

# Incremento en la desigualdad en gastos de salud durante la pandemia de COVID-19 en México

Higher inequality in health expenditures during COVID-19 pandemic in Mexico

Aumento da desigualdade nas despesas de saúde durante a pandemia de COVID-19 no México

DOI: <https://doi.org/10.21803/penamer.17.34.768>

## Resumen

**Introducción:** El propósito de esta investigación es profundizar en cómo el problema de la desigualdad en el acceso a la salud durante la pandemia de COVID-19 se acrecentó en México. Para abordar este tema tan importante, se desglosó el comportamiento de los gastos en salud de los hogares mexicanos mediante un análisis estadístico descriptivo utilizando datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) de 2018, 2020 y 2022. Entre la **metodología** destaca la construcción de quintiles de ingreso, tipo de gasto y del indicador de carencia por acceso a los servicios de salud; además, se realizó un análisis regional. Nuestros **resultados** muestran un aumento general en los gastos en salud de más del 30% entre 2018 y 2022, presentándose este fenómeno de manera más clara en los hogares del quintil de ingreso más alto. Asimismo, se observa un deterioro grave en el bienestar de los hogares, al presentarse una vulnerabilidad mayor en los hogares sin acceso a los servicios de salud, los cuales tienen gastos superiores en comparación con aquellos que tienen acceso a un programa de salud. Regionalmente, la zona sur del país es la que mostró un gasto mayor en proporción a su ingreso en salud, con un enfoque predominante en cuestiones ambulatorias. Estos hallazgos permiten identificar los principales problemas de acceso y participación de los hogares en la absorción de gastos en salud, lo cual podría permitir sugerir la implementación de medidas de políticas diferenciadas orientadas a mejorar el acceso de los servicios de salud y reducir los posibles gastos catastróficos relacionados con la salud en los hogares.

**Keywords:** Gastos en salud; Desarrollo económico; Bienestar; Economía mexicana

## Abstract

**Introduction:** The purpose of this research is to delve deeper into how the problem of inequality in access to healthcare during the COVID-19 pandemic worsened in Mexico. To address this important issue, the behavior of health expenditures of Mexican households was broken down through a descriptive statistical analysis using data from the National Survey of Household Income and Expenditure (ENIGH) for 2018, 2020, and 2022. The **methodology** includes the construction of income quintiles, types of expenditure, and the indicator of lack of access to health services. Additionally, a regional analysis was conducted. Our **results** show an overall increase in health expenditures of more than 30% between 2018 and 2022, with this phenomenon being more evident in households in the highest income quintile. Additionally, a significant deterioration in household well-being is observed, with greater vulnerability in households without access to health services, which have higher expenses compared to those with access to a health program. In regional terms, the southern part of the country showed higher health expenditures in proportion to their income, with a predominant focus on outpatient issues. These findings help identify the main problems of access and participation of households in absorbing health expenditures, suggesting the implementation of differentiated policy measures by the government aimed at improving access to health services and reducing potential catastrophic health-related expenses for households.

**Keywords:** Health expenditures; Economic development; Welfare; Mexican economy

### Cecilia García Amador

<https://orcid.org/0000-0001-6076-7375>

Doctorado en Economía Social (Estudios Sociales), Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa

Profesora en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México. [martha.garcia@uacj.mx](mailto:martha.garcia@uacj.mx)

### David Vázquez Guzmán

<https://orcid.org/0000-0001-8254-9766>

Doctorado en Economía, University of Stirling

Profesor investigador en el Departamento de Ciencias Sociales en la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, México.

[david.vazquez@uacj.mx](mailto:david.vazquez@uacj.mx)

### Ana Luz Ramos Soto

<https://orcid.org/0000-0001-8167-2631>

Doctorado en Ciencias de Planificación de Empresas y Desarrollo Regional por el Instituto Tecnológico de Oaxaca, México

Profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Contaduría y Administración en la Universidad Autónoma "Benito Juárez" de Oaxaca, México. [analuz\\_606@yahoo.com.mx](mailto:analuz_606@yahoo.com.mx)

## ¿Cómo citar este artículo?

García; C., Vázquez; D. y Ramos; A. (2024). Incremento en la desigualdad en gastos de salud durante la pandemia de COVID-19 en México, *e#768*: 17(34), DOI: <https://doi.org/10.21803/penamer.17.34.768>



## Resumo

**Introdução:** O objetivo desta investigação é aprofundar a forma como o problema da desigualdade no acesso aos cuidados de saúde durante a pandemia de COVID-19 cresceu no México. Para abordar esta importante questão, desagregamos o comportamento das despesas de saúde das famílias mexicanas através de uma análise estatística descritiva utilizando dados do Inquérito Nacional ao Rendimento e Despesa das Famílias (ENIGH) para 2018, 2020 e 2022. A **metodologia** inclui a construção de quintis de renda, tipo de despesa e o indicador de privação de acesso aos serviços de saúde; além disso, foi realizada uma análise regional. Os nossos **resultados** mostram um aumento global das despesas de saúde de mais de 30% entre 2018 e 2022, com as famílias do quintil de rendimento mais elevado a registarem o maior aumento. Verifica-se também uma grave deterioração do bem-estar das famílias, com maior vulnerabilidade entre as famílias sem acesso a serviços de saúde, que têm despesas mais elevadas em comparação com as que têm acesso a um programa de saúde. Regionalmente, a região sul do país é a que apresenta maior despesa em proporção do rendimento com a saúde, com predominância de gastos em ambulatorio. Esses achados permitem identificar os principais problemas de acesso e participação das famílias na absorção dos gastos com saúde, o que pode permitir sugerir a implementação de medidas políticas diferenciadas que visem melhorar o acesso aos serviços de saúde e reduzir possíveis gastos catastróficos relacionados à saúde no nível domiciliar.

**Palavras-chave:** Despesas de saúde; Desenvolvimento económico; Bem-estar; Economia mexicana



## Introducción

La pandemia sanitaria ocasionada por el COVID-19 ha tenido estragos significativos en las distintas esferas de la sociedad, tales como educación, economía y salud (Parramore, 2021; World Bank, 2022). El área de la salud fue una de las más afectadas registrándose más de 760 millones de casos y aproximadamente 7 millones de fallecidos a causa del virus (World Health Organization, 2024). En ese sentido, con el fin de mitigar los problemas de salud subsecuentes a la pandemia, los agentes económicos han desarrollado diversas estrategias al respecto. Los Gobiernos, por su parte, implementaron políticas públicas como el confinamiento, la aplicación de vacunas y la reconversión de hospitales (United Nations, 2021). Mientras los hogares tuvieron que adaptarse a las medidas sanitarias impuestas por el Gobierno, pero, además, debieron reconfigurar los gastos que realizaban en cuestiones de salud para hacer frente a la pandemia. Es decir, los hogares han tenido que absorber los gastos adicionales de adquirir servicios sanitarios con el fin de contrarrestar los problemas de salud derivados de la pandemia de COVID-19.

En el caso de México, la cifra es alarmante. De acuerdo con datos del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) en 2022, el 38% del gasto total en salud fue realizado por los hogares (Saldívar, 2023). Además, los problemas repentinos de COVID-19 se vieron agravados por la desigualdad en el acceso a servicios de salud que enfrenta la población en todo el territorio nacional. A partir de la interrupción de los servicios de salud (desaparición del seguro popular), se observó un incremento sustancial de la carencia por acceso a los servicios de salud de manera notable entre 2018 y 2022 (CONEVAL, 2023).

Así es como el objetivo de esta investigación es analizar la evolución de los gastos privados en salud, desglosándolos por quintil de ingreso, acceso a los servicios de salud, tipo de gasto y regiones territoriales. Para lograr dicho objetivo, se llevaron a cabo construcciones de gasto y diversas estimaciones estadísticas con los datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) para los años 2018, 2020 y 2022.

Las aportaciones de nuestra investigación son diversas. En primer lugar, hacer un análisis por quintil de ingreso permite identificar las vulnerabilidades de los hogares con menores recursos económicos y evaluar la posibilidad de que incurran en gastos catastróficos por cuestiones de salud (CONEVAL, 2023). Como segundo aporte, se presenta evidencia empírica de las disparidades de gastos entre los hogares con acceso a los servicios de salud y aquellos que no lo tienen, esto brindará elementos para evidenciar el fallo de la interrupción de las políticas universales de salud que se habían planteado previamente en México. Por último, esta investigación brindará indicios de las diferencias regionales que hay a lo largo del territorio mexicano en cuestiones de gastos en salud de los hogares. En conjunto, todo el análisis brindará elementos a los tomadores de decisiones policy makers sobre la situación a la que se están enfrentando los hogares mexicanos para contrarrestar los estragos que dejó la pandemia de COVID-19 en materia de salud.

Los principales resultados sugieren que las personas con menores ingresos son las más afectadas en materia de salud. Además, las que tienen una precondition de falta de servicio público de salud resultarán aún más deteriorados con el incremento forzado de la compra de bienes de salud en su presupuesto. En la parte regional, es patente el incremento de programas públicos en regiones tradicionalmente abandonadas, como lo es el sur de México, y en el análisis de estratos sociodemográficos, es necesaria una política pública que se enfoque en los que menos tienen.

Además de esta introducción, el artículo presenta un breve panorama de los gastos en salud en el contexto



mexicano donde se observa el abandono sistémico de las instituciones de salud en México, documentado por diferentes fuentes, incluso a nivel internacional. Luego, desarrolla el diseño metodológico y se incluyen las fuentes de información. Posteriormente, se presentan y discuten los resultados, para cerrar con las conclusiones.

### Breve panorama de los gastos en salud en el contexto mexicano

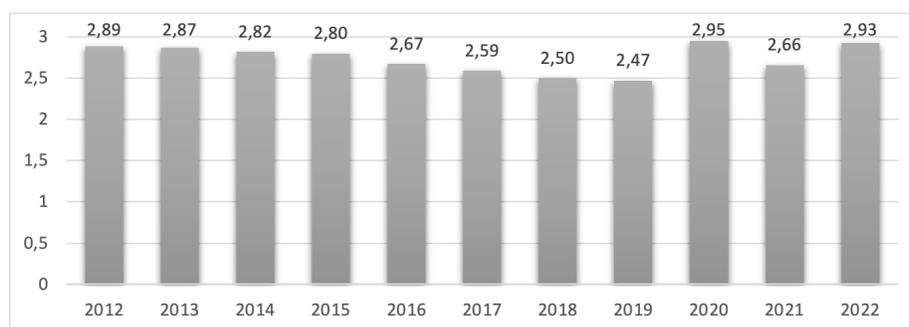
De acuerdo con la teoría del capital humano, la salud de los individuos es considerado uno de los ejes totales del crecimiento y desarrollo de las naciones, debido a que fortalecen y a la vez potencian las habilidades de las personas, lo cual les permite mejorar su productividad y, con ello, sus niveles de bienestar (Ogundari y Abdulai, 2014; Ogundari y Awokuse, 2018; Hendricks y Schoellman, 2018; Nussbaum, 2011; Shultz, 1995). En ese sentido, las inversiones en salud, tanto públicas como privadas, buscan promover el bienestar.

En México, el sistema de salud está compuesto por un sector privado y uno público. El sector privado se define como aquel que no se encuentra dentro de las instituciones públicas y brinda servicio a los individuos que tienen la capacidad de pago (Gómez-Dantés et al., 2011; Martínez y Murayama, 2016). Durante largo tiempo, se tuvo la idea de que el sistema privado era poco accesible para los ciudadanos en general debido a sus altos costos. Sin embargo, algunos autores como Olaiz et al. (1995), con información de la primera Encuesta Nacional de Salud (ENSA), observaron que el sector privado representaba en el año 2000 un tercio de la oferta de los servicios ambulatorios, cifra que se ha mantenido hasta la ENSA II. Esto sugiere que aproximadamente un tercio de la población nacional recurre consistentemente a la medicina privada.

Por su parte, el sector público es financiado principalmente por el Gobierno, su principal reto es brindar servicios de salud asequibles y confiables, mediante los cuales los ciudadanos puedan desarrollarse de manera óptima (Alcántara Balderas, 2012). La forma de financiar este servicio es mediante el gasto público. Según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el gasto público debe fijarse en el 6% del Producto Interno Bruto (PIB). Sin embargo, en la última década el gasto en salud realizado en México ha oscilado entre el 2,5% y el 2,9% del PIB, es decir, menos de la mitad de la recomendación internacional. En la figura 1, es posible observar la evolución de los gastos en salud como porcentaje del PIB, indicando que, a pesar de la pandemia, no se ha registrado un incremento sustancial en cuestiones de salud.

**Figura 1.**

*Gasto público en salud como porcentaje del PIB*

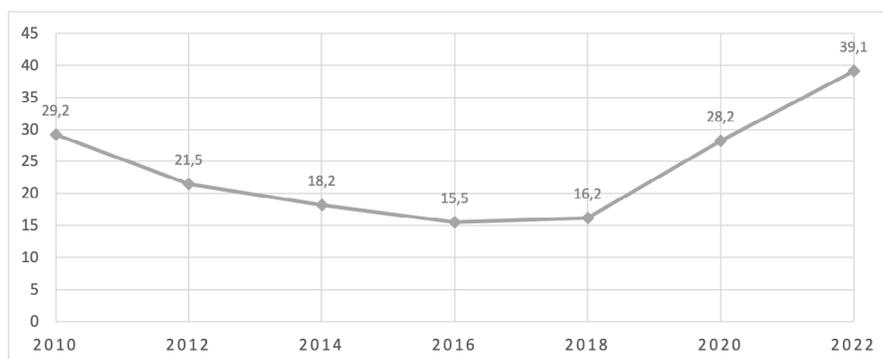


Fuente: Elaboración propia con datos del CIEP.

Por medio del gasto público, el Gobierno mexicano ha establecido diversas estrategias de acceso y calidad en el servicio de salud a través de la política pública (Gutiérrez et al., 2019). Hasta hace algunos años, las estrategias estaban basadas principalmente en políticas de universalización de acceso, donde se buscaba establecer un seguro nacional de salud, posteriormente llamado Seguro Popular de Salud (Laurell, 2013). El Seguro Popular de Salud comenzó en Aguascalientes, Campeche, Colima y Jalisco con una fase piloto en 2001 (Tamez González y Eibenschutz, 2008). La población objetivo eran las familias de ingreso bajo que no tenían derechohabencia a la seguridad social, para evitar el gasto de bolsillo de las familias en salud. A partir de estas estrategias, se habían registrado importantes avances en la disminución de los gastos de bolsillo catastróficos por cuestiones de salud (Hernández-Torres et al., 2008) y en aumentos en la cobertura de servicios de salud en la población mexicana (Gómez-Dantés y Frenk, 2019). De tal forma que con la penetración del Seguro Popular de Salud para 2016 ya se contaba con 18,8 millones de afiliados (Guzmán Flores, 2018). Las estimaciones del CONEVAL, hasta 2018, mostraban que en la población mexicana la carencia por acceso a los servicios de salud disminuyó el 22,2% entre 2010 y 2018 (CONEVAL, 2019). Sin embargo, para 2020, con la interrupción de los servicios de salud al desaparecer el Seguro Popular de Salud (Antúnez, 2023), hubo un incremento sustancial en la carencia por acceso a los servicios de salud, como se puede ver en la figura 2.

**Figura 2.**

*Porcentaje de población con acceso a los servicios de salud en México (2010-2022)*



*Fuente:* Elaboración propia con datos de CONEVAL 2011, 2013, 2015, 2017, 2019, 2021 y 2023.

El incremento en la carencia por acceso a los servicios de salud llegó en el peor momento para los hogares en México, ya que también fueron golpeados por la pandemia de COVID-19. Así es como, ante los problemas de política pública para el acceso a la salud, los hogares debieron asumir las consecuencias. En otras palabras, los hogares debían destinar una parte considerable de su ingreso para atender a cuestiones de salud (Díaz-González y Ramírez-García, 2017). A esta parte del ingreso que los hogares destinan a cuestiones de salud se le denomina gasto de bolsillo en salud (Lu et al., 2009). Con estimaciones propias, se calcula un incremento en la variación de estos gastos de aproximadamente el 33% entre 2018 y 2022 (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [Inegi], 2018, 2020, 2022a, 2022b).

Cuando el gasto de bolsillos en salud alcanza un punto crítico, más del 20% del gasto total, se considera que el hogar incurre en gastos catastróficos por motivos de salud (Dorjdagva et al., 2016; Pandey et al., 2018; Piroozzi et al., 2016; Xu et al., 2003). La pandemia de COVID-19 dejó estragos en los hogares al propiciar que muchos realizaran gastos de bolsillo catastróficos en salud (Garg et al., 2022; Hafidz et al., 2023; Rajalakshmi et al., 2023).



Es perjudicial que los hogares incurran en gastos catastróficos en salud por varias razones. En primer lugar, el realizar gastos catastróficos en salud puede propiciar que los hogares caigan en situación de pobreza al tener que destinar gran parte de su ingreso en atención médica y descuidar otros gastos necesarios en el hogar (Vanegas, 2020). En segundo lugar, al no pagar los altos costos médicos, los hogares pueden empeorar su estado de salud llevándolos a enfermedades más graves y costosas en el futuro, además de disminuir su productividad laboral (Ribero, 2000). Por último, afecta la desigualdad, dado que los gastos catastróficos suelen afectar más a los hogares de bajos ingresos, las familias de menos ingresos son las más vulnerables ante este problema (Sáenz Vela y Guzmán Giraldo, 2021). Así, el análisis de los factores asociados a los gastos de bolsillo en salud debe ser pieza clave en las políticas públicas para generar crecimiento y desarrollo de los territorios, además de cuidar el derecho de los hogares al acceso a la salud.

### Fuentes de información y diseño metodológico

Los datos utilizados en este estudio provienen de la ENIGH correspondientes a los años 2018, 2020 y 2022. Esta encuesta ofrece información detallada sobre el origen y la distribución de los ingresos y gastos de los hogares en México. Dada su construcción, probabilística, bietápica, estratificada, por conglomerados, así como el tamaño de la muestra, se considera que esta permite realizar análisis representativos a nivel nacional, estatal y por área rural y urbana (Inegi, 2024). Además, facilita el análisis desagregado de los gastos en salud en sus principales categorías (Inegi, 2024). La ENIGH está conformada por 16 tablas, las cuales contienen información de viviendas, hogares, población, gastos a nivel de hogar, gastos a nivel de persona, trabajos, ingresos, entre otras (para procesar la información de las diferentes tablas de dicha encuesta es necesario conjuntarlas por medio de los folios llave). Para el procesamiento de la base de datos, se utilizó el paquete estadístico Stata 17.

### Construcción de las variables

Para analizar el comportamiento de los gastos en salud, es esencial definir la construcción de las variables utilizadas con este propósito. En la tabla 1, se detalla la descripción y construcción de todas las variables que se utilizaron. El primer paso en este proceso consistió en crear una variable que identificará los criterios para determinar los gastos en salud de los hogares. Partimos de la premisa de que la fracción del ingreso que los hogares destinan a estas cuestiones se denomina gastos de bolsillo en salud, y pueden afectar de manera seria las finanzas de los hogares cuando se incrementan de manera sustantiva (Knaul et al., 2006). Estos gastos pueden desglosarse en tres categorías principales (la construcción de las variables de salud se realizó con base en lo propuesto por la Secretaría de Salud [2018] y el Inegi [2018]: a) gastos en atención primaria o ambulatoria, que incluyen servicios que no requieren hospitalización, como consultas externas y medicamentos recetados; b) gastos en hospitalización, definidos como los costos asociados con la internación de personas con previa autorización del médico tratante, y c) gastos en medicamentos sin receta o de venta libre, que abarcan también aparatos ortopédicos y terapéuticos, material de curación y medicina alternativa. Para la construcción de la variable correspondiente a gastos en salud, se utilizó la sub-base de gastos y se consideraron las claves de gasto que recomienda el Inegi (tabla 1). La suma de estas tres categorías, como se muestra en la ecuación 1, representa los gastos totales en salud que el hogar realiza (Inegi, 2024).



$$\text{Gasto en salud} = \sum_{i=1}^n (\text{gastos}_{\text{ambu}} + \text{gastos}_{\text{hospital}} + \text{gastos}_{\text{medicinas}}) \dots (1)$$

Además, para analizar el gasto ante la desigualdad de acceso, se utilizó la carencia por acceso a los servicios de salud para cada hogar de la muestra. Según el CONEVAL (2019), una persona con carencia por acceso a los servicios de salud es aquella que no cuenta con afiliación a algún servicio médico (Seguro Popular de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE] federal o estatal, Petróleos Mexicanos [Pemex], Ejército, Marina o servicios privados). La adscripción a estos servicios puede darse por prestación laboral, afiliación de un familiar con parentesco directo o por afiliación voluntaria (CONEVAL, 2019). Para el cálculo de la carencia por acceso a los servicios de salud, se usó la metodología propuesta por el CONEVAL, donde se identifica mediante una variable dicotómica si la persona cuenta o no con acceso al servicio en todos los años analizados (para la construcción de esta carencia se usaron las sub-bases de la ENIGH de trabajos, población, gastos y concentrado hogar (CONEVAL, 2019). Estos resultados pueden variar marginalmente de los oficiales, ya que se usa la ENIGH, y las mediciones se encuentran en hogares y no en personas.

Para el cálculo de los quintiles de ingreso, se utilizó la variable ingreso corriente (construida con la sub-base ingresos y concentrado hogar), la cual se estima considerando los ingresos por trabajo, los ingresos provenientes de las rentas, los ingresos de transferencias, de estimación del alquiler y otros ingresos (incluye transferencias públicas, por ejemplo, de tipo gubernamental y transferencias privadas de otros hogares como la recepción de remesas). Los quintiles se construyen dividiendo un conjunto de datos en cinco partes iguales, así es como cada quintil tiene el 20% de los hogares de acuerdo con los niveles de ingreso que presentan, siendo el quintil 1 el de menor ingreso y el quintil 5 el de mayor ingreso.

Las regiones de análisis territorial se basan en las cinco regiones de movilidad social en México propuestas por el Centro de Estudios Espinosa Yglesias (Delajara y Graña, 2017). Esta regionalización permite un análisis más detallado y específico de los problemas diferenciados en los territorios. Por ejemplo, trabajos previos como el de Huffman y van Gameren (2019) evidencian deficiencias generalizadas de la infraestructura médica en la región sur. En cambio, en la región centro hay una creciente proliferación en el acceso a medicamentos debido a la concentración de clústeres farmacéuticos en esta región. Tan solo en el estado de México y la Ciudad de México se concentra el 56% de la producción bruta de la industria farmacéutica (Inegi, 2022). Por su parte, en el norte del país existe un problema de turismo médico, donde, al tener fronteras con Estados Unidos, los migrantes internacionales buscan atenderse a menores costos en México, lo que incrementa los precios de la atención médica en esta región (Adame Gómez et al., 2018). Entonces, un análisis regional permite observar las particularidades de los gastos en salud que diluirse al realizar solo un análisis a nivel nacional.



**Tabla 1.***Descripción y construcción de las variables usadas en el análisis*

Variables	Definición
Gastos totales en salud	Suma de gastos en atención ambulatoria, gastos en hospitalización y gastos en medicamento sin receta.
Gastos en atención ambulatoria	Gastos en servicios que no requieren hospitalización con estancia nocturna. Sumatoria de claves de gasto J016 a J043 <sup>1</sup> .
Gastos en hospitalización	Gastos en servicios que no requieren hospitalización con estancia nocturna. Sumatoria de claves de gasto J001 a J015 y J070 a J072 <sup>2</sup> .
Gastos en medicamentos sin receta	Gastos en medicamento que no requieren receta. Sumatoria de claves de gasto J044 a J069 <sup>3</sup> .
Carencia por acceso a los servicios de salud	Algún miembro del hogar tiene carencia por acceso a los servicios de salud.
Ingreso corriente	Suma de los ingresos por trabajo, provenientes de rentas, de transferencias, de estimación del alquiler y otros ingresos.
Quintil de ingreso	
Región norte	Construida con los estados de Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas.
Región noroccidente	Construida con los estados de Baja California Sur, Sinaloa, Nayarit, Durango y Zacatecas.
Región centro-norte	Construida con los estados de Jalisco, Aguascalientes, Colima, Michoacán y San Luis Potosí
Región centro	Construida con los estados de Guanajuato, Querétaro, Hidalgo, Edomex, CDMX, Morelos, Tlaxcala y Puebla
Región sur	Construida con los estados de Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH 2016, 2018 y 2020.

Nota del editor: Las cifras están expresadas en pesos mexicanos y representan el gasto corriente monetario trimestral efectuado para cada año. División de la población en cinco partes de acuerdo con su nivel de ingreso, donde 1 es el más bajo y 5 el más alto

|1: Las variables hacen referencia a lo siguiente: Total: gasto total en cuidados de la salud; Ambulatoria: gastos en atención primaria o ambulatoria; Hospitalización: gastos en hospitalización; Medicinas: gastos en medicamento sin receta.

|2: Gastos en salud como proporción del ingreso se calcula considerando el ingreso corriente monetario (gastos en salud/ingreso corriente monetario).

|3: Gastos en salud como proporción del gasto se calcula considerando el gasto corriente monetario (gastos en salud/gasto corriente monetario).

## Resultados

Se presentan los resultados obtenidos utilizando los datos de la ENIGH 2018, 2020 y 2022, y los diversos procedimientos estadísticos discutidos en el apartado anterior. En primer lugar, presentamos la evolución de los gastos por categoría de gasto a nivel nacional. En la segunda subsección, se analizan los gastos en salud por condición de acceso a los servicios de salud, es decir, considerando si el hogar presenta o no carencia por acceso a los servicios de salud. Posteriormente, se desglosan los resultados por región de análisis y, por último, se presenta la información por quintil de ingreso de los hogares.

### *Evolución de los gastos privados en salud*

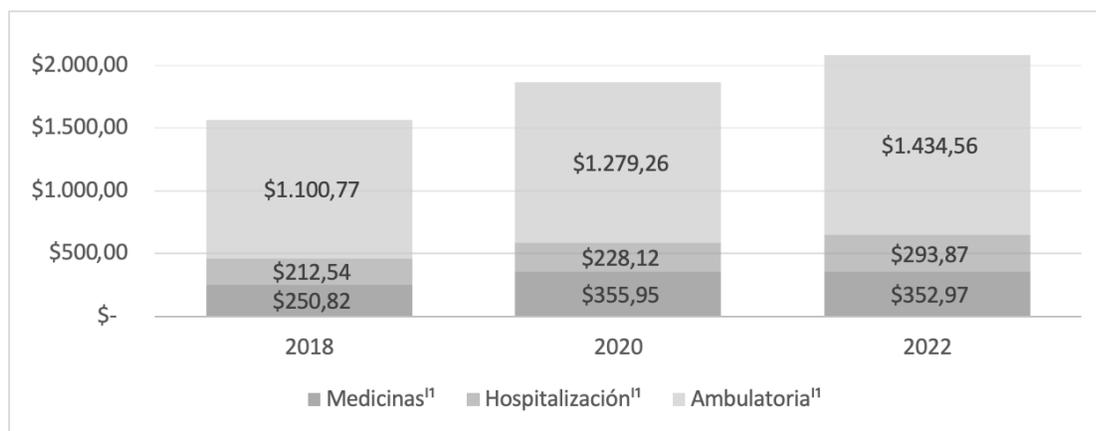
Los gastos privados en salud han presentado una evolución al alza considerando las particularidades contextuales de México en los últimos años. El sistema de salud mixto, con una participación principalmente pública, buscaba lograr una cobertura universal de acceso a servicios de salud por medio de la política pública del Seguro Popular de Salud (Alcántara Balderas, 2012; Martínez y Murayama, 2016). Su objetivo era permitir que aquellas personas que no pudieran acceder al sistema de salud



por medio de institutos públicos, que condicionan la adscripción de los ciudadanos, y aquellos que no pudieran solventar el acceso a servicios privados tuvieron la oportunidad de ser atendidos en alguna institución. En un inicio, los resultados de esta política pública fueron muy alentadores, en especial en indicadores de acceso, aunque tuvieron inconvenientes en calidad y desigualdad. Sin embargo, para 2019, con la entrada del presidente Andrés Manuel López Obrador, se anunció la desaparición del Seguro Popular de Salud para dar paso al Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI). Desafortunadamente, en medio de la transición del Seguro Popular de Salud al INSABI, se presentó la pandemia de COVID-19, lo que acrecentó los problemas y encareció en los individuos la falta de acceso a un servicio de salud público. Estos inconvenientes generaron estragos en los individuos, quienes debieron afrontar la falta de acceso y los impactos de la pandemia por medio de sus ingresos. De acuerdo con estimaciones propias, el gasto privado en salud se incrementó en aproximadamente un 33% entre 2018 y 2022, siendo los gastos en atención ambulatoria los que representan la mayor proporción del gasto en salud. En la figura 3, se presentan los gastos en salud de los hogares mexicanos para los años 2018, 2020 y 2022. Se puede observar una tendencia al alza en el gasto total debido a los cambios en el sistema de salud y la pandemia de COVID-19. La mayor proporción de gastos se da en atención ambulatoria, la cual es la primera línea de defensa sanitaria y, además, la más barata. Los gastos en hospitalización son menores debido a que aproximadamente solo entre el 8% y el 11% de los hogares realizan gastos de este tipo (Rodríguez-Aguilar, 2022). A pesar de que los gastos en atención ambulatoria son los realizados principalmente, los gastos en medicamentos sin receta son los que presentan la mayor tasa de variación al aumentar el gasto en un 40% en el periodo analizado, lo cual podría estar asociado al incremento en la cultura de la automedicación.

**Figura 3.**

*Gastos en salud de los hogares mexicanos (2018, 2020 y 2022)*



Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH 2018, 2020 y 2022

[1] Las cifras están expresadas en pesos mexicanos y representan el gasto corriente monetario trimestral efectuado para cada año.

Nota: Las variables hacen referencia a lo siguiente: Total: gasto total en cuidados de la salud; Ambulatoria: gastos en atención primaria o ambulatoria; Hospitalización: gastos en hospitalización; Medicinas: gastos en medicamento.



### ***Gastos en salud por condición de acceso a los servicios de salud***

Aunado al aumento en los gastos privados en salud que realizan los mexicanos, se considera per-

tinente analizar si existe diferencia en el acceso por condición de vulnerabilidad. En planteamientos previos, se estableció que uno de los factores determinantes en el incremento del gasto privado en salud de los hogares, además de la pandemia de COVID-19, fue la interrupción de los servicios de salud por parte del Gobierno al cancelar el Seguro Popular de Salud. Para esclarecer lo anterior, en la tabla 2 se presentan los gastos privados en salud que realizan los hogares que presentan carencia por acceso a los servicios de salud y aquellos que no la presentan. Es posible observar un mayor gasto en los hogares que no cuentan con servicios de salud. Entre 2018 y 2022, el gasto en salud de los hogares sin acceso a los servicios se incrementó en un 41,4%, es decir, diez puntos porcentuales más que el crecimiento del gasto privado nacional, mientras aquellos hogares con acceso disminuyeron el dinero destinado a cuestiones de salud.

Además, se observa un incremento del gasto en salud tanto en lo que representa del ingreso total como del gasto total de los hogares en el año de la pandemia de COVID-19. Esto es más profundo en los hogares sin acceso a los servicios de salud, ya que, en 2020, el gasto en salud llegó a representar el 7,5% del total del gasto corriente monetario. Mientras en los hogares con acceso solo representó el 5,2%. También es necesario recalcar que el incremento que se observó en 2020 ha disminuido en 2022.

La vulnerabilidad de los hogares desprotegidos por el sistema de salud es palpable, lo que podría llevarlos a incurrir en gastos catastróficos por cuestiones de salud. La implicación de la interrupción de los servicios de salud está generando costos tanto humanos como económicos y sociales que no solo se observan a corto plazo, sino que podrían tener consecuencias a largo plazo en indicadores importantes de desarrollo. Así es como el derecho a la salud fue y sigue siendo una deuda social del Estado mexicano, ya que no se garantiza el acceso a la salud, sino que se cuenta con un sistema fragmentado, el cual está sujeto al mercado laboral y la capacidad de pago de los individuos (Frenk et al., 2009). Entonces, es un reto fundamental del Gobierno asegurarse de brindar un sistema de salud que pueda absorber a los ciudadanos.

**Tabla 2.**

*Gastos en salud de los hogares mexicanos con acceso y sin acceso a los servicios de salud (2018, 2020 y 2022)*

Variable	Total de hogares			Sin acceso a los servicios de salud			Con acceso a los servicios de salud		
	2018	2020	2022	2018	2020	2022	2018	2020	2022
Total <sup>1</sup>	1564,1	1863,3	2081,4	1590,4	1934,1	2249,7	1416,9	1656,5	1191,7
Ambulatoria <sup>1</sup>	1100,8	1279,3	1434,6	1121,0	1299,3	1511,8	987,8	1220,7	866,0
Hospitalización <sup>1</sup>	212,5	228,1	293,9	215,6	256,9	333,3	195,7	143,9	150,3
Medicinas <sup>1</sup>	250,8	356,0	353,0	253,9	377,9	404,7	233,4	291,9	175,4
Gastos en salud como proporción del ingreso	3,1	3,7	3,3	3,6	4,9	4,9	2,8	3,1	1,6
Gastos en salud como proporción del gasto	4,9	6,2	5,2	5,3	7,5	7,1	4,4	5,2	2,7

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH 2016, 2018 y 2020.

<sup>1</sup> Las cifras están expresadas en pesos mexicanos y representan el gasto corriente monetario trimestral efectuado para cada año.

Nota 1: Las variables hacen referencia a lo siguiente: Total: gasto total en cuidados de la salud; Ambulatoria: gastos en atención primaria o ambulatoria; Hospitalización: gastos en hospitalización; Medicinas: gastos en medicamento sin receta.

Nota 2: Gastos en salud como proporción del ingreso se calcula considerando el ingreso corriente monetario (gastos en salud/ingreso corriente monetario).

Nota 3: Gastos en salud como proporción del gasto se calcula considerando el gasto corriente monetario (gastos en salud/gasto corriente monetario).

### ***Gastos privados en salud por región de residencia***

Las desigualdades de gastos en salud no solo son palpables en los grupos de acceso a los servicios, sino que también se presentan a lo largo del territorio nacional. En la tabla 3, se desglosan los gastos en salud por región y categoría de gasto. Los resultados regionales siguen la línea de los datos nacionales, con un aumento de los gastos privados en salud en el periodo analizado. Sin embargo, se observa que el crecimiento no ha sido el mismo en todo el territorio mexicano. La región centro-norte es la que tiene un mayor gasto en salud, superando a la región con menos gasto por más de mil pesos trimestrales. Además, dicha región también presenta la mayor variación entre 2018 y 2022 con un crecimiento del 45,9% en el periodo.

Por su parte, la región sur y norte presentan aproximadamente la misma variación entre 2018 y 2022, a pesar de ello sus particularidades regionales son diferentes. Mientras en la región norte el monto es mayor que en la sur, la proporción que este gasto representa del ingreso del hogar es menor. Es decir, los ingresos de los hogares en el sur del país son menores que en el norte, lo que propicia que el gasto en salud represente el 3% del ingreso total de los hogares en dicha región. Además de los problemas de ingreso de la zona sur, esta región es la que presenta el mayor número de hogares con carencia por acceso a los servicios de salud llegando a alcanzar casi el 50% del total. Mientras en la zona norte solo el 20% no cuenta con acceso, lo que podría mostrar indicios de preferencias por atención privada en la zona norte y la no opción de atenderse en el sector público en el sur del país.

**Tabla 3.**

*Gastos en salud de los hogares mexicanos por región (2018, 2020 y 2022)*

Variable	Región norte			
	2018	2020	2022	Variación (%)
Total <sup>1</sup>	1842,5	2092,6	2357,4	27,9
Ambulatoria <sup>1</sup>	1168,0	1295,3	1438,9	23,2
Hospitalización <sup>1</sup>	422,2	477,2	547,3	29,6
Medicinas <sup>1</sup>	252,3	320,1	371,3	47,1
Región norte-occidente				
	2018	2020	2022	
Total <sup>1</sup>	1545,4	2237,7	2149,3	39,1
Ambulatoria <sup>1</sup>	1171,4	1639,2	1533,0	30,9
Hospitalización <sup>1</sup>	155,7	202,3	257,6	65,4
Medicinas <sup>1</sup>	218,3	396,2	358,8	64,3
Región centro-norte				
	2018	2020	2022	
Total <sup>1</sup>	1943,6	2213,2	2836,3	45,9
Ambulatoria <sup>1</sup>	1267,7	1577,3	2082,0	64,2
Hospitalización <sup>1</sup>	322,4	284,2	366,2	13,6
Medicinas <sup>1</sup>	353,6	351,7	388,1	9,8
Región centro				
	2018	2020	2022	
Total <sup>1</sup>	1456,5	1742,2	1949,0	33,8



Región norte				
Variable	2018	2020	2022	Variación (%)
Ambulatoria <sup>1</sup>	1063,5	1190,9	1302,7	22,5
Hospitalización <sup>1</sup>	135,7	168,8	272,3	100,6
Medicinas <sup>1</sup>	257,3	382,5	374,1	45,4
Región sur				
	2018	2020	2022	
Total <sup>1</sup>	1301,4	1590,8	1666,0	28,0
Ambulatoria <sup>1</sup>	983,9	1125,9	1242,1	26,2
Hospitalización <sup>1</sup>	135,2	136,6	135,7	0,3
Medicinas <sup>1</sup>	182,3	328,3	288,2	58,1

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH 2018, 2020 y 2022.

<sup>1</sup> Las cifras están expresadas en pesos mexicanos y representan el gasto corriente monetario trimestral efectuado para cada año.

Nota: Las variables en el cuadro hacen referencia a lo siguiente: Total: gasto total en cuidados de la salud; Ambulatoria: gastos en atención primaria o ambulatoria; Hospitalización: gastos en hospitalización; Medicinas: gastos en medicamento sin receta.

### Gastos privados en salud por quintil de ingreso

La realidad de la inequidad en México es evidente. Como se observa en la tabla 4, por cuestiones de la pandemia de COVID-19, todos los estratos gastaron más en bienes de salud de 2018 a 2020. El promedio fue de un 37,91% más que en el periodo base, pero hubo diferencias. El sector más pobre tuvo que gastar más en medicina (59,28%), y el sector más holgado gastó más en hospitalización (59,24%). La nota triste es que, si bien es cierto que las proporciones del aumento en gasto no son muy diferentes, el monto es sustancialmente distinto. El promedio de la gente pobre tuvo 700 pesos para su gasto en salud en 2018, mientras el quintil más elevado tuvo casi siete veces ese monto para atender a sus necesidades en este mismo rubro en 2022. La calidad de servicios de salud por esas diferencias presupuestales es abismal. Como dato curioso, para un análisis posterior, se observa cómo la clase media tuvo un gasto estratégico inusual, que fue el incremento en el gasto muy marcado en materia de medicinas (75,79%), mientras el gasto hospitalario, incluso, se redujo en un 7%, como dando a entender que no fue posible “enfermarse” durante el tiempo de la pandemia, sino que fue necesario seguir adelante ante las condiciones tan dificultosas en ese tiempo.

**Tabla 4.**

Gastos en salud de los hogares mexicanos por quintil de ingreso (2018, 2020 y 2022)

Quintil de ingreso	Total <sup>1</sup>			Ambulatoria <sup>1</sup>			Hospitalización <sup>1</sup>			Medicinas <sup>1</sup>		
	2018	2020	2022	2018	2020	2022	2018	2020	2022	2018	2020	2022
Quintil 1	698,2	875,8	997,4	535,2	639,0	747,7	51,5	52,3	72,2	111,5	184,5	177,6
Quintil 2	909,6	1185,7	1212,5	673,2	826,6	874,4	88,6	120,4	123,3	147,8	238,7	214,8
Quintil 3	1142,8	1507,7	1551,3	834,7	1083,1	1122,8	137,1	140,2	127,9	171,0	284,4	300,6
Quintil 4	1590,5	2015,9	2254,5	1165,2	1457,3	1600,8	172,9	190,5	244,3	252,4	368,2	409,4
Quintil 5	3462,8	3864,2	4706,4	2290,0	2482,3	3028,9	605,2	656,0	963,7	567,6	725,9	713,8

Fuente: Elaboración propia con datos de la ENIGH 2018, 2020 y 2022.

<sup>1</sup> Las cifras están expresadas en pesos mexicanos y representan el gasto corriente monetario trimestral efectuado para cada año.

Nota: Las variables hacen referencia a lo siguiente: Total: gasto total en cuidados de la salud; Ambulatoria: gastos en atención primaria o ambulatoria; Hospitalización: gastos en hospitalización; Medicinas: gastos en medicamento sin receta.

## Discusión

Los estragos que la pandemia de COVID-19 ha dejado en el mundo han sido alarmantes. En cuestiones de gastos en salud, gran parte de la literatura se ha enfocado en profundizar en cómo los hogares han respondido a los problemas de salud a través de los patrones de gasto. Por ejemplo, en el caso de la India, uno de los países más afectados por la pandemia, Garg et al. (2022) por medio de una encuesta que los hogares con personas enfermas por COVID-19 debieron incrementar considerablemente sus gastos en hospitalización, lo que generó gastos catastróficos por motivos de salud. Por su parte, en Grecia, Zavras y Chletsos (2023), por medio de la encuesta de presupuestos de los hogares y utilizando regresiones logísticas, encuentran resultados similares. En Perú, Quispe Mamani et al. (2023), utilizando encuestas a hogares, observan un incremento en los gastos de bolsillo en los hogares peruanos, asociados principalmente a la falta de servicios públicos. Nuestro trabajo presenta evidencia que concuerda con lo observado en investigaciones previas desarrolladas en diversas latitudes al observar un incremento sustancial en los gastos de bolsillo por cuestiones de salud en los hogares mexicanos durante la pandemia de COVID-19, incremento que se ha mantenido en años posteriores.

Como se observó en la tabla 2, los hogares con carencia por acceso a los servicios de salud realizan mayores gastos en salud. Estos resultados siguen la línea de la literatura donde se aborda que los gastos catastróficos son más frecuentes en los hogares que no cuentan con seguro debido a la vulnerabilidad, ya que, al no tener acceso a algún servicio gratuito, todos los gastos deben afrontarlos de manera privada (Sesma-Vázquez et al., 2005).

Además, se observan diferencias regionales en los gastos en salud que realizan los hogares. La región norte occidente es donde se observan los mayores gastos. De acuerdo con Adame Gómez et al. (2018), en el norte del país es posible que ocurra el turismo médico. La llegada de pacientes con mayor capacidad de pago puede contribuir a una inflación general en los costos médicos en la región. Esto puede resultar en precios más altos para consultas, medicamentos y tratamientos, y afectar a los locales que pueden tener menos recursos financieros.

Si bien en el sur de México es donde se presentan los menores gastos en salud de los hogares, es necesario considerar varias cuestiones. En primer lugar, el acceso limitado que se tiene a los servicios de salud (Huffman y van Gameren, 2019), no contar con infraestructura adecuada propicia que los individuos no tengan donde atenderse tengan que viajar largas distancias para recibir atención médica. En segundo lugar, a pesar de que los gastos sean menores comparado con otras regiones, llegan a representar una gran proporción del total de los ingresos de los hogares. Por último, los problemas de acceso a la salud son latentes en la región sur donde la carencia por acceso a los servicios de salud llega al 66% de personas en situación de carencia por acceso a los servicios de salud (CONEVAL, 2023).

Con respecto a los quintiles de ingreso, se observa que los hogares que más gastan en salud son los de quintiles más altos, esto podría darse por varias cuestiones. En primer lugar, por la preferencia de atención en lugares privados, en especial en cuestiones de hospitalización. De acuerdo con la ENSANUT 2020, los hogares que más gastaron en hospitalización fueron aquellos pertenecientes al quintil de ingreso más alto ( Instituto Nacional de Salud Pública [INSP], 2021).



## Conclusiones

Los gastos en salud desempeñan un papel determinante en el desarrollo y crecimiento económico de los territorios, por lo cual su análisis favorece la elaboración de políticas públicas en favor de brindar acceso de calidad para las personas. En esta investigación, mostramos información estadística que abona a entender el comportamiento de los gastos por motivos de salud que realizaron los hogares antes, durante y en un momento cerca al cierre de la pandemia de COVID-19.

Con datos de la ENIGH 2018, 2020 y 2022, así como empleando análisis estadístico regional, por quintiles de ingreso y de desigualdad de acceso, los resultados estadísticos sugieren que los hogares mexicanos han incrementado su gasto en servicios de salud, en detrimento, claro está, de las demás capacidades del bienestar en el hogar. El incremento en los gastos en salud fue superior de 2018 a 2020 y con una ligera caída en 2022.

También los hogares con una mayor precariedad en el acceso a los servicios de salud evidenciaron aumentada la carga al presupuesto familiar en esta materia. En la parte regional, en el sur de México, los datos permiten inferir que las personas están dejando de atender a sus problemas de salud por falta de presupuesto. Es cierto que en el norte del país hay un mayor gasto en bienes de salud, pero, proporcionalmente, por el mayor ingreso promedio, la carga podría ser menor. En cuestiones de distribución del ingreso, fue posible observar un mayor gasto en los hogares del quintil de ingreso más alto. Lo anterior asociado a la capacidad de pago que estas familias tienen y a la preferencia de atención en sistema privado. En el análisis por estrato socioeconómico, lo que nos arroja el análisis de datos es una falta sistémica de oportunidades en el sector salud en nuestro país que requiere una reconsideración profunda.

En general, hay un detrimento de la capacidad de acceso a la salud en los hogares, y esto hace apremiante un cambio en la política pública. Esta debe considerar ser dirigida de manera diferenciada por regiones, asegurar el acceso a la salud por medio de políticas universales y brindar apoyo a los grupos más vulnerables.

Como líneas de investigación futuras, es necesario un análisis intertemporal más amplio del gasto en bienes de salud, una contextualización del fenómeno de lo que ocurrió en México con otros países, para evidenciar qué lecciones se pueden aprender de lo hecho a nivel internacional, y un análisis institucional que no solo expongan la realidad tan lamentable de millones de personas, sino que responsabilicen tanto a los hacedores de la política pública fallida como a los ejecutivos de las leyes que debieran estar enfocadas en aquellos que menos tienen.



## Referencias

- Adame Gómez, S., Reyes Llamas, M. P. y Meneses Jiménez, R. (2018). *Turismo médico en el norte de México: Oportunidades, retos, dilemas y políticas públicas*. Letras del Norte.
- Alcántara Balderas, M. A. (coord.) (2012). *La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones: 12 años de experiencia*. Secretaría de Salud. [http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad\\_atencion\\_salud\\_enMexico\\_12experiencia.pdf](http://www.calidad.salud.gob.mx/site/editorial/docs/calidad_atencion_salud_enMexico_12experiencia.pdf)
- Antúnez, M. (2023, 6 de mayo). El adiós del Insabi: Desaparición del Instituto de Salud deja en incertidumbre a pacientes y trabajadores. *Sinembargo.mx*. <https://www.sinembargo.mx/06-05-2023/4357295>
- CIEP. Gasto en salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible. (2022, 10 de octubre). <https://ciep.mx/gasto-en-salud-y-objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
- CONEVAL. (2019). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México* (3.ª ed.). <https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Metodologia-medicion-multidimensional-3er-edicion.pdf>
- CONEVAL. (2023). *Estudio sobre el derecho a la salud 2023: Un análisis cualitativo*. [https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/E\\_Derecho\\_Salud\\_2023.pdf](https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/CEIPP/IEPSM/Documents/E_Derecho_Salud_2023.pdf)
- CONEVAL. (2018). Medición de la pobreza. [https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE\\_pobreza\\_2018.aspx](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/AE_pobreza_2018.aspx)
- Delajara, M. y Graña, D. (2017). Intergenerational social mobility in Mexico and its regions: Results from rank-rank regressions. *Documento de Trabajo*, 6. <https://ceey.org.mx/wp-content/uploads/2018/06/06-Delajara-Gra%C3%B1a-2017.pdf>
- Díaz-González, E. y Ramírez-García, J. (2017). Catastrophic health expenditures, government transfers and remittances in Mexico. *Papeles de Población*, 23(91), 65-91. <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/9313/7814>
- Dorjdagva, J., Batbaatar, E., Svensson, M., Dorjsuren, B. y Kauhanehan, J. (2016). Catastrophic health expenditure and impoverishment in Mongolia. *International Journal for Equity in Health*, 15, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0395-8>
- Frenk, J., Gómez-Dantés, O. y Knaul, F. (2009). The democratization of health in Mexico: Financial innovations for universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 542-48. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2704036/>
- Garg, S., Bebart, K. K., Tripathi, N. y Krishnendhu, C. (2022). Catastrophic health expenditure due to hospitalisation for COVID-19 treatment in India: Findings from a primary survey. *BMC Research Notes*, 15(86), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s13104-022-05977-6>
- Gómez-Dantés, O. y Frenk, J. (2019). Financing common goods: The Mexican system for social protection in health agenda. *Health Systems & Reform*, 5(4), 382-386. <https://doi.org/10.1080/23288604.2019.1648736>
- Gómez-Dantés, O., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H. y Frenk, J. (2011). *Sistema de Salud en México*. *Salud Pública*, 53(2), S220-S232. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/17.pdf>
- Gutiérrez, J., Heredia-Pi, I., Hernández-Serrato, M., Pelcastre-Villafuerte, E., Torres-Pereda, P. y Reyes-Morales, H. (2019). Desigualdades en el acceso a servicios: Base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. *Salud Pública de México*, 61(6), 726-733. <https://doi.org/10.21149/10561>
- Guzmán Flores, J. (2018). Seguro popular: Evidencia de los avances en asignación de recursos públicos, acceso y cobertura de servicios de salud y protección financiera. *Exposición Económica: Revista de Análisis*, 40, 25-48. <https://doi.org/10.32870/eera.vi40.938>
- Hafidz, F., Adiwibowo, I. R., Kusila, G. R., Ruby, M., Saut, B., Jaya, C. y Oktavia, A. (2023). Out-of-pocket expenditure and catastrophic costs due to COVID-19 in Indonesia: A rapid



online survey. *Frontiers in Public Health*, 11(1072250), 1-8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1072250>

Hendricks, L. y Schoellman, T. (2018). Human capital and development accounting: New evidence from wage gains at migration. *The Quarterly Journal of Economics*, 133(2), 665-700. <https://doi.org/10.1093/qje/qjx047>

Hernández-Torres, J., Ávila-Burgos, L., Valencia-Mendoza, A. y Poblano-Verástegui, O. (2008). Evaluación inicial del seguro popular sobre el gasto catastrófico en salud en México. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 18-32. <https://www.redalyc.org/pdf/422/42210103.pdf>

Huffman, C. y van Gameren, E. (2019). Efectos heterogéneos y distributivos del Seguro Popular sobre la oferta de servicios de salud en México. *El Trimestre Económico*, 86(343), 667-713. <https://doi.org/10.20430/ete.v86i343.719>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2018). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)*, 2018 Nueva serie. <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2018/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)*, 2020 Nueva serie. <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2020/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022a, 12 de septiembre). *Conociendo la industria farmacéutica*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/especiales/Ind\\_Farmac22.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2022/especiales/Ind_Farmac22.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022b, 28 de noviembre). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)*, 2022 Nueva serie. <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2022/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2024). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares ENIGH 2024: Consulta pública para la actualización de variables sociodemográficas y clasificadores de la ENIGH 2024*. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/consultapublica/doc/descarga/ENIGH2024/proyecto/cp\\_enigh24\\_doc\\_tec.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/consultapublica/doc/descarga/ENIGH2024/proyecto/cp_enigh24_doc_tec.pdf)<https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/>

[consultapublica/doc/descarga/ENIGH2024/proyecto/cp\\_enigh24\\_doc\\_tec.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/app/consultapublica/doc/descarga/ENIGH2024/proyecto/cp_enigh24_doc_tec.pdf)

Instituto Nacional de Salud Pública. (2021). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre COVID-19: Resultados nacionales*. <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut-continua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>

Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., Bryson-Cahn, C., Barofsky, J., Maguire, R. ... Sesma, S. (2006). Evidence is good for your health system: Policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet*, 368(9549), 1828-1841. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69565-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69565-2)

Laurell, A. C. (2013). Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano. *Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales*. <https://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso-clacso-crop/20130807020931/ImpactodelSeguroPopular.pdf>

Lu, C., Chin, B., Li, G. y Murray, C. J. (2009). Limitations of methods for measuring out-of-pocket and catastrophic private health expenditures. *Bulletin World Health Organization*, 87, 238-244. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.054379>

Martínez, J. y Murayama, C. (2016). El sistema de atención a la salud en México. En C. Murayama y S. M. Ruesga (coords.), *Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México*. Universidad Nacional Autónoma de México. [http://www.pued.unam.mx/publicaciones/28/Un\\_sistema.pdf](http://www.pued.unam.mx/publicaciones/28/Un_sistema.pdf)

Movilidad social en México: Las cinco regiones. (2018). *Centro de Estudios Espinosa Yglesias*. <https://ceey.org.mx/movilidad-social-en-mexico-las-cinco-regiones/>

Nussbaum, M. C. (2011). *Crear capacidades: Propuestas para el desarrollo humano*. Paidós.

Ogundari, K. y Abdulai, A. (2014). Determinants of household's education and healthcare spending in Nigeria: Evidence from survey data. *African Development Review*, 26(1), 1-14. <https://doi.org/10.1111/1467-8268.12060>



- Ogundari, K. y Awokuse, T. (2018). Human capital contribution to economic growth in Sub-Saharan Africa: Does health status matter more than education? *Economic Analysis and Policy*, 58, 131-140. <https://doi.org/10.1016/j.eap.2018.02.001>
- Olaiz, G., Lezana, M. A., Fernández, S. B., Wong, R. y Sepúlveda, J. (1995). La medicina privada en México: Resultados del censo nacional de unidades hospitalarias privadas. *Salud Pública México*, 37(1), 12-18. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5812/6484>
- Pandey, A., Ploubidis, G. B., Clarke, L. y Dandona, L. (2018). Trends in catastrophic health expenditure in India: 1993 to 2014. *Bulletin of the World Health Organization*, 96, 18-28. <https://doi.org/10.2471%2FBLT.17.191759>
- Parramore, L. (2021, 30 de noviembre). Warning: Covid-fueled Mental Health Crisis Will Be a Costly Second Pandemic. *Institute for New Economic Thinking*. <https://www.ineteconomics.org/perspectives/blog/warning-covid-fueled-mental-health-crisis-will-be-a-costly-second-pandemic>
- Piroozi, B., Moradi, G., Nouri, B., Bolbanabad, A. M. y Safari, H. (2016). Catastrophic health expenditure after the implementation of health sector evolution plan: A case study in the west of Iran. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(7), 414-423. <https://doi.org/10.15171%2Fijhpm.2016.31>
- Quispe Mamani, J. C., Cutipa Quilca, B. E., Cáceres Quenta, R., Quispe Maquera, N. B., Quispe Quispe, B., Mamani Flores, A. ... Tintaya Choquehuanca, O. (2023). Determinants of out-of-pocket health spending in households in Peru in the times of the pandemic (COVID-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(18), 1-17. <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/18/6759#>
- Rajalakshmi, E., Sasidharan, A., Bagepally, B. S., Kumar, M. S., Manickam, P., Selva Vinayagam, T. S. y Parthipan, K. (2023). Household catastrophic health expenditure for COVID-19 during march-august 2021, in South India: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 23(47), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14928-6>
- Ribero, R. (2000). Salud y productividad laboral en Colombia. *Revista Desarrollo y Sociedad*, 45, 1-30. <https://doi.org/10.13043/dys.45.1>
- Rodríguez-Aguilar, R. (2022). Microdata analytics of out-of-pocket and catastrophic health spending in Mexico: An analysis by quantiles. *Mobile Networks and Applications*, 27(5), 2182-2197. <https://doi.org/10.1007/s11036-021-01855-w>
- Sáenz Vela, H. M. y Guzmán Giraldo, Á. M. (2021). Gasto catastrófico y utilización de servicios de salud, México 2018. *Revista de Economía*, 38-97, 65-87. <https://doi.org/10.33937/reveco.2021.218>
- Saldívar, B. (2023, 1 de agosto). Del gasto en salud, 49 de cada 100 pesos proviene del sector privado. *El Economista*. <https://www.economista.com.mx/economia/Del-gasto-en-salud-49-de-cada-100-pesos-proviene-del-sector-privado-20230801-0092.html>
- Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R. y Sosa-Manzano, C. L. (2005). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: Magnitud, distribución y determinantes. *Salud Pública de México*, 47, 37-46. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/4687/4535>
- Shultz, T. P. (1995). Investment in women's human capital. University of Chicago Press.
- Tamez González, S. y Eibenschutz, C. (2008). El seguro popular de salud en México: Pieza clave de la inequidad en salud. *Revista de Salud Pública*, 10(1), 133-145. <https://www.re-dalyc.org/pdf/422/42217847012.pdf>
- United Nations. (2021). *United Nations Comprehensive Response to COVID-19*. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2021-12/un-comprehensive-response-Covid-19-2021.pdf>
- Vanegas, L. (2020). La economía de la salud en México: El COVID-19 y la crisis socioeconómica en América Latina y el Caribe. *Revista de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe*, 195, 195-208. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46830-la-economia-la-salud-mexico>



World Bank. (2022). World Development Report 2022: Finance for an equitable recovery. <https://www.worldbank.org/en/publication/wdr2022#downloads>

World Health Organization. (2024, 7 de abril). WHO COVID-19 dashboard. <https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths>

Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. y Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. *The Lancet*, 362(9378), 111-117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13861-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13861-5)

Zavras, D. y Chletsos, M. (2023). The impact of the COVID-19 pandemic on catastrophic health expenditure in Greece. *National Accounting Review*, 5(4), 338-55. <https://doi.org/10.3934/NAR.2022020Rum volupta sperem quam>

