

GÉNERO Y EDUCACIÓN: HACIA UN FINANCIAMIENTO EN SALUD CON EQUIDAD EN LOS HOGARES MEXICANOS

*Raúl E. Molina Salazar*¹

*Carmen Zúñiga Trejo*²

*Jesús Díaz Pedroza*¹

Resumen

Objetivo: obtener una descripción adecuada de la importancia de las desigualdades en el nivel educativo de los jefes del hogar por condición de género y analizar si estas diferencias influyen en el gasto de bolsillo en salud.

Material y métodos: Con base a la encuesta nacional de ingreso y gasto en los hogares, ENIGH 2010, se realiza un análisis por quintiles de ingreso y nivel educativo por sexo del jefe del hogar. Se utiliza una curva de Engel para explicar la asignación presupuestaria del gasto en salud que realiza el hogar. Asimismo se estima un modelo econométrico mediante la técnica de selección de Heckman, en dos etapas; en la primera etapa se estima la probabilidad de que un individuo decida gastar en salud y, en la segunda etapa, se selecciona a los individuos que efectivamente gastaron en salud para saber cómo influyen ciertas características del hogar en la asignación presupuestaria en salud.

Resultados y conclusiones: Se encontró que son los hogares con al menos una mujer en el hogar los que desembolsan un mayor gasto de bolsillo en salud. Los hogares con jefatura femenina con nivel de educación superior y posgrado, perciben un menor ingreso, y son éstos los que tienen un mayor gasto de bolsillo en salud, en comparación con los hogares con jefatura masculina. Desde un enfoque de desarrollo humano se recomienda crear esquemas de seguridad orientados por género que no dañen las finanzas de estos hogares.

¹ Profesor Investigador del Departamento de Economía de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa.

² Profesora Investigadora de la Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Hipótesis

México es un país de grandes contrastes, es una sociedad en donde prevalecen las heterogeneidades socioeconómicas, demográficas y culturales de su población. Por esta razón es importante estudiar las desigualdades socioeconómicas en salud para determinar prioridades, así como proponer políticas públicas orientadas hacia la reducción de las desigualdades injustas, y enfocándose a problemas específicos de salud en poblaciones heterogéneas.

En este sentido la hipótesis central de este estudio es:

La condición de género es uno de los elementos primordiales en la explicación de las desigualdades socioeconómicas en salud que remiten en una injusticia social. En otras palabras este trabajo supone que los hogares con jefatura femenina o con al menos una mujer en el hogar y además con nivel educativo mayor a preparatoria son quienes destinan un mayor gasto de bolsillo en salud como proporción de su ingreso, lo cual ubica a estos hogares en una posición de desventaja.

Género y desigualdades en salud

Las desigualdades socioeconómicas en salud no solamente se presentan entre los diferentes estratos sociales sino que también hay diferencias en relación al género lo que constituye desde el punto de vista moral una injusticia social.

Durante los últimos años, la investigación sobre las diferencias de género en cuanto a las desigualdades en salud ha motivado la discusión tanto en lo teórico como en lo empírico³. Las diferencias existentes en las tasas de mortalidad entre mujeres y hombres ha generado investigaciones en donde la característica principal ha consistido en destacar la paradoja entre las variables epidemiológicas de mortalidad y de morbilidad⁴. Esta

³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de las Mujeres (2010). *Mujeres y hombres en México*, México.

⁴ Bamba C., Pope D., Swami V., Stanistreet D., Roskam A, Kunst A, Scott-Samuel (2009). "Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries", *J Epidemiol Community Health*, 63:38–44.

aparente paradoja se ha tratado de explicar cómo el resultado de las diferencias de género en la distribución de rasgos biológicos, psicológicos, de comportamiento y por las desigualdades del ingreso entre los grupos socioeconómicos de los países⁵.

La salud y la educación en el desarrollo

El estudio de las desigualdades socioeconómicas en salud por condición de género también puede ser explicado por las diferencias en el nivel educativo de las personas porque la salud y la educación son los elementos básicos del desarrollo. La salud es un elemento central en la calidad de vida la cual debería tener una importancia intrínseca en el desarrollo de un país que se preocupe por el ser humano integral. Además, la salud es un prerrequisito para elevar la productividad y la educación es la parte esencial para una vida satisfactoria y para mantener adecuados niveles de salud. En México en los últimos años, la participación por sexo en los niveles educativos se ha ido modificando, reduciéndose las brechas debido al aumento de la matrícula femenina a nivel bachillerato y superior⁶. Estos datos señalan un avance hacia la equidad de la educación en México por sexo.

Inequidad en el financiamiento a la salud

En el campo de la salud la equidad se ha asociado tradicionalmente a la reducción de las desigualdades; sin embargo, en este estudio se tiene claro que la desigualdad en salud no es sinónimo de inequidad en salud. Desigualdades en salud es el término utilizado para designar las diferencias, variaciones, y las disparidades en los logros de salud de los individuos y grupos. Mientras que las inequidades en salud se refieren a las desigualdades en salud que se consideran injustas, inaceptables o derivadas de algún tipo de injusticia.

El premio nobel de economía Amartya Sen señala que la equidad en salud debe ser vista desde un enfoque multidimensional en donde la equidad en salud no sólo trata de la distribución de la salud, ni tampoco

⁵ Verbrugge LM., (1989). "The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality", *J Health Soc Behav.* 30: 282 – 304.

⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de las Mujeres (2010). *Op cit.*

del campo más limitado de la distribución de los servicios de salud. Más aun, se debe de tomar en cuenta cómo se relaciona la salud con otras características a través de la asignación de recursos y de los acuerdos sociales⁷. En este sentido analizar el gasto de bolsillo en salud que realiza el hogar por condición de género y por nivel educativo, puede proporcionar una visión más ampliada de las inequidades en salud.

El acceso a infraestructura social y pública resulta de gran importancia para que las personas logren una buena salud. Las instituciones públicas deben garantizar la asistencia sanitaria debido a que es uno de los derechos humanos más básicos.

En este contexto en nuestro país las opciones de financiamiento a la salud no son neutrales en relación con la equidad. El financiamiento público de servicios para la salud con esquemas de seguridad social ampliados o vía impuestos es una forma más equitativa de financiamiento. Por otro lado, el cobro directo constituye la forma más regresiva e inequitativa de financiamiento. La experiencia indica que las cuotas representan una elevada barrera económica para el acceso a los servicios de salud. De esta forma, el concepto de inequidad en el financiamiento se puede vincular con la condición de género del jefe del hogar, su nivel educativo y el gasto en salud como proporción de su ingreso.

En México, la sociedad está segmentada entre el medio rural y urbano, entre trabajadores con empleo formal y con empleo informal⁸. De la misma forma, los servicios de salud están segmentados; por un lado, los servicios en la seguridad social, con el otorgamiento gratuito de medicamentos, para los trabajadores con empleo formal, y por el otro lado los servicios para la población abierta con menores recursos y calidad para la población sin empleo formal, a los cuales se les abrió el llamado Seguro Popular como una forma de acceso a un paquete básico de servicios de salud⁹.

⁷ Sen, A. (2002). "¿Por qué la equidad en salud?" *Rev. Panam. Salud Pública*, vol.11 n.5-6 Washington May./Jun.

⁸ Barba C. (2012). "Regímenes de bienestar latinoamericanos: ¿universalismo o focalización?" In Calva J editor *Derechos sociales y desarrollo incluyente. Análisis estratégico para el desarrollo*, México, Juan Pablos 41-65.

⁹ OCDE (2005). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud*, México, París: OCDE.

La mitad de la población no tiene empleo formal, una buena parte vive en el medio rural, y no tiene cobertura de la seguridad social por lo que debe destinar un mayor gasto en salud con base a los ingresos de su bolsillo¹⁰.

La justificación de este estudio radica en que son pocos los estudios en México que examinan las desigualdades en el gasto de bolsillo en salud por condición de género. Además, el grado en que las diferencias en el gasto de bolsillo en salud por condición de género varían según el nivel socioeconómico del jefe del hogar en los hogares mexicanos es menos documentada. Sin embargo, no existen investigaciones sobre cómo las diferencias en el nivel educativo de los jefes del hogar por condición de género influyen en el gasto de bolsillo en salud que realiza el hogar y como estas desigualdades se traducen en una injusticia social. En concreto, ha sido poco el análisis de género con un enfoque en donde se analicen las consecuencias para los hogares con jefatura femenina.

En este contexto el objetivo central de este estudio es obtener una descripción adecuada de la importancia de las desigualdades en el nivel educativo de los jefes del hogar por condición de género y analizar si estas diferencias influyen en el gasto de bolsillo en salud. En otras palabras nos proponemos analizar los rendimientos no monetarios de la educación en la salud de los hogares, medido a través del gasto en salud como proporción de su ingreso que realiza el hogar.

Material y métodos

En este trabajo se analiza el gasto de bolsillo en salud que realizan las familias con base a la condición de género del jefe del hogar y su nivel educativo. Para ello se utiliza la Nueva construcción de la encuesta nacional de ingreso y gasto en los hogares, ENIGH 2010¹¹. En esta investigación se estudian las diferencias significativas en el gasto de bolsillo en salud en los hogares debido a características económicas, sociodemográficas y biológicas a través de las variables como: nivel de ingresos, educación formal, sexo y edad.

¹⁰ Narro J, Moctezuma D, Orozco L. (2010). "Hacia un nuevo modelo de seguridad social", *Economía UNAM*, 7; Supl:7-33.

¹¹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). "Nueva construcción de la encuesta nacional de ingreso y gasto en los hogares, ENIGH". Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/Enigh2010/ncv/default.aspx>

Para mostrar el comportamiento del gasto en cuidados de la salud en los hogares se utiliza una curva de Engel en donde se trata de explicar la asignación presupuestaria del gasto en salud que realiza el hogar de acuerdo a su nivel de ingreso. Asimismo se estima la demanda mediante un modelo de tipo econométrico conocido como selección de Heckman.

La técnica de selección de Heckman fue propuesta por el Premio Nobel de Economía James Heckman en el año 2000. Los trabajos realizados con esta metodología han permitido establecer ventajas e inconvenientes de utilizar datos experimentales en la evaluación de políticas públicas¹². Con este modelo se resuelven problemas como el de sesgo de selección, el cual surge cuando las muestras a disposición de los investigadores no representan adecuadamente la población que se desea estudiar.

En este estudio para obtener estimaciones no sesgadas, se consideró a tomar en cuentas los criterios de selección de ajuste de acuerdo a la metodología de Heckman. El modelo de Heckman consiste en dos etapas: la primera captura el efecto tratamiento el cual suele variar entre individuos según sus características, mientras que la segunda etapa se refiere a la selectividad la cual implica la presencia de cierta característica en el grupo de tratamiento. De esta manera el método consiste en estimar en un primer paso un modelo tipo probit para calcular la probabilidad, involucrando ciertas variables de interés, que determine la decisión de que el jefe del hogar decida o no gastar en salud, de esta estimación se obtiene el estadístico conocido como la razón inversa de Mills que captura la magnitud de dicho sesgo.

Posterior al cálculo del modelo probit, la razón de Mills estimada se incorpora al modelo de regresión original (estimado por MCO) para ser considerada como un regresor más, de esta manera la significatividad de este coeficiente indica la magnitud de sesgo en que se incurriría si no se hubiese incorporado a la regresión explicativa de la desigualdad en el gasto de bolsillo.

Para modelar el gasto de bolsillo en salud de los hogares en México, se especifica un conjunto de variables de tipo socioeconómico que per-

¹² James J. Heckman. "The Case for Investing in Disadvantaged Young Children", Disponible en: <http://www.heckmanequation.org/>

mitan establecer las decisiones de participación y la cantidad del gasto en consumo de servicios de salud.

El modelo general que se utilizará para estimar las desigualdades en el gasto de bolsillo en salud por género tiene la siguiente especificación:

$$y_{2i} = z_i \delta + v_{2i} \quad (1)$$

$$y_{1i} = x_i \beta + u_{1i} \text{ si } y_{2i} > 0 \quad (2)$$

Si se observa la ecuación 2 que consiste en una regresión de tipo probabilístico, y además se cumple el supuesto de normalidad en esta distribución bivariada, entonces se puede calcular la siguiente especificación:

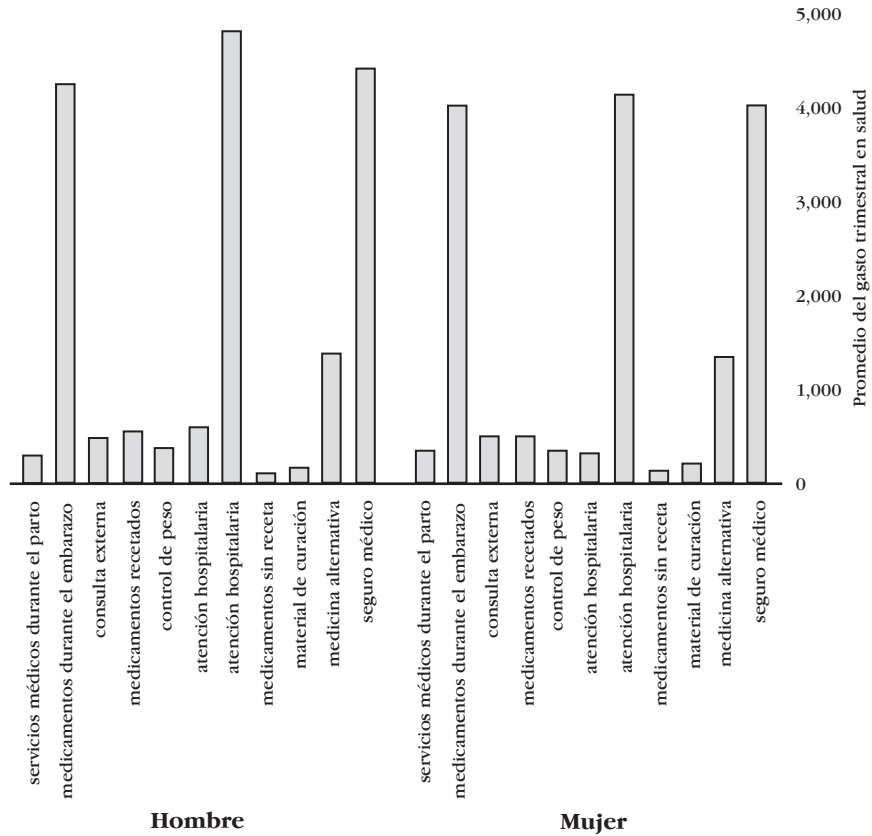
$$E(y_1 | y_2 > 0) = x\beta + \rho\sigma_1\lambda \left[\frac{-z\delta}{1} \right] \quad (3)$$

De esta forma el cálculo de la razón de inversa de Mills es positiva y, la regresión de y sobre x , estará sesgada dependiendo de los valores que adquiera ρ .

Resultados

Análisis gráfico. La Gráfica 1 muestra la distribución del promedio del gasto trimestral que realiza el hogar en salud por sexo del jefe del hogar. Se observa que en los hogares con jefatura masculina los gastos en salud son más elevados. En ambos sexos se observan tres componentes en los que los hogares destinaron una mayor proporción de su gasto en salud. En primer lugar está el gasto en atención hospitalaria (hospitalización, análisis clínicos y estudios clínicos, honorarios por servicios profesionales, medicamentos, material de curación y otros). En segundo lugar, el gasto en cuotas a seguros médicos (cuotas al seguro popular, cuotas a compañías de seguros y cuotas a hospitales y clínicas). Y en tercer lugar, se tiene el gasto en servicios médicos y medicamentos recetados durante el embarazo.

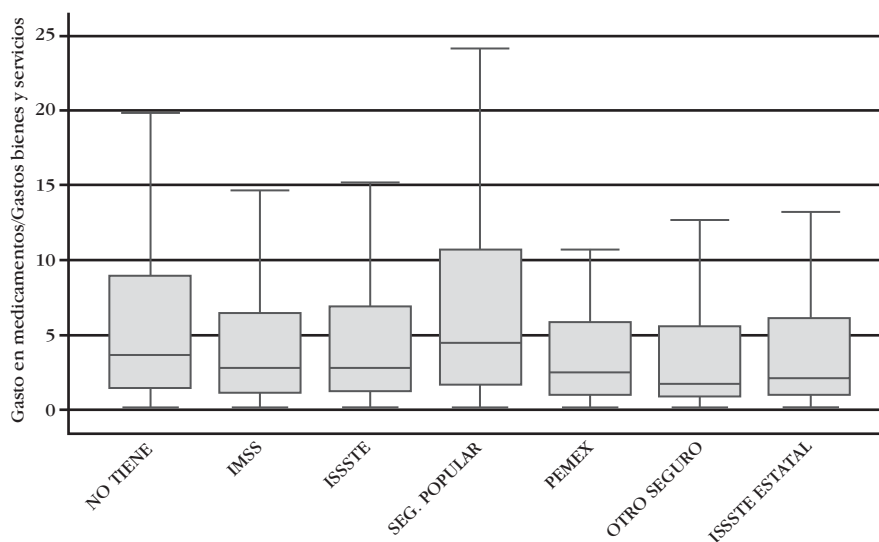
GRÁFICA 1. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO TRIMESTRAL EN SALUD POR SEXO DEL JEFE DE HOGAR



Fuente: elaboración propia

Llama la atención que uno de los mayores gastos observados en la Gráfica 1 se deba a las cuotas a seguro médico. Es por ello que la Gráfica 2 examina el gasto en medicamentos por condición de derechohabencia, se observa que este gasto tiene un comportamiento descendente conforme el hogar se encuentra en el grupo de nivel de ingreso superior. Con base a esta información se muestra que la introducción del Seguro Popular en 2005, no ha disminuido el gasto de la población adscrita al Seguro Popular porque son los que más gastan en salud en términos relativos, de acuerdo a lo que registra la Gráfica 1.

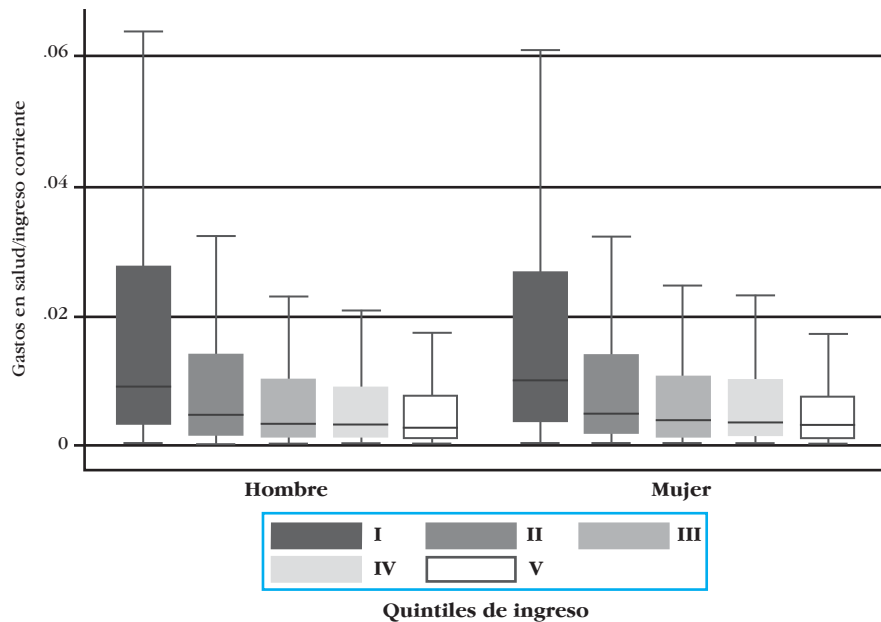
GRÁFICA 2. GASTO EN MEDICAMENTOS POR CONDICIÓN DE DERECHOHABIENCIA



Fuente: elaboración propia

En el año 2010 los hogares más pobres fueron los que gastaron una mayor proporción de sus ingresos en cuidados de la salud. En la Gráfica 3, se ilustra el gasto en salud como proporción del ingreso del hogar clasificando por quintiles de ingreso, se aprecia que los hogares del primer quintil de ingreso son quienes desembolsan una mayor parte de sus ingresos en gastos en salud, independientemente del sexo del jefe del hogar.

GRÁFICA 3. GASTOS EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL INGRESO DEL HOGAR POR QUINTILES DE INGRESO Y SEXO DEL JEFE DE HOGAR

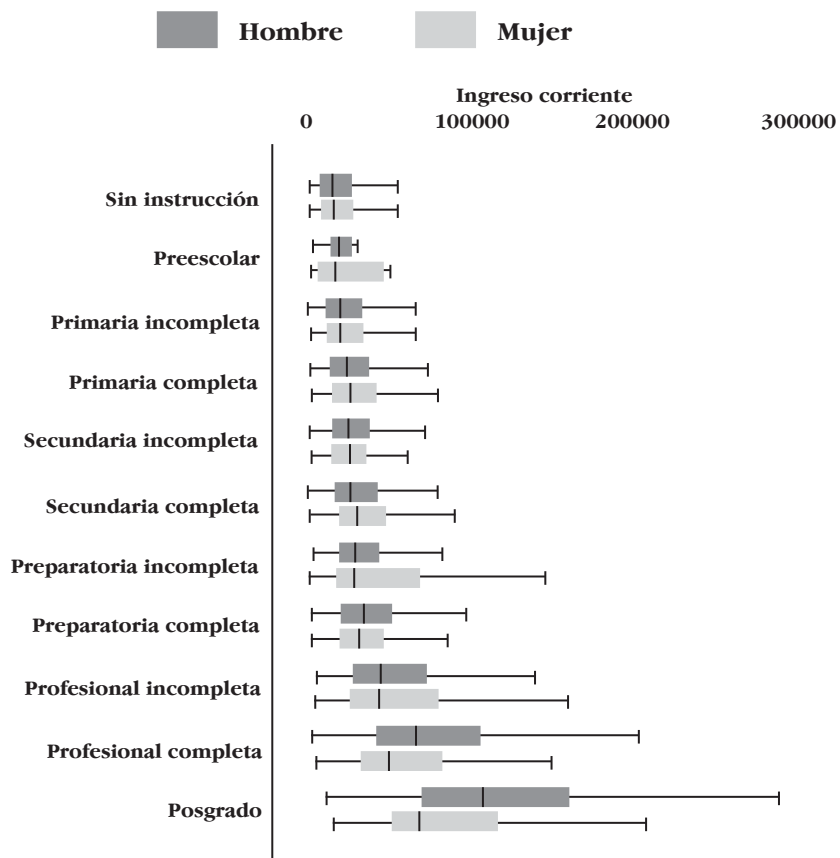


Fuente: elaboración propia

En las gráficas anteriormente analizadas se comprueba que independientemente del sexo del jefe del hogar son los más pobres quienes se ven todavía más empobrecidos para poder financiar sus gastos en salud. Pero ¿qué pasa cuando el análisis se hace por nivel educativo del jefe del hogar? ¿Existen diferencias por sexo del jefe del hogar?

Primero se decidió examinar las desigualdades en el ingreso del jefe del hogar por sexo y por nivel educativo del mismo. Se encontró que existen desigualdades justas e injustas en los ingresos. Las desigualdades en el ingreso que se pueden considerar como justas son que a mayor escolaridad mayor ingreso. Pero cuando involucramos el sexo del hogar encontramos desigualdades injustas, es decir, inequidades en el ingreso, más notorias en profesional completa y posgrado, donde son los jefes del hogar hombres que teniendo la misma escolaridad que las jefas de hogar mujeres perciben un mayor ingreso.

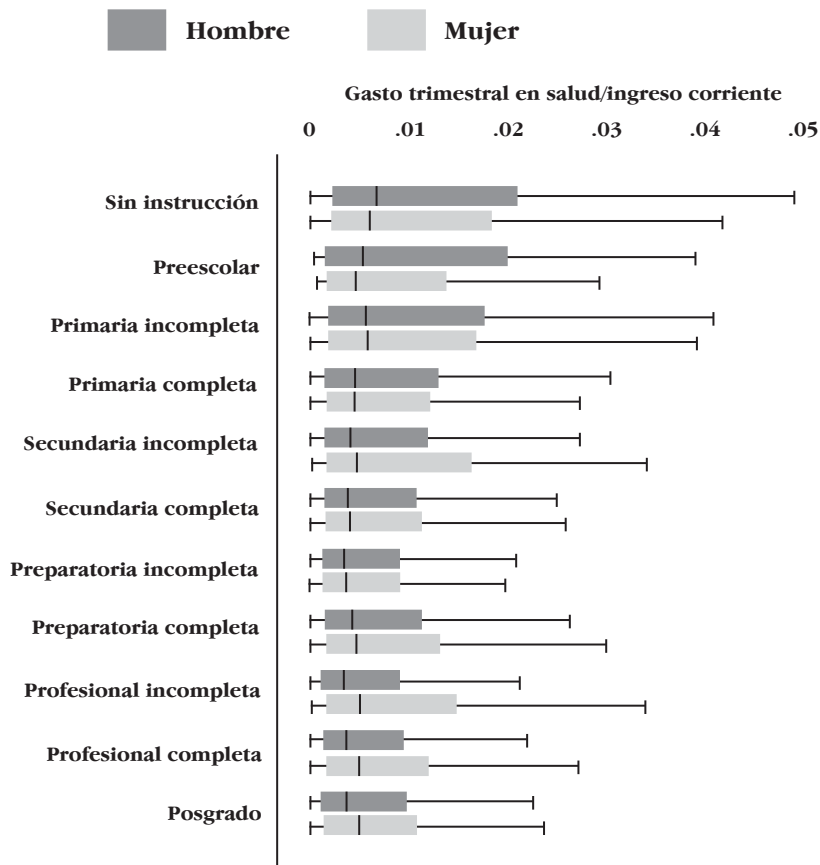
GRÁFICA 4. INGRESO CORRIENTE POR NIVEL EDUCATIVO Y SEXO DEL JEFE DEL HOGAR



Fuente: elaboración propia

En la gráfica anterior encontramos que existen injusticias en cuanto al ingreso entre mujeres y hombres. La Gráfica 5 muestra como las mujeres jefas de hogar con un nivel educativo mayor a preparatoria completa, son quienes destinan una mayor proporción de su ingreso al gasto en cuidados de la salud, lo cual desde un aspecto ético y moral, recae en una injusticia social.

GRÁFICA 5. GASTO EN SALUD COMO PROPORCIÓN DEL INGRESO
 POR SEXO Y NIVEL EDUCATIVO DEL JEFE DEL HOGAR



Fuente: elaboración propia

Modelo econométrico

Los Cuadros 1 y 2 de resultados contienen las estimaciones de los parámetros, errores estándar, z-estadístico, p-valor del contraste de significación de las variables, la inversa de Mills y el grado de correlación entre la primera y la segunda etapa medido por rho. Con relación a los resultados se observa que la mayoría de los coeficientes son estadísticamente significativos en ambas etapas. El Cuadro 1 presenta los resultados de la

primera etapa de selección o participación que corresponde a un modelo de elección discreta, que mide la probabilidad de que el hogar decida gastar en salud. En esta fase de la estimación se comprueba que el hogar efectivamente destinó un gasto en salud y que éste es explicado por un conjunto de características socioeconómicas y demográficas del hogar.

Una vez que se determinó la primera fase (Cuadro 1) de la estimación, se lleva a cabo la segunda etapa de la estimación (Cuadro 2) en la cual si los hogares realizaron gasto en salud se muestra que cantidad asignó de sus ingresos a los gastos en salud. En concreto la primera fase determina si el hogar lleva a cabo gastos en salud y en la segunda, el gasto que se destinó a cubrir los servicios de salud.

Ingreso. Tal y como se esperaba, los hogares con menor ingreso destinan una mayor proporción de sus ingresos a gastos en salud, aunque en términos absolutos, por supuesto que son los más ricos quienes gastan más en salud y en medicamentos. Esta situación obedece principalmente a que en los quintiles más altos de ingresos los hogares compran seguros privados con amplias coberturas. Por otro lado, en los hogares con mayor pobreza las eventualidades que empeoren los estados de salud vienen acompañados de una profundización de su situación de pobreza. Este acontecimiento se observa primero en el Cuadro 2 de la regresión, en la cual la variable ingreso es negativa y pasa a ser confirmado por la Gráfica 3.

Género. En realidad esta variable es una variable que indica la cantidad de mujeres que pertenecen al hogar. En cuanto más integrantes en el hogar del sexo femenino los gastos del hogar por servicios de salud se incrementan (Cuadro 2), este es un resultado que pasa a confirmar lo que muchos investigadores han encontrado y que en la literatura internacional se le ha denominado “desigualdades por género en salud”¹³. Algunas de las explicaciones que se han dado a este tipo de desigualdades es porque las mujeres tienen menos oportunidades de ingresar al mercado laboral y que por lo tanto generan menos riqueza, aunque ellas tengan carreras universitarias es un hecho que ganan menos que los hombres incluso en posiciones de trabajo del mismo nivel. Asimismo, ligado a lo anterior, está el hecho de si hay menos probabilidades de ser empleadas en el mercado laboral

¹³ Bambra C., *et al* (2009). *Op Cit.*

entonces también es menos probable que adquieran seguros complementarios que les cubran de una gran cantidad de enfermedades costosas.

Por otro lado, también, la mortalidad es mayor en los hombres, pero las mujeres enferman más, esto trae el agravante de que si hay una mayor morbilidad entre las mujeres entonces los gastos para salud también se incrementan. Por último, la esperanza de vida de las mujeres es mayor a la de los hombres lo que implica es muy probable que en edades de más de 65 años y si tienen alguna enfermedad crónica degenerativa su situación financiera se verá agravada lo que la colocará en una situación de alta vulnerabilidad.

Educación. Es una variable que establece claras diferencias, aquellas personas con mayor nivel educativo son quienes tienen un mayor conjunto de información y lo utilizan en su beneficio. Las medidas o políticas preventivas funcionan mejor entre la población más educada y esto se ve reflejado porque a niveles educativos superiores el gasto en salud es mayor pero utilizado de manera más eficiente. Sin embargo, aquí se presenta una situación un tanto inequitativa, por un lado la Gráfica 4, muestra a los hombres con iguales niveles educativos que las mujeres percibiendo mayores ingresos y por otro lado se observa que las mujeres gastan una mayor proporción de sus ingresos en salud en relación a los hombres. Una posible explicación es porque las mujeres conscientes de que hay una mayor morbilidad entre ellas acuden a los servicios de salud con mayor frecuencia a realizarse análisis y consultas con la finalidad de estar en condiciones saludables, mientras que en los hombres es más difícil que se presente esta situación, concretamente los hogares con mayores niveles educativos invierten en salud.

En cuanto a la variable sexo del jefe del hogar aparentemente trae resultados contrarios a los que uno esperaría, sin embargo, hay que tener presente que la mayoría de los hogares encuestados el cabeza de familia es del sexo masculino y que ellos destinan una parte de sus ingresos en atención a la salud de la esposa o a las hijas en caso de tenerlas, tal y como se aprecia en la Gráfica 1, en la cual los hombres destinan una fracción importante de su gasto a medicamentos durante el embarazo.

Las variables integrantes del hogar mayores a 65 años resulta positiva, esto señala que si en el hogar hay personas en esta edad, los gastos en salud se incrementan derivados de un uso intensivo de los servicios de salud originados por la morbilidad relacionada con la edad. Quizá ésta sea una de las principales fuentes de desigualdad en salud como los señalan diversos estudios y artículos en la literatura internacional. La variable menores de 11 años también es un elemento que incrementa el gasto ya que los hogares con niños pequeños requieren mayores cuidados de salud. Con respecto a la edad que va de los 12 a los 64 años, aunque es claro que también hay desembolsos por gastos en salud, la comparación con respecto a los dos grupos antes señalados es menor, es por esta razón que en el modelo econométrico aparece con signo negativo.

CUADRO 1. RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN DEL MODELO DE HECKMAN

Primera Etapa: selección o participación	
Decisión: probabilidad de que el hogar gaste en salud	
Gasto de bolsillo en salud	
Educación formal del jefe del hogar	0.008594 [0.0007345]
Genero	0.673561 [0.0096297]
Integrantes del hogar menores de 11 años	-0.1280748 [0.001779]
Integrantes del hogar con más de 65 años	-1.073042 [0.0036482]
Edad del jefe del hogar	0.0132657 [0.0001708]
Término constante	-0.6214516 [0.0139971]
Razón inversa de Mills	-0.0281934
lambda	0.0021986
rho	-0.29696
sigma	0.09494014

Errores estándar entre corchetes
 Valor p asociado a una prueba z: Todos los coeficientes resultaron significativos al 0.01 de significancia estadística

CUADRO 2. RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN
DEL MODELO DE HECKMAN

Segunda etapa:

Asignación presupuestaria del hogar en salud

Gasto de bolsillo en salud

Logaritmo del ingreso corriente	-0.0209129 [0.0002811]
Clase de hogar	0.0029616 [0.0003499]
Tamaño de la localidad	0.0023137 [0.0001697]
Sexo del jefe del hogar	-0.007424 [0.0004387]
Integrantes del hogar menores de 11 años	0.0025071 [0.000266]
Integrantes del hogar de 12 a 64 años	-0.0060485 [0.0001458]
Integrantes del hogar con más de 65 años	0.031483 [0.0013321]
Género	0.0062846 [0.0013682]
Educación formal del jefe del hogar	0.0027209 [0.000086]
Término constante	0.2555828 [0.0036967]

Errores estándar entre corchetes
Valor p asociado a una prueba z:
Todos los coeficientes resultaron significativos al 0.01 de significancia estadística

Conclusiones

Varios son los estudios sobre gasto de bolsillo en salud en los hogares mexicanos que han encontrado que los hogares más pobres son los que destinan un mayor gasto en salud como proporción de su ingreso. En este sentido el presente estudio encontró que efectivamente son los hogares más pobres (primer quintil de ingresos) los que hacen un desembolso mayor en gasto en salud. Un estudio estima que en México el gasto de bolsillo en salud es el componente principal del gasto en salud

a diferencia de lo que ocurre en los países de mayores ingresos o aún en los países latinoamericanos¹⁴.

Esta investigación encuentra que por rubro de gasto en salud, el mayor gasto se destina a atención hospitalaria, seguido del gasto en seguro médico en donde se encuentran las cuotas al Seguro Popular (SP). Este último resalta porque a diferencia de otros estudios que encuentran que el SP cumple con el objetivo de brindar protección financiera a sus afiliados¹⁵. En este trabajo al analizar el gasto en el rubro de medicamentos por condición de derechohabiente se encontró que son los hogares que están afiliados al SP quienes realizan un mayor desembolso en medicamentos, esto puede deberse a que el SP tiene una cobertura muy limitada en relación a muchos de los padecimientos de la población mexicana.

Otros estudios revelan que el problema se profundiza si se establece una diferenciación entre población rural y urbana, basta tan sólo mencionar que en los lugares donde habitan principalmente indígenas en los estados más pobres del país, enfermedades de fácil curación se han convertido en verdaderas epidemias como diarreas, salmonelosis, oncocercosis tracoma, tuberculosis, desnutrición infantil, etc. Aunque el SP tiene una cobertura geográfica para estos estados pobres resulta un tanto contradictorio porque en muchos de estos lugares ni siquiera cuentan con médicos o aún más ni la infraestructura básica de los servicios de salud se encuentra disponible.

Esta investigación encontró que son los hogares que tienen al menos un integrante mujer, los que desembolsan un mayor gasto de bolsillo en salud como proporción de sus ingresos. Primero la Gráfica 4 ilustra las diferencias en los ingresos por nivel educativo del jefe del hogar, se aprecia que a mayor escolaridad es mayor el salario, sin embargo, la desigualdad injusta aparece cuando examinamos por sexo que con el mismo grado escolar son los hombres quienes perciben un mayor ingreso com-

¹⁴ CEPAL (2008). "Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe," LC/G.2364/Rev.1 Noviembre. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/33064/P33064.xml&base=/tpl/top-bottom.xsl>

¹⁵ Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A, Galárraga O. (2011). "Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano, 2005-2008". *Salud Pública*, México, 53 supl 4:S425-S435. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%20no.4/4popular.pdf

parado con las mujeres jefas del hogar. En la Gráfica 5 se clasificó por quintiles de ingreso y se encontró que son las mujeres quienes desembolsan un mayor gasto en salud como proporción del ingreso, lo cual conlleva a una desigualdad injusta, es decir, existe una inequidad en el gasto en salud por sexo en los hogares mexicanos. Las mujeres jefas de hogar con un grado escolar de profesional o de posgrado, perciben un menor ingreso que los hombres, y están gastando más en salud que los hombres.

A pesar de la reducción en las brechas en el acceso a la educación entre mujeres y hombres, no se han logrado reducir las inequidades en el ingreso. Cuando analizamos el gasto de bolsillo en salud, resulta todavía más injusto porque no sólo los hogares con jefatura femenina son quienes gastan más en salud, sino que la variable género, revela que si al menos se tiene una mujer en el hogar esto repercute en un mayor gasto de bolsillo en salud.

En los nuevos enfoques de desarrollo humano el papel que desempeña el género resulta de gran relevancia, y uno de los autores más importantes es el economista Amartya Sen, quien señala que cuando las mujeres mejoran en su nivel de educación y trabajan fuera del hogar reducen sus privaciones y contribuyen a promover el bienestar social. El saber leer y escribir suele contribuir a promover el bienestar social en particular la supervivencia de los niños. Además, cuando las mujeres pueden y ganan un ingreso fuera del hogar, tienden a reforzar su posición relativa incluso en el reparto de los beneficios dentro del hogar. Asimismo la libertad para buscar y tener un trabajo fuera del hogar puede contribuir a reducir las privaciones relativas y absolutas de las mujeres¹⁶.

Entonces parece ser que la libertad en un área, como la de poder trabajar fuera del hogar contribuye a fomentar la libertad en otras, por ejemplo, la libertad para no pasar hambre, no padecer enfermedades y no sufrir privaciones relativas. Sin embargo, en este estudio encontramos que efectivamente al estar más educadas las mujeres tienden a gastar más en salud, pero puede considerarse como un gasto y a la vez como una inversión. Por un lado puede ser un gasto en salud porque al estar en desventaja con respecto a los hombres en cuestiones de tener un empleo

¹⁶ Sen, A. (1992). *Nuevo examen de la desigualdad*, España: Alianza Universidad.

que tal vez no le brinde cobertura total en salud y en donde se ve obligada a pagar cuotas a seguros cuando se está embarazada o en un episodio de enfermedad, entonces esto la sitúa en una situación de desventaja y no sólo por el ingreso que percibe que es menor.

Por otro lado, las mujeres al parecer tienden a enfermarse más que los hombres, aunque son los hombres quienes mueren más en nuestro país, tal vez esto suceda porque las políticas de salud encaminadas a prevenir enfermedades inciden más a las mujeres, es decir, las mujeres más educadas son más conscientes de que deben cuidar de su salud y en realidad en lugar de realizar un gasto en salud, están invirtiendo en su salud porque previenen enfermedades que llevan a la muerte prematura.

A continuación mencionamos las razones por las cuales las políticas en salud deberán orientarse con sentido de equidad de género:

Por sexo porque se debe enfatizar en el papel que juegan las mujeres dentro del hogar y fuera del hogar, evitar la discriminación en el mercado de trabajo y en los cargos públicos. Las mujeres de los estratos más bajos son quienes resultan con una mayor desventaja, es necesario crear esquemas de seguridad orientados por género que no dañen las finanzas de estos hogares porque esto incrementa las desigualdades y genera círculos viciosos de los cuales es muy difícil escapar.

La educación es un pilar en las políticas de salud de tipo preventivo, pero estas políticas ayudan en mayor medida a las mujeres más educadas, y a las mujeres menos educadas se les mantiene en un círculo vicioso de bajos ingresos y educación lo cual repercute en los hijos de las mismas, persistiendo así las inequidades en salud.

A través de las distintas regiones del país porque las inequidades en salud deben de venir acompañadas por cambios a los niveles cultural y social.

Bibliografía

- Bambra C., Pope D., Swami V., Stanistreet D., Roskam A, Kunst A, Scott-Samuel (2009). "Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries", *J. Epidemiol Community Health*, 63:38–44.
- Barba C. (2012). "Regímenes de bienestar latinoamericanos: ¿universalismo o focalización?" in Calva J. editor, *Derechos sociales y desarrollo incluyente. Análisis estratégico para el desarrollo*, México, Juan Pablos, 41-65.
- CEPAL (2008). "Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe," LC/G.2364/Rev.1 Noviembre. Disponible en: <http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/33064/P33064.xml&base=/tpl/top-bottom.xsl>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía e Instituto Nacional de las Mujeres (2010). *Mujeres y hombres en México*, México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010). "Nueva construcción de la encuesta nacional de ingreso y gasto en los hogares, ENIGH". Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/Enigh2010/ncv/default.aspx>
- James J. Heckman. "The Case for Investing in Disadvantaged Young Children", Disponible en: <http://www.heckmanequation.org/>
- Narro J, Moctezuma D, Orozco L. (2010). "Hacia un nuevo modelo de seguridad social", *Economía UNAM*, 7; Supl:7-33.
- OCDE (2005). *Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud*, México, París: OCDE.
- Sen, A. (1992). *Nuevo examen de la desigualdad*, España: Alianza Universidad.

Sen, A. (2002). “¿Por qué la equidad en salud?”, *Rev. Panam. Salud Pública*, vol.11 n.5- 6 Washington May./Jun.

Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A, Galárraga O. (2011). “Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano, 2005-2008”. *Salud Publica*, México, 53 supl 4:S425-S435. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2011/vol%2053%20suplemento%20no.4/4popular.pdf

Verbrugge LM., (1989). “The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality”, *J Health Soc Behav.* 30: 282 – 304.