

**ESTUDIO ACERCA DEL GASTO DE
BOLSILLO EN SALUD ASUMIDO POR LOS
HOGARES METROPOLITANOS
SINALOENSES.**

**STUDY OF OUT-OF-POCKET HEALTH CARE
SPENDING BY SINALOA METROPOLITAN
HOUSEHOLDS**

José Luis Hernández Juárezⁱ
Baltazar Pérez Cervantesⁱⁱ
Marine Rosario Urías Garcíaⁱⁱⁱ

RESUMEN: Esta investigación se realizó con el objetivo de determinar el impacto, las características y los cambios del gasto de bolsillo en salud de los hogares metropolitanos sinaloenses entre 2010 y 2018. Para el análisis se utilizó como fuente de datos los microdatos provenientes de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010 y 2018. Los resultados del estudio muestran que el principal componente del gasto de bolsillo de los hogares es el gasto en medicamentos; y que al considerar el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total de los hogares, los hogares con alta escolaridad se caracterizaron por una tasa de crecimiento promedio anual de 1.6%.; mientras que si se toma el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto no alimentario de los hogares, este señala que en el caso de los hogares con alta escolaridad estos se caracterizaron por su dinamismo a una tasa de crecimiento promedio anual de 3.2%. Por tanto, en estos casos se recomienda la aplicación de una efectiva política de protección financiera del sistema de salud.

PALABRAS CLAVE: Desigualdades en salud, economía aplicada, procesos de desarrollo local, gasto catastrófico en salud.

ABSTRACT: This research was conducted with the objective of determining the impact, characteristics, and changes in out-of-pocket health expenditures of Sinaloa's metropolitan households between 2010 and 2018. For the analysis, microdata from the 2010 and 2018 National Household Income and Expenditure Survey were used as a source of data.

The results of the study show that the main component of out-of-pocket household spending is spending on medicines, and that when considering out-of-pocket health spending as a percentage of total household spending, households with high schooling were characterized by an average annual growth rate of 1.6%, while if out-of-pocket health spending is taken as a percentage of non-food household spending, it indicates that households with high schooling were characterized by their dynamism at an average annual growth rate of 3.2%. Therefore, in these cases it is recommended that an effective policy of financial protection for the health system be applied.

KEY WORDS: Inequalities in health, applied economics, local development processes, catastrophic health expenditure.

1. INTRODUCCIÓN

La economía de la salud se constituye en una opción para generar nuevos enfoques en el estudio y solución de problemas relacionados con las necesidades y servicios de salud. Además, se observa que casi todas las decisiones de salud tienen impactos económicos, que se pueden ver en los efectos del sistema de salud como un requisito previo para el bienestar de la población.

En razón a ello, se hace evidente que la salud es considerada un bien económico debido a que su cuidado tiene grandes repercusiones sobre variables claves en una economía, como lo es la productividad, el empleo y la competitividad.

De hecho, en 2010 alrededor del 11.7% de la población mundial incurrieron en pagos médicos que superaron el 10% del consumo o ingreso total de los hogares y el 2.6% de la población superaron el umbral del 25%; según estos límites, América Latina y el Caribe tienen las tasas más altas en el umbral del 10% esta es del 14.8% (OMS, 2017).

Sin embargo, las personas pueden soportar un gasto de bolsillo en salud (GBS), pero se enfrentan a la posibilidad de que éste sea catastrófico o empobrecedor. En este sentido, la preocupación que existe sobre el GBS en América Latina y el Caribe es porque éste es el reflejo de la desprotección que enfrentan las personas, y las enfermedades y sus

complicaciones tienen un efecto perverso en la sostenibilidad financiera de los hogares (González, 2015).

El propósito de esta investigación es determinar el impacto, las características y los cambios del gasto de bolsillo en salud de los hogares metropolitanos sinaloenses entre 2010 y 2018.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1 Inequidades o desigualdades en salud

Tres décadas de rica investigación científica han descubierto cinco elementos clave de las desigualdades en salud: las desigualdades son enormes, graduales, crecientes, adaptables e históricas. Sin embargo, la historia nos ayuda a comprender que la aparición de la desigualdad en salud no es fija ni inevitable. Luego, para la investigación científica hay un acuerdo sobre.

La educación es una de las variables socioeconómicas que más influyen sobre las desigualdades de salud. Los estudios indican que:

- ✓ A medida que disminuye el nivel educacional, la salud tiende a ser valorada peor, siendo las desigualdades persistentes en el tiempo (Kunst et al., 2005).
- ✓ Los ciudadanos con peores niveles de educación tienden a morir antes y a reportar peores niveles de salud autopercebida que los que tienen mayor nivel educativo (Mackenbach, 2006).
- ✓ Los individuos más educados tienden a consumir más bienes con un efecto positivo sobre la salud y menos bienes que ejercen un efecto nocivo sobre la salud como el alcohol y el tabaco (Cutler y Lleras Muney, 2007).
- ✓ Los países con menor promedio de años de educación, tienen mayores tasas de prevalencia general de mala salud (Eikemo et al., 2008).

Un buen número de estudios ha identificado la importante relación entre los ingresos y la salud. Los resultados de estas investigaciones consideran entre otras cosas que:

- ✓ Los efectos beneficiosos para la salud de un aumento de los ingresos parecen ser mayores en los niveles de ingresos más

bajos que en niveles mayores de ingresos (Mackenbach et al., 2005).

- ✓ La renta familiar tiene un efecto considerable en la salud de los niños más tarde en la edad adulta, tanto en países desarrollados (Case et al., 2005) como en países en desarrollo (Van de Poel y Hosseinpoor, 2008).
- ✓ La renta permanente (Hogares Británico) tiene un efecto superior sobre la salud que la renta actual, aunque la magnitud del efecto es pequeña (Contoyannis et al., 2004).
- ✓ Usando datos para los EEUU, Smith (2007) no encuentra una asociación significativa entre renta o riqueza y la aparición de nuevas condiciones de salud en adultos.
- ✓ Gran parte de la evidencia basada en datos experimentales pone de manifiesto que los sistemas de transferencias condicionadas de México, Brasil y otros muchos países, por el que las familias reciben pequeñas sumas de dinero a cambio de cumplir con una serie de condiciones, como el consumo de suplementos nutricionales, asistencia a la escuela o al médico, han tenido un efecto considerable en una serie de indicadores antropométricos y nutricionales, así como una mejora en la escolarización infantil (Lagarde et al., 2007).

Los factores relacionados con la influencia de la ocupación en la salud han recibido una gran atención y se reconocen como determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en salud. Los principales resultados de estos estudios son los siguientes:

- ✓ Los trabajadores manuales estadounidenses tienen peor salud que los no manuales, y su salud se deteriora más rápidamente (Case y Deaton, 2003).
- ✓ Es el hecho en sí mismo de estar empleado o no lo que determina las diferencias en salud y la tasa de deterioro de la salud, especialmente la salud mental entre grupos sociales (García Gómez y López i Casasnovas, 2005).
- ✓ El desempleo, principalmente a largo plazo, refleja síntomas de estrés y tensión psicosocial, que afectan tanto a la salud física, dando lugar a un aumento de consumo de sustancias nocivas para la salud como alcohol, tabaco o drogas, como a la salud mental, debido al sentimiento causado por la pérdida de ingresos, privaciones materiales, reputación social y autonomía (Moser et. al., 1984; Martikainen y Valkonen, 1996).

- ✓ Los trabajadores que salen del mercado de trabajo como consecuencia de un problema de salud tienen un 2,9 por 100 menos de probabilidad de reportar buena salud que aquellos que mantienen su trabajo (García Gómez y López Nicolás, 2004).
- ✓ Los individuos desempleados mostraban peores resultados de bienestar físico y fundamentalmente psicológico que aquellos individuos que se encontraban empleados (McKee-Ryan et. al., 2005).
- ✓ No sólo el desempleo está asociado a peores estados de salud, sino que también está asociado a un mayor riesgo de mortalidad (Morris, Cook y Shaper, 1994).
- ✓ Los efectos del cambio de trabajo (como la privatización de una empresa) son diferentes en la salud del individuo según la categoría ocupacional (Bambra et al., 2009).
- ✓ Las condiciones laborales y la precariedad laboral son también áreas de especial atención. Los contratos temporales, la inseguridad laboral futura, así como las malas condiciones de trabajo, repercuten negativamente en la salud (Ferrie et. al., 1998; Amable y Benach, 2000).

En términos generales, la desigualdad en salud es el resultado de la acumulación de efectos producidos por las condiciones políticas, económicas y sociales que afectan a la población.

4.2 La visión del gasto de bolsillo catastrófico en salud

Se considera a la salud como un estado primordial en el ser humano que le permite ejercer de manera efectiva todas sus funciones para incorporarse eficientemente en la sociedad. Un buen estado de salud incide en la mejora de productividad y desarrollo de un país.

De acuerdo con la Norma Oficial de Información en Salud, los gastos de bolsillo son los destinados al pago de servicios (preventivo, curativo, de rehabilitación, paliativo o cuidado a largo plazo), compra de productos, dispositivos terapéuticos y otros bienes y servicios brindados por cualquier tipo de proveedor útiles para restablecer o mejorar la salud de individuos o grupos de población (OMS, 2017; Díaz y Ramírez, 2017).

En este sentido, el pago que realizan los hogares o las personas en servicios de salud es denominado gasto de bolsillo. El gasto de bolsillo se

genera ya sea por una realidad impuesta o por decisión propia de los usuarios.

Lo anterior es válido en el caso de contraer una enfermedad, las personas y/o hogares, se enfrentan al riesgo de incurrir en grandes gastos asociados al cuidado de la salud y a su vez podría reducir el estándar de vida del resto de los integrantes (transferencia intra-hogar).

Dichos gastos pueden convertirse en catastróficos o empobrecedores cuando afectan negativamente el bienestar económico de los individuos. Esto es preocupante sobre todo en los hogares con baja capacidad de pago, pues afecta directamente su situación de ingresos y pueden caer en la pobreza o empeorar su condición.

No existe un enfoque correcto o único para medir los gastos de salud catastróficos. En este sentido, se resaltan principalmente:

- El enfoque adoptado en los ODS que define el gasto en salud como catastrófico cuando supera el 10% o 25% de los ingresos o el consumo total.
- El enfoque usado por la OMS que considera al ingreso o el consumo menos una deducción por necesidades básicas o subsistencia, generalmente alimentarias; de manera que cuando el gasto de bolsillo es del 30% o más del ingreso neto disponible se considera catastrófico.

En términos estrictos y para efectos de este estudio, el *gasto catastrófico* se produce cuando el gasto de bolsillo en salud observa un porcentaje alto como porcentaje del gasto total del hogar o de la capacidad de pago del hogar que los lleva a tener que sacrificar otros consumos para hacer frente a su atención de salud (Maceira y Reynoso, 2010; Wagstaff y van Doorslaer, 2003; Xu et al., 2003).

Cabe señalar que los casos más comunes para que los hogares caigan en gastos catastróficos es cuando tienen bajos ingresos, enfrentan graves enfermedades, habitan personas de la tercera edad, no están asegurados o tienen cobertura limitada (Peticara, 2008).

No obstante, es importante precisar que la OMS recomienda que el gasto de bolsillo en salud no supere el 20% del gasto total y a su vez recomienda que el gasto público en salud como porcentaje del PIB sea no menor al 6%.

3. MATERIALES Y MÉTODO

3.1 Delimitación del área de estudio

El Estado de Sinaloa es uno de los 32 que integran el territorio mexicano. En los últimos 15 años (2003-2018) la economía sinaloense creció en promedio 2.6 por ciento por año, un poco más que la media nacional (2.3%), ocupando en el ámbito nacional la posición 18, por lo que puede considerarse una entidad de bajo crecimiento.

No obstante lo anterior, es una entidad con bajo nivel de PIB per cápita al ocupar la posición 17 en el ámbito nacional. Aunado a ello, forma parte del grupo de entidades con baja productividad al ubicarse en la posición 19.

Sin embargo, en cuanto a captación de IED de 1989 a 2014, ocupó el lugar 24 a nivel nacional, representando una captación menos de medio punto porcentual del total nacional.

Para propósitos de este estudio, se analizó las localidades metropolitanas del Estado de Sinaloa. En razón a ello, para los fines de este estudio se entiende por localidades metropolitanas aquellas localidades de más de 100,000 habitantes; que en estricto sentido son denominadas urbanas metropolitanas.

3.2 Estrategia y diseño de investigación

La estrategia de investigación elegida para el presente trabajo, es el método cuantitativo que permite examinar los datos de manera científica. Específicamente, se contempla construir una base de datos espaciales sobre el gasto de bolsillo en salud asumido por los hogares metropolitanos sinaloenses; así como el uso de herramientas estadísticas que nos apoyen en el procesamiento de la investigación.

Se trata de un estudio de tipo descriptivo que relaciona el gasto de bolsillo en salud con variables socioeconómicas y demográficas de los hogares metropolitanos sinaloenses en un periodo que comprende del año 2010 al 2018. En estricto sentido, se hace necesario analizar los principales determinantes del gasto de bolsillo en salud de los hogares

metropolitanos sinaloenses, y el efecto de este gasto en la desigualdad de la distribución de los ingresos existente.

3.3 Fuentes de información

Los datos que usamos en este documento son los microdatos provenientes de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 2010 y 2018. La ENIGH está diseñada para tener representatividad nacional, por corte urbano y rural. La encuesta captura la evolución de los principales indicadores de ingresos y gastos de los hogares, la información acerca de las características de las viviendas, los miembros y el equipamiento del hogar; también pregunta por los problemas de salud de los individuos, su condición de ocupación, el acceso a la seguridad social y el nivel educativo, entre otros.

La unidad de análisis de este estudio fue el hogar, ya que se considera que las decisiones sobre el empeño de los recursos para destinarlos al gasto en salud de alguno de sus individuos, frecuentemente son tomadas por la familia. Las variables seleccionadas para este estudio son: ingreso, gasto por componentes, gasto en salud, gasto en atención ambulatoria, gasto en hospitalización y gasto en medicamentos. Así con esta información se obtuvo su variación (absoluta y relativa) y posteriormente se calculó la tasa media anual de crecimiento del periodo 2010-2018.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Características demográficas y socioeconómicas de los hogares metropolitanos sinaloenses

Entre 2010 y 2018, las *características demográficas de los hogares metropolitanos sinaloenses* muestran claramente el envejecimiento natural de los jefes de los hogares al pasar de 45.5 a 48.6 años el valor de la media de la edad. Es de resaltar que en el mediano plazo habrá un mayor número de personas mayores lo que supone enormes retos económicos y sanitarios para este colectivo en particular.

En 2010 la población menor de 12 años representa 26.6% del total, mientras que la que se encuentra en edad laboral, de 12 a 64 años, constituye 69.5% y la población en edad avanzada representa 3.9% de los

habitantes del medio metropolitano sinaloense. En contraste, en 2018 la participación de estos grandes grupos de edad eran 12.2, 73.5 y 7.3%, respectivamente. La tendencia es una reducción de la población menor de 12 años, un aumento de la que cuenta con más de 65 años y en mayor medida de la población en edad productiva de 12 a 64 años.

Tabla 1: Características demográficas de los hogares metropolitanos sinaloenses

	2010	2018
Tamaño de hogar	3.9	3.6
Hogares con jefatura femenina	30.3	31.7
Hogares con menores de 12 años	63.9	44.9
Hogares con mayores de 65 años	12.6	20.7
Edad del jefe de hogar	45.5	48.6
Hogares con jefatura menores de 30 años	16.8	11.7
Educación del jefe de hogar	Secundaria completa	Preparatoria incompleta
Hogares con baja escolaridad*	32.8	25.8
Hogares con media escolaridad**	49.6	47.2
Hogares con alta escolaridad***	17.6	27.0

* Grado menor a secundaria

** Grado de secundaria y bachillerato

*** Grado universitario o posgrado

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010 y 2018, INEGI.

De acuerdo con información de la muestra, en 2010 las mujeres representan poco más de la mitad de la población (52.4%) y los hombres (47.6%), mientras que en 2018, era de 52.1% y 47.9% respectivamente. lo que significa que en 2010 había 91 hombres por cada 100 mujeres, y en 2018 eran 92 hombres por cada 100 mujeres.

Por otra parte, se han evidenciado transformaciones en el nivel educativo de los integrantes en los hogares metropolitanos sinaloenses, sobre todo entre aquéllos que se clasifican como hogares con alta escolaridad, al pasar entre 2010 y 2018 de 17.6% a 27.0%, con un descenso en los hogares con baja escolaridad de 32.8% a 25.8%, y en los hogares con media escolaridad al pasar de 49.6% a 47.2% que marca claramente el avance que se está dando en estos contextos.

El valor de la media de escolaridad del jefe de hogar se incrementó de secundaria completa a preparatoria incompleta, lo cual muestra un reto

en la atención al rezago escolar. En cuanto al tamaño del hogar, los resultados sugieren una ligera disminución de este indicador en la muestra es 3.9 personas en 2010 y de 3.6 persona en 2018.

Asimismo, llama la atención el incremento sustantivo en el porcentaje de hogares con jefatura femenina que pasa de 30.3% a 31.7%, situación que muestra cambios en la redefinición de roles que están ocurriendo en los hogares. Estas características reflejan un cambio demográfico y social que se está presentando de manera paulatina en las localidades metropolitanas sinaloenses.

En 2010 los hogares con menores de 12 años representa 63.9% del total, mientras que la que se encuentra en hogares con mayores de 65 años, constituye el 12.6% del medio metropolitano sinaloense. En contraste, en 2018 la participación de estos grandes grupos de edad eran 44.9 y 20.7%, respectivamente. La tendencia es una reducción de hogares con menores de 12 años y un aumento de los hogares con mayores de 65 años.

Por otra parte, es importante señalar que en los hogares metropolitanos sinaloenses se muestra una tendencia decreciente en jefaturas menores de 30 años, lo que indica que al inicio del período analizado el 16.8% de los hogares reportan estar encabezados por menores de 30 años, esta situación cambia para la última fecha considerada en la que se registró solamente un 11.7% de este tipo de hogares.

Por lo que se refiere a las *características socioeconómicas de los hogares metropolitanos sinaloenses* ponen en evidencia el incremento de la desigualdad del ingreso. Por una parte, al analizar la variable ingreso promedio por hogar, se observa que esta creció 60.5 por ciento en el periodo 2010-2018 (al pasar de 42 136.89 a 67 610.84); asimismo, el número promedio de perceptores de ingreso por hogar paso de 2.2 en 2010 a 2.6 en 2018.

Por lo que respecta a los cambios en el ingreso promedio por deciles se advierten dos comportamientos, uno en donde los deciles I, II y IX tuvieron los mayores incrementos y otro donde los deciles III y V presentan los mayores decrementos (véase Tabla 2).

Tabla 2: Ingreso promedio por hogar, por deciles de 2010 a 2018 y el índice de Gini del sector metropolitano sinaloense

Deciles de	Ingreso promedio (pesos)	Variación
------------	--------------------------	-----------

hogares	2010	2018	2010-2018
	42 136.89	67 610.84	60.46
I	15 360.99	16 471.22	7.23
II	18 758.27	21 202.83	13.03
III	27 084.39	25 486.25	-5.90
IV	31 200.79	29 629.95	-5.03
V	37 714.91	34 661.11	-8.10
VI	41 855.96	40 063.32	-4.28
VII	47 538.82	46 618.91	-1.94
VIII	58 538.26	55 484.20	-5.22
IX	69 485.17	77 388.14	11.37
Coefficiente de Gini	0.46	0.53	

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010 y 2018, INEGI.

De 2010 a 2018, la concentración del ingreso promedio en ambos años, 2010 tuvo la distribución menos desigual, lo cual indica un incremento del índice de desigualdad del ingreso. Lo anterior indica que entre 2010 y 2018, la concentración del ingreso se ubica en un rango de desigualdad con coeficientes de Gini de 0.46 y 0.53 respectivamente.

Los datos en el periodo 2010-2018 revelan que en los hogares metropolitano sinaloense se incrementó su gasto en promedio anual 4.4% (véase Tabla 3). En el año 2010, las familias gastaron 29 567.06 pesos en promedio por hogar; los rubros donde más se distribuyó el gasto fueron *alimentos*, *transporte* y *educación* con una distribución porcentual del gasto del 25.39%, 18.57% y 15.03% respectivamente.

Mientras que para el año 2018, las familias gastaron 42 182.85 pesos en promedio por hogar; los rubros donde más se distribuyó el gasto fueron *alimentos*, *transporte* y *educación* con una distribución porcentual del gasto del 30.60%, 22.28% y 11.72% respectivamente.

Sin embargo, si dimensionamos el crecimiento del gasto promedio por hogar según principal rubro de destino, los resultados revelan que tanto el rubro de alimentos como el de transporte explican 76% del incremento del gasto promedio por hogar.

Tabla 3: Evolución de los gastos promedio por hogar metropolitano sinaloense

	Promedio por hogar(pesos)		2010-2018	
	2010	2018	Variación	TMC
Alimentos	7 507.99	12 906.42	44.22	6.6
Vestido y calzado	2 519.20	2 309.47	-1.72	-1.1
Vivienda	2 674.00	3 973.08	10.64	4.9
Salud	1 259.70	1 372.36	0.92	1.1
Transporte	5 490.32	9 396.91	32.00	6.6
Comunicaciones	1 869.77	2 176.15	2.51	1.9
Educación y esparcimiento	4 442.93	4 944.65	4.11	1.3
Personales	2 990.70	3 254.17	2.16	1.1
Transferencias de gasto	912.21	1 542.25	5.16	6.4
Gasto	29 567.06	42 182.85	42.67	4.4

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010 y 2018, INEGI.

En consecuencia, si tomamos en cuenta la dinámica del gasto promedio por hogar y su dimensión podemos observar: por un lado, cuando comparamos las cifras de tasa de crecimiento media anual y variación de los rubros *alimentos* y *transporte*; estos rubros se caracterizaron por ser los de mayor dinamismo en el periodo 2010-2018, sin embargo, su incremento representó sólo 44.22% y 32% (respectivamente) de la variación total en los hogares metropolitano sinaloense.

Por otro lado, otro caso a destacar es el del rubro *transferencias de gasto*, en donde se registra la segunda mayor tasa de crecimiento promedio anual en el periodo y explica 5.16% de la variación total en los hogares metropolitano sinaloense.

4.2 Comportamiento de los hogares metropolitanos sinaloenses con relación al gasto de bolsillo en salud

Los hogares metropolitanos sinaloenses, entre 2010 y 2018, incrementaron su gasto de bolsillo en salud en promedio anual 1.1% (véase Tabla 4). En términos reales se puede observar que el gasto de bolsillo en salud de los hogares metropolitanos sinaloenses para el año 2010 era de un promedio de 1 259.70 pesos (con una desviación estándar de 2 477.61 pesos), esta cifra se incrementa en el 2018 a un monto de 1 372.35 pesos (con una desviación estándar de 3 765.88 pesos).

Tabla 4: Gasto de bolsillo en salud promedio por hogar metropolitano sinaloense

	Promedio por hogar(pesos)		2010-2018	
	2010	2018	Variación	TMC
Atención primaria o ambulatoria	971.86	924.46	-42.08	-0.6
Atención hospitalaria	186.68	228.95	37.52	2.5
Medicamentos sin receta	101.16	218.95	104.56	9.2
Gasto de bolsillo en Salud	1 259.70	1 372.36	8.94	1.1

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010 y 2018, INEGI.

En 2010, se observa que la mayor frecuencia de gasto en salud se le atribuye a *atención primaria o ambulatoria*, puesto que participa con el 77.15% del total de gasto de bolsillo, seguido por *atención hospitalaria* con el 14.82% y pago de *medicamentos sin receta* con 8.03%. Para el año 2018, los rubros donde se distribuyó el gasto de bolsillo en salud fueron *atención primaria o ambulatoria*, *atención hospitalaria* y *medicamentos sin receta* con una distribución porcentual del 67,36%, 16.68% y 15.95% respectivamente.

En contraste, cuando comparamos las cifras de tasa de crecimiento media anual y variación de los rubros *medicamentos sin receta* y *atención hospitalaria*; estos rubros se caracterizaron por su dinamismo en el periodo 2010-2018, sin embargo, su incremento representó sólo 104.56% y 37.52% (respectivamente) de la variación total en los hogares metropolitano sinaloense. Sin embargo, en el otro extremo es de destacar el rubro *atención primaria o ambulatoria*, en donde se registra una caída en la tasa de crecimiento promedio anual en el periodo y explica -42.08% de la variación total en los hogares metropolitanos sinaloenses.

Si se atiende a la participación relativa que dicho gasto representa con respecto a la *capacidad de pago de los hogares*, se observan los siguientes escenarios.

En un primer escenario, se considera el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total de los hogares (véase Tabla 5). En términos generales, los hogares metropolitanos sinaloenses, entre 2010 y 2018, disminuyeron su participación relativa en la contribución financiera de los hogares en promedio anual 3.6%. Sin embargo, se detecta en este mismo periodo que los hogares con jefatura femenina incrementaron su participación en la contribución financiera de los hogares en promedio

anual 1.1%; por el contrario, los hogares con jefatura masculina disminuyeron su participación en la contribución financiera de los hogares en promedio anual 5.3%.

Por lo que respecta a los cambios en el nivel de ingreso de los hogares metropolitanos sinaloenses, es patente el esfuerzo financiero que realizan los hogares al momento de demandar servicios de salud. Así en dicho periodo los hogares más pobres disminuyeron su participación en la contribución financiera de los hogares en promedio anual 9.4%, asimismo los hogares más ricos lo hicieron en promedio anual al 4.7%.

Al considerar el nivel de educación de los jefes de familia, la contribución financiera de los hogares registra una caída en la tasa de crecimiento promedio anual en el periodo de 3.1% para baja escolaridad y de 9.9% para media escolaridad; aunque en el caso de los hogares con alta escolaridad estos se caracterizaron por su dinamismo a una tasa de crecimiento promedio anual de 1.6%.

Por lo que se refiere a la edad del jefe de familia y su relación con la contribución de los hogares registra una caída en la tasa de crecimiento promedio anual en el periodo de estudio. Cuando el jefe de hogar tiene una edad menor de 30 años su participación en la contribución financiera de los hogares registra una caída de 12.9%, mientras que cuando es mayor a 30 años su caída fue de 1.1%.

Asimismo, en aquellos hogares con presencia de menores de 12 años y mayores de 64 años, su contribución financiera presenta una caída en la tasa de crecimiento promedio anual en el periodo estudiado. En hogares con menores de 12 años su participación en la contribución financiera de los hogares registro una caída de 4.7%, y en los hogares con mayores de 64 años su caída fue de 3.5%.

Tabla 5: Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total en hogares metropolitanos sinaloenses.

	Gasto		2010-2018	
	2010	2018	Variación	TMC
	4.00	2.99	-25.08	-3.6
Sexo del jefe de familia				
Masculino	4.44	2.88	-35.22	-5.3
Femenino	2.96	3.24	9.43	1.1
Nivel de ingreso				

Quintil 1 (más pobres)	6.27	2.83	-54.86	-9.4
Quintil 5 (más ricos)	4.75	3.24	-31.67	-4.7
Educación del jefe de familia				
Baja escolaridad	4.71	3.66	-22.23	-3.1
Media escolaridad	6.12	2.65	-56.62	-9.9
Alta escolaridad	2.95	3.35	13.53	1.6
Edad del jefe de familia				
<30 años	7.10	2.26	-68.19	-12.9
>30 años	3.37	3.09	-8.26	-1.1
Presencia de <12 años	3.24	2.22	-31.47	-4.7
Presencia de >64 años	4.29	3.25	-24.32	-3.5

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010 y 2018, INEGI.

Ahora bien, si se considera como segundo escenario, el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto no alimentario de los hogares (ver Tabla 6). Entre 2010 y 2018, los hogares metropolitanos sinaloenses, disminuyeron su participación relativa en la contribución financiera de los hogares en promedio anual 2.2%. No obstante, se detecta en este mismo periodo que los hogares con jefatura femenina incrementaron su participación en la contribución financiera de los hogares en promedio anual 1.9%; por el contrario, los hogares con jefatura masculina disminuyeron su participación en la contribución financiera de los hogares en promedio anual 3.7%.

Tabla 6: Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto no alimentario en hogares metropolitanos sinaloenses.

	Gasto		2010-2018	
	2010	2018	Variación	TMC
	5.49	4.61	-16.01%	-2.2
Sexo del jefe de familia				
Masculino	6.05	4.49	-25.90%	-3.7
Femenino	4.19	4.88	16.44%	1.9
Nivel de ingreso				
Quintil 1 (más pobres)	8.66	5.69	-34.23%	-5.2
Quintil 5 (más ricos)	5.94	4.50	-24.26%	-3.5
Educación del jefe de familia				
Baja escolaridad	6.96	6.30	-9.48%	-1.2

Media escolaridad	8.11	4.18	-48.43%	-8.0
Alta escolaridad	3.49	4.50	29.02%	3.2
Edad del jefe de familia				
<30 años	9.34	3.43	-63.24%	-11.6
>30 años	4.72	4.77	1.13%	0.1
Presencia de <12 años	4.49	3.36	-25.12%	-3.6
Presencia de >64 años	6.40	4.88	-23.75%	-3.4

Fuente: Elaboración propia con base en información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010 y 2018, INEGI.

Por lo que concierne a los cambios en el nivel de ingreso de los hogares metropolitanos sinaloenses, es patente el esfuerzo financiero que realizan los hogares al momento de demandar servicios de salud. Precisamente en dicho periodo los hogares más pobres disminuyeron su participación en la contribución financiera de los hogares en promedio anual 5.2%, del mismo modo los hogares más ricos lo hicieron en promedio anual al 3.5%.

Al considerar el nivel de educación de los jefes de familia, la contribución financiera de los hogares registra una caída en la tasa de crecimiento promedio anual en el periodo de 1.2% para baja escolaridad y de 8.0% para media escolaridad; aunque en el caso de los hogares con alta escolaridad estos se caracterizaron por su dinamismo a una tasa de crecimiento promedio anual de 3.2%.

Por lo que se refiere a la edad del jefe de familia y su relación con la contribución de los hogares registra una caída en la tasa de crecimiento promedio anual en el periodo de estudio. Cuando el jefe de hogar tiene una edad menor de 30 años su participación en la contribución financiera de los hogares registra una caída de 11.6%, mientras que cuando es mayor a 30 años su dinamismo fue de 0.1%.

Además, en aquellos hogares con presencia de menores de 12 años y mayores de 64 años, su contribución financiera presenta una caída en la tasa de crecimiento promedio anual en el periodo estudiado. En hogares con menores de 12 años su participación en la contribución financiera de los hogares registro una caída de 3.6%, y en los hogares con mayores de 64 años su caída fue de 3.4%.

5. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos al analizar los principales determinantes del gasto de bolsillo en salud de los hogares metropolitanos sinaloenses en el periodo 2010-2018, muestran que los hogares metropolitanos sinaloenses incrementaron su gasto de bolsillo en salud en promedio anual 1.1%; siendo el componente principal del gasto de bolsillo de los hogares el gasto en medicamentos.

Sin embargo, en contraste tenemos por un lado, que llaman la atención al considerar el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total de los hogares, que los hogares con jefatura femenina incrementaron su participación en la contribución financiera de los hogares en promedio anual 1.1%; mientras que en el caso de los hogares con alta escolaridad estos se caracterizaron por su dinamismo a una tasa de crecimiento promedio anual de 1.6%.

Por otro lado, si dimensionamos el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto no alimentario de los hogares, los resultados revelan que los hogares con jefatura femenina incrementaron su participación en la contribución financiera de los hogares en promedio anual 1.9%, en el caso de los hogares con alta escolaridad estos se caracterizaron por su dinamismo a una tasa de crecimiento promedio anual de 3.2%, y cuando el jefe de hogar tiene una edad mayor de 30 años su participación en la contribución financiera de los hogares registra un leve crecimiento anual de 0.1%.

En términos generales, el gasto de bolsillo es la forma más inequitativa de financiar servicios de salud, puesto que el acceso a los servicios médicos depende de la condición económica del hogar y no de las necesidades de salud de las personas.

De ahí que esta investigación resulta ser una alternativa invaluable para los gobiernos locales, ya que el estudio acerca del gasto de bolsillo en salud asumido por los hogares metropolitanos sinaloenses, deben medirse mediante instrumentos cada vez más precisos, ya que un eventual avance en el estado del conocimiento sobre estos temas tiene como recompensa la posibilidad de mejorar la efectividad de las políticas de protección financiera, con el consiguiente efecto positivo en el nivel de vida de la sociedad.

Por ello, uno de los factores clave en el futuro para detectar un débil cubrimiento financiero que puede deteriorar la calidad de los servicios brindados, desincentivar a los individuos de acudir a dichas instalaciones, y en consecuencia incurrir en gastos de bolsillo, será determinante en el interés por conocer los procesos de equidad, universalidad y acceso a la salud sobre los cuales deben ejecutarse las política de protección financiera del sistema.

Referencias

- Amable, M. y Benach, J. (2000): “La precariedad laboral ¿un nuevo problema de salud pública?”, *Gaceta Sanitaria*, nº 14(6): 418-421.
- Bambra, C., Gibson, M., Petticrew, M., Sowden, A., Whitehead, M. y Wright, K. (2009): *Tackling the wider social determinants of health and health inequalities: Evidence from systematic reviews*, York: Public Health Research Consortium, University of York.
- Case, A. y Deaton, A. (2003): *Broken down by work and sex: How our health declines*. NBER Working Paper no. W9821, Massachusetts: National Bureau of Economic Research.
- Case, A., Fertig, A. y Paxton, C. (2005): “The lasting impact of childhood health and circumstance”, *Journal of Health Economics*, nº 24: 365-89.
- CONEVAL (2016). *La carencia por acceso a los servicios de salud 2010-2016: Evolución y retos*. México: Consejo Nacional de Evaluación de la política de Desarrollo Social.
- Contoyannis, P., Jones, A. y Rice, N. (2004): “The dynamics of health in the British Household Panel Survey”, *Journal of Applied Econometrics*, nº 19: 453-503.
- Cutler, D. y Lleras-Muney, A. (2007): “Education and health: Evaluating theories and evidence”, in House J., Schoeni G., Kaplan G., and Pollack, H, (ed.), *The health effects of social and economic policy*, New York: Russell Sage Foundation.
- Díaz González, E. y Ramírez García, J. (2017). *Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México*. Universidad Autónoma del Estado de México: Papeles de Población, vol. 23, núm. 91.
- Eikemo, T.A., Huisman, M., Bambra, C. y Kunst, A.E. (2008): “Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries”, *Sociology of Health y Illness*, nº 30(4): 565–582.
- Ferrie, J.E., Shipley, M.J., Marmot, M.G., Stansfeld, S.A. y Smith, G.D. (1998): “An uncertain future: the health effects of threats to employment security in white-collar men and women”, *American Journal of Public Health*, nº 88: 1030-1036.
- García Gómez, P. y López i Casasnovas, G. (2005): “Socio-economic inequalities in health in Catalonia”, *Hacienda Pública Española*, nº 175: 103-21.
- García Gómez, P. y López Nicolás, A. (2004): *The evolution of socio-economic health inequalities in Spain: 1987-2001*, Working Paper nº 756, Universitat Pompeu Fabra.
- González, M. J. (2015). *Out-of-pocket Expenses in Latin America: Implications for Policy*. ISPOR LATIN AMERICA CONSORTIUM NEWSLETTER, 3(4).

- INEGI (2010). Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH). México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- INEGI (2018). Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH). México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Kunst, A.E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Bissau, I., Regidor, E., Mielck, A., Cardano, M., Dalstra, J., Geurts, J., Helmert, U., Lennartsson, C., Ramm, J., Spadea, T., Stronegger, W. y Mackenbach, J. (2005): "Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries", *International Journal of Epidemiology*, n° 34: 295–305.
- Lagarde, M., Haines, A. y Palmer, N. (2007): "Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low and middle income countries", *Lancet*, n° 298: 1900-1910.
- Maceira, D., & Reynoso, A. (2012). Catastrophic and Impoverishing Health Expenditure in Argentina, 1997-2005. En F. M. Knaul, R. Wong, & H. Arreola-Ornelas (Eds.), *Financing health in Latin America Series (Vol. Volume 1: Household Spending and Impoverishment*, pp. 83). Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, in collaboration with Mexican Health Foundation and International Development Research Centre.
- Mackenbach, J. (2006): *Health inequalities: Europe in profile*, London: Department of Health.
- Mackenbach, J.P., Martikainen, P., Looman, C.W.N., Dalstra, J.A.A., Kunst, A.E., Lahelma, E. y members of the SedHA working group (2005): "The shape of the relationship between income and self-assessed health: an international study", *International Journal of Epidemiology*, n° 34: 286-293.
- Martikainen, P.T. y Valkonen, T. (1996): "Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment", *The Lancet*, n° 34(9032): 909-912.
- McKee-Ryan, F., Song, Z., Wanberg, C.R., Kinicki, A.J. (2005): "Psychological and Physical Well-Being during Unemployment: A Meta-Analytic Study", *Journal of Applied Psychology*, n° 90(1): 53-76.
- Morris, J.K., Cook, D.G. y Shaper, A.G. (1994): "Loss of employment and mortality", *British Medical Journal*, n° 308(6937): 1135-1139.
- Moser, K.A., Fox A.J. y Jones, D.R. (1984): "Unemployment and mortality in the OPCS longitudinal study", *The Lancet*, II: 1324-1328.
- OMS. (2017). *Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report*. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO: World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank 2017.
- Perticara, M. (2008) *Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Serie Políticas Sociales: Vol. 141 (pp. 68)*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Smith, P.C. (2007): *Performance budgeting in England: Public service agreements*, Washington DC: International Monetary Fund.
- Van de Poel, E. y Hosseinpoor, A.N.S. (2008): "Socioeconomic inequality in malnutrition in developing countries", *Bulletin of the World Health Organization*, n° 86(4): 241-30.

Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics*, 12(11), 921-933.

Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*, 362(9378), 111-117.

ⁱ Dr. José Luis Hernández Juárez, es Profesor e Investigador de Tiempo Completo en la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Autónoma de Sinaloa. E-mail: josehj@uas.edu.mx. Teléfono: (6677) 161128.

ⁱⁱ Dr. Baltazar Pérez Cervantes, es Profesor e Investigador de Tiempo Completo en la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Autónoma de Sinaloa. E-mail: baltazarpc@uas.edu.mx. Teléfono: (6677) 161128.

ⁱⁱⁱ Dra. Marine Rosario Urías García, es Profesora en la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, Universidad Autónoma de Sinaloa. E-mail: marineurias@facesuas.edu.mx. Teléfono: (6677) 125038.