos Estatales 17 de 377, establecimientos privados 76 de 3,086, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) 10 de 94 y de la Cruz Roja 5 de 98 (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016).

Para los 61 tratamientos que ofrece el FPGC, se tienen acreditados 1,066 establecimientos, el 70% ofrecen siete tratamientos: neonatos con insuficiencia respiratoria y prematuridad (18%); cáncer en la infancia y adolescencia (15 %); VIH/SIDA (11 %); trastornos quirúrgicos congénitos y adquiridos (8 %); infarto Agudo al Miocardio (6 %); cáncer de mama (6 %); y cáncer cérvico uterino (6 %) (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016).

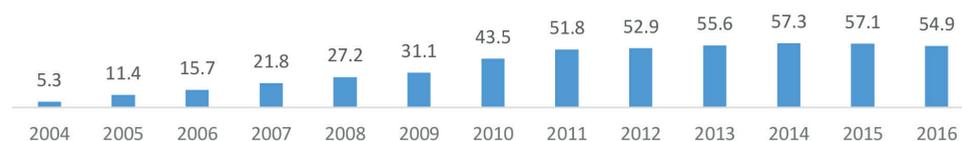
Durante el periodo 2012-2016 se han validado 707,814 casos del FPGC por un monto de 35,371 millones de pesos, de las enfermedades consideradas como catastróficas (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016). En 2015, el mayor

número de casos atendidos fue del VIH/Sida con un acumulado de 75,497 y una correspondencia de 2,775.26 millones de pesos.⁸ Le siguió Cuidados Intensivos Neonatales con 22,590 casos por el que se pagaron 1,059.28 millones de pesos, y en tercer lugar con 11,254 los tratamientos de cáncer de mama, con pagos por 2,274.79 millones de pesos (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, CNPSS 2016).

Condición Económica de los afiliados al Seguro Popular

Desde su lanzamiento oficial en 2003, el Seguro Popular ha sido definido como un esquema de aseguramiento público en salud que brinda protección financiera y a la que en poco más de una década se sumaron aproximadamente 50 millones, registrándose el pico más alto en 2014 con 57.3 millones de afiliados (Gráfica 8). El impacto más fuerte de una menor afiliación acumulada para 2016 (54.9 millones) ocurre en este año cuando la CNPSS encuentra 6.9 millones de beneficiarios duplicados en los padrones del IMSS, ISSSTE y de otras instituciones públicas y sociales de atención médica (Auditoría Superior de la Federación, 2014). Del total de los afiliados en 2016 (54.9 millones) 18.8 millones viven en zonas rurales (34.2%) y 36.2 millones (65.8%) en zonas urbanas (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016).

Gráfica 8
Afiliación acumulada Seguro Popular (millones)



Fuente: Seguro Popular (2016).

Para enrolarse al seguro popular las familias deben pagar una cuota familiar de acuerdo con el decil de ingreso en el que se ubican (CONEVAL, 2014). En 2004, el total de familias afiliadas era poco más de un millón y medio. En 2012 alcanzó más de 20 millones de familias con 2.6 miembros en promedio (Tabla 2).

8. El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) transfirió los recursos al FPGC que luego fueron destinados proporcionalmente a cada entidad federativa (Aracena-Genao, 2011).

Tabla 2
Familias afiliadas al Seguro Popular (millones)

<i>Año</i>	<i>Cobertura seguro Popular</i>	
	<i>Número de familias afiliadas</i>	<i>Número de miembros en la familia</i>
2004	1.56	3.4
2005	3.55	3.2
2006	5.10	3.1
2007	7.29	3.0
2008	9.14	2.9
2009	10.73	2.9
2010	15.54	2.8
2011	19.93	2.6
2012	20.34	2.6

Fuente: Giedion, et al. (2014).

En el 2015 se registraron 57.1 millones afiliados al seguro popular, el 99% de personas se encuentran en los deciles I, II, III y IV exentos de cualquier aportación o derecho-habientes del régimen no contributivo (Tabla 3).⁹

El Seguro Popular tiene como meta la afiliación para aumentar el número de capitaciones a través de otros programas federales que le ayuden a garantizar el derecho a la salud e incrementar el presupuesto global. Por ejemplo, en 2016, PROSPERA programa de Inclusión Social realizó transferencias adicionales equivalentes al 1.32% del monto ejercido en 2016 del programa Seguro Popular. El programa Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI) por su transfirió el equivalente al 0.32% al Seguro Popular.

El programa PROSPERA cuenta con estrategias de afiliación para población más vulnerable que están integradas al programa y algunas prestaciones del Seguro Popular. Los programas alineados al Seguro Popular son: PROSPERA-65 y Más, PROSPERA (prioritariamente niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y adultos mayores), Programa para el Desarrollo de Zonas Prioritarias (PDZP), Personas afiliadas pertenecientes a municipios con más del 40% de población que habla lengua indígena, Beneficiarios Hablantes de Lengua Indígena y Cruzada Nacional contra el Hambre. En 2008 también se alineó el programa Embarazo Saludable como estrategia es el acceso inmediato a servicios de salud con la finalidad de reducir la mortalidad materna e infantil.

9. De conformidad con el Diario Oficial de la Federación del 31 de marzo de 2016, la cuota familiar según decil de ingreso asciende en pesos a las siguientes cantidades en pesos: decil V, 2,074.97; decil VI, 2,833.56; decil VII, 3,647.93; decil VIII, 5,650.38; decil IX 7,518.97; y decil X, 11,378.86.

Tabla 3
Personas afiliadas al seguro popular por decil de ingresos (2015)

Entidad/Decil de Ingreso	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	Total
Agascalientes	168,393	145,608	47,505	12,119	2,303	955	317	73	33	10	377,316
Baja California	696,737	368,308	84,339	16,170	1,822	426	70	25	20	0	1,167,917
Baja California Sur	57,747	79,127	42,843	20,799	2,933	785	216	58	27	4	204,539
Campeche	319,954	164,730	22,678	2,195	182	96	13	1	4	0	509,853
Chiapas	2,830,750	714,892	68,437	12,229	1,241	448	67	21	5	0	3,628,090
Chihuahua	915,832	416,324	42,180	603	23	16	0	0	0	0	1,374,978
Coahuila	489,723	278,118	37,677	681	54	37	9	0	3	0	806,302
Colima	133,556	99,687	23,753	4,315	369	136	53	19	4	0	261,892
Distrito Federal	1,797,766	880,108	228,419	46,427	2,670	526	153	79	37	1	2,956,186
Durango	472,818	311,702	34,991	2,518	309	124	16	14	3	0	822,495
Guanajuato	1,186,071	1,446,618	485,996	136,859	15,000	6,178	1,391	279	382	90	3,278,864
Guerrero	1,746,608	527,807	35,423	3,884	563	289	21	3	7	0	2,314,605
Hidalgo	1,122,322	546,749	46,593	6,841	298	106	18	1	5	0	1,722,933
Jalisco	1,435,930	1,212,639	388,257	74,007	7,556	2,533	596	108	33	10	3,121,669
México	4,944,383	2,082,416	196,732	18,278	1,200	628	80	16	13	0	7,243,746
Michoacán	1,769,635	597,191	48,269	3,601	607	190	87	16	1	0	2,419,597
Morelos	747,131	261,646	23,538	3,018	441	248	44	0	7	0	1,036,073
Nayarit	421,350	238,352	21,067	868	11	17	0	0	0	0	681,665
Nuevo León	438,374	556,518	215,744	62,840	3,491	578	112	42	13	1	1,277,713
Oaxaca	2,251,120	463,166	34,915	6,875	578	380	71	3	2	0	2,757,110
Puebla	2,136,885	1,093,993	153,331	28,409	3,641	1,480	407	45	29	7	3,418,227
Querétaro	527,708	349,586	62,523	16,871	830	141	37	5	0	0	957,701
Quintana Roo	438,747	211,385	21,728	3,035	390	86	16	3	3	0	675,393
San Luis Potosí	423,841	685,687	330,746	121,764	17,293	5,657	1,454	414	172	37	1,587,065
Sinaloa	308,488	514,136	234,721	99,492	19,064	6,937	1,518	234	232	13	1,184,835

<i>Entidad/Decil de Ingreso</i>	<i>I</i>	<i>II</i>	<i>III</i>	<i>IV</i>	<i>V</i>	<i>VI</i>	<i>VII</i>	<i>VIII</i>	<i>IX</i>	<i>X</i>	<i>Total</i>
Sonora	385,852	412,619	130,874	23,400	1,909	445	82	10	5	0	955,196
Tabasco	447,034	834,736	261,837	66,126	6,173	2,264	570	195	59	9	1,619,003
Tamaulipas	1,032,939	331,292	52,280	11,888	34	35	4	1	0	0	1,428,473
Tlaxcala	712,187	205,905	11,985	627	121	43	4	5	0	0	930,877
Veracruz	3,113,854	1,259,506	53,857	3,484	135	113	5	0	0	0	4,430,954
Yucatán	701,385	276,484	41,188	4,421	520	286	46	0	1	0	1,024,331
Zacatecas	307,970	471,433	121,588	25,600	2,301	908	184	26	14	0	930,024
Total	34,483,090	18,038,468	3,606,014	840,244	94,062	33,091	7,661	1,696	1,114	182	57,105,622

Fuente: Elaboración propia con datos del Seguro Popular (2015).

Otro programa que tiene correspondencia con el Seguro Popular es el Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI) que proporciona protección en salud a los niños menores de cinco años afiliados. El Seguro Popular está alineado el programa Estrategia Cirugía Extramuros (ECE) funcionando como un complemento del Seguro Popular, sobre todo para cirugías pediátricas de alta especialidad para la población más pobre.

Finalmente, otro de los beneficios del Seguro Popular, se relaciona con la capitación que se percibe de los migrantes mexicanos viviendo en Estados Unidos porque éstos pueden comprar en los consulados mexicanos el plan de *Seguro Social y Seguro Popular* para sus dependientes que vivan México (Vargas-Bustamante, et al., 2008, p. 170). Incluso, el 39.6 % de los inmigrantes internacionales retornados, mayores de 50 años, se encuentran inscritos en el Seguro Popular (Riosmena, González y Wong, 2012).

En este 2016, las autoridades han hecho una depuración de la doble afiliación, se toma en cuenta a quiénes no tengan ningún tipo de seguridad social y también que durante 13 meses o más no gocen de los beneficios como derechohabientes. La intención es incorporar a individuos sin acceso a la salud, como la población más vulnerable y los mexicanos deportados de Estados Unidos, que en el primer trimestre de 2017 alcanzaron 13 mil afiliaciones al Seguro Popular (Cruz Martínez, 17 de mayo de 2017, La Jornada).

Gasto catastrófico por motivos de salud

El FGCS está centralizado y es administrado por el Comité Técnico del Fideicomiso del Sistema de Protección Social en Salud, la demás operaciones se gestionan a nivel estatal (Lakin & Daniels, 2007). De conformidad con el artículo 13, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Protección Social en Salud, 5 de abril de 2004 se establece que en una red establecimientos acreditados, “los regímenes estatales garantizarán la prestación de los servicios de salud a la persona de forma directa a través de los establecimientos para la atención médica de los Servicios Estatales de Salud o de forma indirecta a través de los establecimientos para la atención médica de otras entidades federativas o de otras instituciones del Sistema Nacional de Salud”.

El Programa Seguro Popular está diseñado para lograr una cobertura de seguro universal porque ofrece además de servicios ambulatorios y hospitalarios, servicios médicos no frecuentes y de alto costo a través del paquete FPGC (Knaul, et al., 2012).

Los gastos catastróficos son más frecuentes en los hogares pobres que no cuentan con seguro de salud y que están en el medio rural (Sesma-Vázquez, Pérez-Rico, Sosa-Manzano y Gómez-Dantés, 2005). Según estos autores, la condición de aseguramiento, reduce más de la tercera parte el riesgo de gastos catastróficos por motivos de salud, siendo menos propensos a incurrir en gastos excesivos para atender sus necesidades de salud los hogares de mayor capacidad económica.

Un hogar con gastos catastróficos por motivos de salud se define como todo aquel que está destinando más del 30 % de su capacidad de pago, al financiamiento de la salud de sus miembros (Secretaría de Salud, 2002). La capacidad de pago es el exce-

dente de recursos en efectivo del hogar, el cual se mide descontando del gasto total de los hogares, el gasto de subsistencia, medido a través del gasto en alimentación o una línea de pobreza, y el gasto en salud financiado por impuestos. También la capacidad de pago se refiere a un cierto gasto que define el nivel de pobreza (dos dólares diarios por persona).

El riesgo catastrófico es fuerte en la mayoría de los hogares en México, independientemente del auge en cuanto a la afiliación a un esquema de protección financiera, por ello es importante que funcione, que se provean medicinas y que la población se sienta satisfecha con los servicios ambulatorios públicos (ENSANUT, 2012).¹⁰ En México el 2.06 % de los hogares incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud en 2012, en términos absolutos asciende a 651,386 hogares (Unidad de Análisis Económico-Secretaría de Salud, 2015).

El 4.6 % de la quinta parte de la población más pobre en México presentó gasto catastrófico por motivos de salud, tres veces más que el resto de los hogares, pero representa un significativa disminución del porcentaje de los hogares con gasto catastrófico en México a partir del establecimiento del Seguro Popular (Tabla 4).

Tabla 4
Porcentaje de hogares con gasto catastrófico por quintil de ingreso en México (2002-2012)

<i>Quintil</i>	<i>2002</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2008</i>	<i>2010</i>	<i>2012</i>
I	5.48	4.88	5.89	6.41	4.80	4.04	4.60
II	2.90	3.80	3.83	4.47	2.54	2.17	1.66
III	1.92	2.73	2.73	2.42	1.74	1.45	1.62
IV	2.14	2.22	2.37	2.95	1.59	1.85	1.28
V	1.97	2.08	1.53	2.60	1.94	1.64	1.15

Fuente: Encuesta Nacional de Instituto Nacional de Estadística y Geografía Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares.

Conclusiones

Desde la implementación del programa Seguro Popular el gobierno se ha visto presionado para mantener el gasto social en salud tratando de proveer atención primaria para los más pobres y ofreciendo apoyo a los migrantes mexicanos que retornan en

10. El artículo 77 bis 4 de la LGS, el núcleo familiar puede integrarse de cualquiera de las siguientes formas: por los cónyuges; por la concubina y el concubinario; por el padre y/o la madre no unidos en vínculo matrimonial o concubinato; y por otros supuestos de titulares y sus beneficiarios que el Consejo de Salubridad General determine con base en el grado de dependencia y convivencia que justifique su asimilación transitoria o permanente a un núcleo familiar. En el 2014 tamaño promedio fue de 2.5 (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2016). (<http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/63/2017/feb/SaludSP-20170207.pdf>)

Estados Unidos. Una de las metas alcanzadas por el *Seguro Popular* es la afiliación de millones de personas, sin embargo aún falta abatir los grandes rezagos financieros y equilibrar la distribución desigual de las unidades de salud entre una entidad y otra. En futuras investigaciones se debe analizar si es conveniente que gran parte del sistema de salud mexicano, se sustente en un sistema para la población sin seguridad social, basada en la atención médica limitada, a cambio de una mayor cobertura y disminución de riesgos catastróficos financieros para la población más vulnerable.

Referencias

- Aracena-Genao B., González-Robledo, M., González-Robledo, L., Palacio-Mejía, L., Nigenda-López, G. (2011). El Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos: tendencia, evolución y operación. *Salud Publica*, 53 (4), 407-415.
- Auditoría Superior de la Federación (2014). Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Seguro Popular. Recuperado de https://www.asf.gob.mx/Trans/Informes/IR2014i/Documentos/Auditorias/2014_0180_a.pdf
- Ávila-Figueroa, C. y otros (2002). Estimación de costos de producción de servicios clínicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento médico. Secretaría de Salud, México 2002.
- Chávez, J., Hernández, F., y López-Calva, L. (2012). *El México del 2012. Propuesta de Reforma a la Hacienda Pública y al sistema de protección social*, México: Centro de Estudios Espinosa Yglesias.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2011). Informe de Resultados del SPSS
- (2014). Informe de Resultados del SPSS enero - diciembre, 2014.
- (2016). Informe de Resultados del SPSS enero - diciembre, 2016.
- Comisión Mexicana sobre Macroeconomía de la Salud (2006). *Macroeconomía y Salud. Invertir en Salud para el desarrollo económico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Congreso de la Unión (1984). Ley General de Salud. Recuperada de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>. Accessed: September 2013.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2011). *El Ramo 33 en el desarrollo social en México: evaluación de ocho fondos de política pública*. México.
- (2012). Informe de la evaluación de la política de desarrollo social en México. México.
- (2014). Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. México.
- Consejo Nacional de Población (2013). Índice absoluto de marginación 2000-2010.
- Cruz Martínez, A. (17 de mayo de 2017). *Seguro Popular dejará de atender a quienes tengan otra seguridad social*. Periódico La Jornada.

- Dirección General de Información en Salud [DGIS] (s/f). Base de datos de recursos de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2001-2014. <http://www.sinais.salud.gob.mx>
- Encuesta Nacional de Salud México 2000 (ENSA 2000). I. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. Recuperado de http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_tomo1.pdf
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006). Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012). Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- Flamand, L. y Moreno Jaimes, C. (2015). *Seguro popular y federalismo en México: Un análisis de política pública*. México: CIDE.
- Frenk, J. (2000). *La salud de la Población. Hacia una nueva salud pública*. México: Fondo de cultura económica.
- Frenk J., O. Gómez-Dántes, F. M. Knaul. (2009). The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization* 87: 542-8.
- Frenk, J., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., Lezana, M. & Knaul, F. (2007). Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública Mex*, 49, 1, I23-S36.
- González-Pier, E., Gutiérrez-Delgado, C., Stevens, G. Barraza-Lloréns, M. Porrás-Condey, R., Carvalho, N., Loncich, K. et al. (2006). Priority Setting for Health Interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. *The Lancet* 368 (9547), 1608–18. 6736(06)69567-6.
- Gideon, U., Tristao, I., Escobar, L., Bitrán, R., Cañón, O., Molins, S., ... & Prieto, A. L. (2014). *Health benefit plans in Latin America: a regional comparison*. Inter-American Development Bank.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (2012). *Anuario de estadísticas por entidad federativa*. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2012/Aepef2012.pdf
- Lakin, J. & Daniels, N. (2007). The Quest for Fairness: A case study of the evolution of Mexico's Catastrophic Insurance Fund Harvard University. Draft paper, Harvard University. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/cb44/56dc8e502487b882e1918583da9cd25cd9a3.pdf>
- Knaul, F. M., González-Pier, E., Gómez-Dantés, O., García-Junco, D., Arreola-Ornelas, H., Barraza-Lloréns, M., & Kershenobich, D. (2012). The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*, 380(9849), 1259-1279.
- Knaul F. M., H. Arreola-Ornelas, O. Méndez-Carniado et al. (2006). Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet*, 87, 542–548.

- Kroeger, A. & Hernández, M. (2003). Health services analysis as a tool for evidence based policy decisions: the case of the Ministry of Health and Social Security in Mexico. *Tropical Medicine and International Health*, 8(12), 1157-1164.
- Laugesen M. & Vargas-Bustamante A. (2010). A patient mobility framework that travels: European and United States-Mexican comparisons. *Health Policy*. 2010; 97(2-3):225-31.
- Laurell, A. Cristina, & Herrera, J. (2010). La Segunda Reforma de Salud: Aseguramiento y compra-venta de servicios. *Salud colectiva*, 6(2), 137-148. Recuperado en 07 de noviembre de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000200002&lng=es&tlng=es.
- Manual de acreditación. Ciudad de Mexico: Secretaría de Salud Recuperado de http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/docs/dec-acr_00A.pdf.
- Martínez, G. (2013). *Un sistema en busca de salud. Desarrollo, declive y renovación del sistema de salud mexicano*. México: Fondo de Cultura Económico.
- Giota, P., Giedion, U. & González-Pier, E. (2014). Mexico: The Universal List of Essential Health Services and the Catastrophic Health Expenditure Fund. In Giedion, Bitrán, and Tristao, *Health Benefit Plans in Latin America*, 149-65.
- OECD Health Statistics 2013. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>
- OECD (2016). Reviews of Health Care Systems: Mexico 2016 <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>
- Organización Mundial de la Salud. Observatorio Global de Salud [pps.who.int/gho/data/?theme=main&vid=180](http://www.who.int/gho/data/?theme=main&vid=180)
- Riosmena, F., González, C. y Wong, R. (2012). El retorno reciente de Estados Unidos: salud, bienestar y vulnerabilidad de los adultos mayores. *Coyuntura Demográfica*, 2, 63-67.
- Salomon, J., Carvalho, N. Gutiérrez-Delgado, C. Orozco, R., Mancuso, A., Hogan, D. Lee, D. et al. (2012). Intervention Strategies to Reduce the Burden of Non-Communicable Diseases in Mexico: Cost Effectiveness Analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)* 344-355.
- Reglamento Interior de la Comisión para Definir Tratamientos y Medicamentos Asociados a Enfermedades que Ocasianan Gastos Catastróficos. Diario Oficial de la Federación. (2017). Recuperado de http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5477656&fecha=27/03/2017
- Sesma-Vázquez, Pérez-Rico, Sosa-Manzano y Gómez-Dantés (2005). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Pública de México*, 47, 1-13.
- Secretaría de Salud (2002). *Síntesis ejecutiva: porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud 2000*, México, DF: Secretaría de Salud.
- Seguro Popular (2015). Disponible en http://www.seguropopular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=272&Itemid=286
- Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal [SICUENTAS] (2015). Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México, 2015.

- Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal [SICUENTAS] (2016). Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. México, 2016.
- UNICEF. Despite major progress, the full potential of immunization is not close to being realized. Recuperado de <http://www.childinfo.org/bluebook/profiles.html>
- United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). Recuperado de <http://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality>
- Unidad de Análisis Económico-Secretaría de Salud (Noviembre 10 de 2015). *Documento Gasto Catastrófico en salud 2006-2014*. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/transparencia/GastoCatastrofico20062014_101115.docx.
- Unidad de Análisis Económico-Secretaría de Salud (Junio 16 de 2015). *Gasto Catastrófico y empobrecedor en salud*. Recuperado de http://www.salud.gob.mx/unidades/transparencia/UNIDAD_DE_ENLACE_POT/Politica_de_Transparencia/Temas_TransparenciaFocalizada/Gasto/Gasto_Catastrofico.docx.
- Vargas-Bustamante-A., Ojeda, G., & Castañeda, X. (2008). Willingness to pay for cross-border health insurance between the United States and Mexico. *Health Affairs*, 27(1), 169- 178.
- Lozano, R. y Garrido, F. (2015). Improving health system efficiency catastrophic health Expenditure Fund. México: Health Systems, Governance & Financing/ World Health. Recuperado de <https://www.insp.mx/avisos/3852-fondo-gastos-catastroficos-salud.html>

