

Gratuidad en los Institutos Nacionales de Salud de México: análisis del gasto de bolsillo directo e indirecto

Fernando Macías-González, M en C en Bioestad,^(1,*) Jorge Eduardo Sánchez-Morales, M en C en Econ de la Sal,^(2,*)
 Elsa Berenice Gaona-Pineda, D en C de la Sal,⁽¹⁾ Alicia Muñoz-Espinosa, M en C en Nutr,⁽¹⁾
 Martín Romero-Martínez, D en C en Prob y Estad,⁽¹⁾ Teresa Shamah, D en SP,⁽¹⁾
 Sergio Bautista-Arredondo, M en Econ de la Sal.⁽¹⁾

Macías-González F, Sánchez-Morales JE, Gaona-Pineda EB, Muñoz-Espinosa A, Romero-Martínez M, Shamah T, Bautista-Arredondo S.

Gratuidad en los Institutos Nacionales de Salud de México: análisis del gasto de bolsillo directo e indirecto. *Salud Publica Mex.* 2024;66:741-752.

<https://doi.org/10.21149/15752>

Macías-González F, Sánchez-Morales JE, Gaona-Pineda EB, Muñoz-Espinosa A, Romero-Martínez M, Shamah T, Bautista-Arredondo S.

Free healthcare in Mexico's national institutes of health: analysis of direct and indirect out-of-pocket expenditures. *Salud Publica Mex.* 2024;66:741-752.

<https://doi.org/10.21149/15752>

Resumen

Objetivo. Estimar gasto de bolsillo médico, gasto de bolsillo no médico y costos indirectos por pérdida de ingresos laborales entre pacientes sin seguridad social que reciben atención especializada de tercer nivel en la Ciudad de México. **Material y métodos.** Se realizó una encuesta de salida representativa de 17 unidades de tercer nivel en la zona metropolitana de la Ciudad de México. Se emplearon modelos logísticos y de regresión lineal para explorar características asociadas con la probabilidad y magnitud del gasto médico. **Resultados.** De 933 individuos, 68.6% no incurrió en gastos médicos. Entre quienes reportaron gasto (31.4%), la mediana fue de 752 pesos mexicanos. La probabilidad de gasto aumentó entre residentes fuera de la Ciudad de México y aquéllos con atención mayor a un año. Para la atención actual, las medianas de gastos no médicos y costos indirectos fueron 800, 200 y 1 426 pesos mexicanos, respectivamente. **Conclusiones.** Este estudio detalla la carga económica de la atención especializada de tercer nivel en México entre la población sin seguridad social. Los resultados evidencian aspectos a abordar para

Abstract

Objective. Estimate medical out-of-pocket spending, non-medical out-of-pocket spending, and indirect costs due to loss of labor income among patients without social security receiving tertiary specialized care in Mexico City. **Materials and methods.** A representative exit survey in 17 third-level units in the metropolitan area of Mexico City was carried out. Logistic and linear regression models were used to explore characteristics associated with the probability and magnitude of medical expenditure. **Results.** Of 933 individuals, 68.6% reported having incurred no medical expenses. Among those who reported spending (31.4%), the median was 752 Mexican pesos. The probability of spending increased among residents outside of Mexico City and with care for more than one year. The median non-medical, indirect costs and total expenses were 800, 200, and 1 426 Mexican pesos per the current service, respectively. **Conclusions.** This study details the economic burden of tertiary specialized care in Mexico among the population without social security. The results show aspects to be addressed to improve equity in access to health, including improving the

* Estos autores comparten primera autoría.

- (1) Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
 (2) Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad, Secretaría de Salud. Ciudad de México, México.

Fecha de recibido: 8 de marzo de 2024 • **Fecha de aceptado:** 4 de julio de 2024 • **Publicado en línea:** 17 de septiembre de 2024
 Autor de correspondencia: Prof. Sergio Bautista-Arredondo. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública.
 Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100, Cuernavaca, Morelos, México.
 Correo electrónico: sbautista@insp.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

mejorar la equidad en el acceso a la salud, incluyendo el mejoramiento de la política de gratuidad, pero que también abarcan aspectos relacionados con los gastos no médicos y la pérdida de ingresos.

Palabras clave: protección financiera en salud; gasto de bolsillo en salud; carga económica; tercer nivel de atención; encuestas de salida; México

free-care policy and covering aspects related to non-medical expenses and loss of income.

Keywords: financial protection in health; health expenditures; financial stress; tertiary healthcare; health care surveys; Mexico

Asegurar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud es un compromiso pendiente en México.¹ Es un objetivo complejo que los sistemas de salud en el mundo persiguen reforzando su estructura y proporcionando protección financiera a los ciudadanos.^{2,3} La gratuidad de los servicios, definida como la ausencia de gasto de bolsillo al acceder a los servicios de salud públicos, desempeña un papel crucial para alcanzar el acceso universal, eliminando las barreras financieras y aliviando la carga económica que enfrentan los ciudadanos al buscar y recibir atención médica.⁴

En ausencia de gratuidad, la magnitud de la carga económica está influida por la estructura del sistema de salud, las características individuales y las especificidades de las enfermedades, y es una barrera estructural para la asequibilidad y accesibilidad del cuidado de la salud y, por tanto, un indicador esencial de acceso a la salud.⁵ Cuantificarla es vital para diseñar estrategias efectivas de mitigación de esta barrera al derecho a la salud.^{2,6}

El gasto de bolsillo (GB) es un elemento central de la carga económica. Se refiere a los desembolsos monetarios que hacen los hogares al recibir atención e incluye los gastos por servicios e insumos médicos no financiados públicamente y los gastos asociados con

la búsqueda de atención médica, como transporte y alojamiento (paciente, acompañantes y cuidadores).^{6,7} Los costos indirectos ligados a la pérdida de ingresos por discapacidad (pacientes) o por la imposibilidad de realizar actividades laborales habituales (pacientes, acompañantes y cuidadores) no necesariamente constituyen un GB, sin embargo, sí representan una fracción significativa de la carga económica que enfrentan los hogares por motivos de salud.^{7,8}

En México, el porcentaje de GB con respecto al gasto total nacional supera el promedio de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y constituye aproximadamente 41% del gasto total en salud comparado con 18% de los países miembros de la Organización.² Más aún, esta medición incluye únicamente el gasto directo en insumos médicos y equivale a 3.9% del ingreso de los hogares.² Sin embargo, impacta desproporcionadamente a los hogares de menor ingreso, que destinan aproximadamente 4.2% de su ingreso a estos gastos, frente a 2.2% que destinan los hogares más afluentes.^{9,10}

Este tipo de gastos implican un riesgo financiero para las familias, especialmente para las de menores ingresos, porque puede agravar su vulnerabilidad

HALLAZGOS CLAVE

- El 68.6% de los pacientes recibió atención médica gratuita.
- La mediana de gasto de bolsillo (GB) directo entre quienes gastaron fue de 752 pesos mexicanos; 640 en atención ambulatoria y 1 000 en hospitalización.
- La mediana del GB no médico fue de 800 pesos mexicanos; 570 entre pacientes ambulatorios y 2 370 entre los hospitalizados.
- El GB médico directo está compuesto en su mayoría (69%) por gastos en medicamentos para atención ambulatoria y en estudios clínicos y de diagnóstico (47%) para hospitalizaciones.
- El 92% del GB no médico en atención ambulatoria y 94% en hospitalizaciones se destinaron a transporte y alimentación.
- La ubicación geográfica (vivir fuera de la zona metropolitana) es uno de los principales predictores del gasto total.

económica.² A diferencia de los hogares con mayores ingresos que suelen contar con seguros médicos privados o seguridad social (SS), los hogares más pobres carecen de mecanismos de protección financiera, lo que los deja expuestos al riesgo de enfrentar gastos empobrecedores frente a la necesidad de atención especializada.^{11,12}

Entre 2004 y 2019, México implementó el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) para brindar protección financiera a las personas sin SS afiliados al Seguro Popular, cubriendo 66 enfermedades de alto costo.¹³ Para padecimientos no cubiertos por el FPGC y para personas sin SS, los hospitales de tercer nivel aplicaban cuotas de recuperación basadas en la capacidad económica de los individuos.¹⁴ La evidencia sobre la protección financiera del FPGC en la población sin SS es mixta: en una revisión de bibliografía sobre su impacto, se encontró que de 65 estudios revisados, 36 identificaron un efecto protector y 29 no lo identificaron.¹⁵ A su vez, si bien se ha documentado que el FPGC incrementó el acceso a la atención especializada, se muestra también que la calidad de la atención no mejoró durante este periodo.¹⁶

En diciembre de 2020 el Programa Sectorial de Salud 2020-2024 estableció que las personas sin SS (55% de población mexicana) tienen derecho a recibir atención médica gratuita especializada por instituciones públicas de tercer nivel.^{17,18} Sin embargo, existe información muy limitada sobre la carga económica que enfrentan los individuos y sus familias en este nivel de atención en México. Este estudio busca ayudar a llenar este vacío, estimando el GB y los costos indirectos ligados a la atención en hospitales e institutos de tercer nivel afiliados a la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE) en la Ciudad de México (CDMX) y su zona metropolitana.

Material y métodos

Tercer nivel de atención en México

En 2023, México contaba con 177 unidades de tercer nivel: 7.9% en el sector privado, 24.9% en las instituciones que cubren a la población con SS y 67.2% en los servicios de atención a la población sin SS.¹⁹ Las unidades que atendían a este último grupo están clasificadas en tres tipos de instituciones de alta complejidad, descentralizadas y semiautónomas: Institutos Nacionales de Salud (INS), Hospitales Federales de Referencia (HFR) y Hospitales Regionales de Alta Especialidad

(HRAE).¹³ Hasta 2023, la CCINSHAE supervisaba el financiamiento y funcionamiento de tres INS sin atención a pacientes, diez INS con atención a pacientes, seis HFR y siete HRAE en ubicaciones estratégicas en todo el país.²⁰

Diseño del estudio

Selección y tamaño de muestra

El diseño muestral utilizó información de las 23 unidades de atención a pacientes de la CCINSHAE en 2022. Este estudio se concentró en los 17 institutos y hospitales localizados en la zona metropolitana de la CDMX (10 INS, 6 HFR y 1 HRAE) que otorgaron aproximadamente 85% de las consultas producidas por las unidades de la CCINSHAE en ese año. El tamaño final de la muestra fue de 1 000 pacientes y se calculó usando información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) para determinar la magnitud y varianza del gasto en salud por motivo de consulta externa y hospitalización. El tamaño de muestra ($n=1\ 000$) se distribuyó según el tipo de atención: ambulatoria y (67%) y hospitalización (33%); luego, el tamaño de muestra por unidad médica se asignó de acuerdo con el número total de servicios otorgados por estas unidades en 2022.

Se realizó un estudio transversal mediante encuestas de salida, administradas por personal capacitado, entre septiembre y octubre de 2023. Fueron elegibles todos los pacientes que acudieron a consulta externa o que egresaron de hospitalización, excluyendo los egresos por defunción. Se invitó a participar a una de cada cinco personas de consulta externa y a todas las personas de hospitalización.

El cuestionario fue aplicado al paciente o al cuidador primario, en caso de que el paciente no pudiera responder, al salir de la consulta externa o al egresar de su internamiento. El encuestador explicó el objetivo de la encuesta y el carácter confidencial de la información. Todos los participantes firmaron un formato de consentimiento informado.

Instrumento de recolección de datos

El cuestionario constó de nueve módulos: motivos de consulta/hospitalización, demográficos, nivel socioeconómico, servicios recibidos y su gratuidad, GB médico directo, GB no médico y pérdida de ingresos laborales (costo indirecto), expectativa de gasto, conocimiento sobre gratuidad y percepción de la calidad de la atención.

VARIABLES DE ESTUDIO

Gasto de bolsillo

Se estimaron los GB y los costos indirectos mediante un cuestionario diseñado exprofeso, basado en encuestas especializadas como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) y la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). Se pidió a los entrevistados que recordaran los gastos incurridos en la atención actual por la cual habían sido atendidos el día de la encuesta. El cuestionario identifica las siguientes categorías de gasto: gastos médicos (consultas, cirugías, estudios de laboratorio, medicamentos, otros), gastos no médicos (transporte, alimentos, hospedaje) y pérdida de ingresos laborales del paciente y sus acompañantes (costos indirectos). A aquellos participantes que recibieron servicios de hospitalización y no recordaban los gastos médicos directos por categoría se les pidió que informaran el monto total. El gasto total fue definido como la suma de los GB médicos, GB no médicos y los costos indirectos.

Características individuales

Se incluyeron en el análisis características sociodemográficas de los participantes, como sexo, edad, estado de residencia (CDMX, Estado de México, interior de la república), si el paciente era proveedor primario del hogar, situación laboral del paciente (empleado, desempleado o no aplica) y quién se hizo cargo de los gastos de la enfermedad. Adicionalmente se calculó un índice de condiciones de bienestar para clasificar a los individuos en terciles de nivel socioeconómico comparables con la distribución nacional de la Ensanut.²¹

Características de la atención

Se analizaron por separado los servicios ambulatorios y las hospitalizaciones. Los diagnósticos autorreportados se estandarizaron conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Los diagnósticos se clasificaron en dos grupos: tumores o neoplasias y otras enfermedades. El tiempo de atención en los INS/HFR/HRAE se agrupó en tres categorías (<1 mes, ≥ 1 mes y ≤ 1 año, >1 año), si los pacientes recibieron atención previa por el padecimiento actual en otra institución, el gasto por la atención previa, si el problema de salud fue resuelto y, para las hospitalizaciones, la percepción del trato recibido (escala Likert).

Gratuidad

Se definió gratuidad como no haber incurrido en gastos médicos directos. Se consideró el conocimiento y com-

prensión del programa de gratuidad, así como si algún personal del INS/HFR/HRAE explicó su funcionamiento.

Análisis estadístico

Usando medidas de tendencia central, se describieron las características individuales de la población de estudio, las características de la atención que recibieron y su nivel de conocimiento del programa de gratuidad, estratificando por el tipo de atención (ambulatoria y hospitalización). La composición del GB total se describió mediante proporciones y se reportaron la mediana del gasto, el rango intercuartílico y los valores extremos, estratificado por tipo de atención.

Se estimó la probabilidad de incurrir en GB médico directo (i.e., no gratuidad), mediante modelos logísticos, controlando por características individuales y de la atención, y se reportaron razones de momios (RM) e intervalos de confianza al 95% (IC95%). Además, se utilizaron modelos de regresión lineal, con el logaritmo del GB total como variable dependiente, para estimar diferencias en la magnitud del gasto. Se calculó el gasto promedio esperado, asociado con las variables incluidas en el modelo lineal. El análisis se realizó utilizando el software Stata/MP 16.1.*

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por los Comités de Investigación y Ética del Instituto Nacional de Salud Pública (número de proyecto: 1875). Los participantes recibieron una explicación detallada de los procedimientos del estudio y firmaron una carta de consentimiento informado antes de contestar la encuesta de salida.

Resultados

Un total de 1 007 personas completaron el cuestionario. Se excluyó del análisis a 74 (0.7%) individuos que reportaron tener derechohabencia a alguna institución de SS. La muestra analítica estuvo compuesta por 933 individuos de los cuales 632 (67.7%) recibieron atención ambulatoria y 301 (32.3%) fueron hospitalizados.

El cuadro I detalla las características individuales y de la atención recibida. El 63.3% de la muestra estuvo compuesta por mujeres, con una mediana de edad de 44 años; la mayoría vivía en la CDMX (38.6%) y el Estado de México (42.3%). De acuerdo con el índice de condiciones de bienestar, 50.5% pertenecía al tercil socioeconómico

* StataCorp. 2020, Stata Statistical Software. Release 16.1, TX: Stata Press

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y DE LA ATENCIÓN, Y CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE GRATUIDAD DE LOS PARTICIPANTES. ESTIMACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO. 2023

	Muestra	Ambulatoria	Hospitalización	Ambulatoria		Valor p*	Hospitalización		Valor p*
				Gasto directo			Gasto directo		
				Sí	No		Sí	No	
n=	933	632	301	209	423		84	217	
%	100	67.7	32.3	33.1	66.9		27.9	72.1	
Sexo (%)									
Mujer	63.3	66.1	57.5	66	66.2	0.90	58.3	57.1	0.85
Edad									
Mediana	44	44	42	42	46	0.14	45.5	41	0.29
(p25,p75)	(24,44)	(24.5,44)	(24,42)	(24,42)	(26,46)		(30.5,45.5)	(20,41)	
Estado de residencia									
CDMX	38.6	38.8	38.2	37.3	39.5	0.83	27.4	42.4	0.04‡
Edo. de México	42.3	42.2	42.5	42.6	42.1		47.6	40.6	
Interior de la República	19.1	19	19.3	20.1	18.4		25	17.1	
Nivel socioeconómico									
Bajo	50.5	50.5	50.5	50.2	50.6	0.67	47.6	51.6	0.14
Medio	33.1	32.1	35.2	34	31.2		42.9	32.3	
Alto	16.4	17.4	14.3	15.8	18.2		9.5	16.1	
El(la) paciente es el(la) proveedor(a) primario(a) del hogar									
Sí	31.5	33.1	28.2	34.4	32.4	0.58	29.8	27.6	0.72
Situación laboral del el(la) paciente									
N/A	14.7	14.4	15.3	15.8	13.7	0.26	3.6	19.8	0.00‡
Desempleado	65	63.8	67.4	59.3	66		76.2	64.1	
Empleado	20.3	21.8	16.9	24.9	20.3		20.2	15.7	
Es el(la) propio(a) paciente quien se ha hecho cargo de los gastos de su enfermedad									
Sí	26.0	28.8	20.3	34	26.2	0.04‡	26.2	18	0.11
Diagnóstico principal									
Otras enfermedades	78.5	77.1	81.4	82.8	74.2	0.02‡	78.6	82.5	0.43
Neoplasias	21.5	22.9	18.6	17.2	25.8		21.4	17.5	
Tiempo de atención en el INS/HFR/HRAE									
<1 mes	22.7	12	45.2	10	13	0.22	35.7	48.8	0.06
>1 mes y <1 año	35.2	38.6	27.9	35.9	40		28.6	27.6	
>1 año	42.1	49.4	26.9	54.1	47		35.7	23.5	
Atención previa al INS/HFR/HRAE									
Sí	56.5	56.5	56.5	58.9	55.3	0.42	61.9	54.4	0.25
Pago por atención previa al INS/HFR/HRAE									
Sí	76.3	78.5	71.8	78.5	78.5	0.95	76.2	70	0.31
Tipo de unidad médica									
INS	52.3	51.7	53.5	51.2	52.0	0.85	69.1	62.2	0.00‡
HFR/HRAE	47.7	48.3	46.5	48.8	48.0		31.0	37.8	

(continuación...)

(continúa)

¿El problema de salud fue resuelto? (%)									
Totalmente	18.3	13.8	27.9	13.9	13.7		19.1	31.3	
Parcialmente	74.6	77.7	68.1	75.1	79.0	0.29	77.4	64.5	0.09
No	7.1	8.5	4.0	11.0	7.3		3.6	4.2	
¿Cómo calificaría el trato que recibió?									
Muy bueno	-	-	68.8	-	-	-	60.7	71.9	
Bueno	-	-	28.2	-	-	-	32.1	26.7	
Ni bueno ni malo	-	-	2.3	-	-	-	6.0	0.9	0.02 [‡]
Malo	-	-	0.3	-	-	-	0.0	0.5	
Muy malo	-	-	0.3	-	-	-	1.2	0.0	
Conocimiento del programa de gratuidad									
Sí	77.5	76.6	79.4	77.5	76.1	0.70	82.1	78.3	0.46
Comprensión del programa de gratuidad									
Sí	67.4	66.1	70.1	68.4	65	0.39	71.4	69.6	0.75
Algún personal del INS/HFR/HRAE explicó su funcionamiento									
Sí	58.2	54.9	65.1	57.4	53.7	0.37	61.9	66.4	0.47

* Prueba ji cuadrada de Pearson excepto para edad. Prueba no paramétrica de igualdad de medianas para edad

[‡] Valor $p < 0.05$

GB: gasto de bolsillo; CDMX: Ciudad de México; Edo. de México: Estado de México; INS: Institutos Nacionales de Salud; HFR: Hospitales Federales de Referencia; HRAE: Hospitales Regionales de Alta Especialidad

bajo. En relación con la atención médica, 21.5% recibió tratamiento por neoplasias, 22.7% inició atención en el último mes y 56.5% recibió atención previa en unidades distintas al INS/HFR/HRAE.

El 31.4% de los participantes incurrieron en GB médico directo, es decir, 68.6% recibió servicios gratuitos. Al examinar por tipo de atención, las proporciones fueron de 33.1%, entre aquellos que recibieron servicios ambulatorios y de 27.9% entre los pacientes de hospitalizaciones (cuadro I). Los individuos hospitalizados que realizaron GB médico directo reportaron en mayor proporción un domicilio del interior de la república (25 vs. 17.1%) y mayor empleo (20.2 vs. 15.7%).

Con respecto al programa de gratuidad, se encontró 77.5% de conocimiento, 67.4% de comprensión y 58.2% recibió explicación de su funcionamiento. No se encontraron diferencias entre los que realizaron GB médico directo y los que no.

En el cuadro II se reporta la mediana del GB médico, del GB no médico, de los costos indirectos debidos a la pérdida de ingresos laborales y del gasto total. Entre aquellos que reportaron GB médico directo, se encontró que la mediana de gasto fue de 752 pesos mexicanos, y al diferenciar por tipo de servicio, 640 pesos entre pacientes ambulatorios y 1 000 pesos entre pacientes hospitalizados. La mediana de GB no médico se estimó

en 800 pesos; 570 en atención ambulatoria y 2 370 entre los pacientes hospitalizados.

La composición del GB médico se presenta en la figura 1, panel A. Los pacientes que recibieron atención médica ambulatoria reportaron que 23% de su gasto estuvo vinculado con estudios clínicos y de diagnóstico y 69% a medicamentos. Entre aquellos que recibieron atención hospitalaria y reportaron información detallada, 47% de sus gastos fue atribuido a estudios clínicos y de diagnóstico, 31% a medicamentos y 22% a otros gastos.

En cuanto al GB no médico (figura 1, panel B), los costos de transporte representaron 73% para los pacientes de atención ambulatoria y 54% para los de hospitalizaciones, 19 y 40% a alimentos, y 8 y 6% a hospedaje, respectivamente. La figura 1, panel C muestra la distribución del gasto total entre los pacientes de atención ambulatoria; 28% correspondió a GB médico, 48% a GB no médico y 23% a costo indirecto. En el caso de las hospitalizaciones, 30% corresponde a GB médico directo, 40% a GB no médico y 31% a costos indirectos ligados a la pérdida de productividad.

Por lo que respecta a la probabilidad de GB médico directo (cuadro III), se encontró que radicar en el interior de la República (1.57), recibir atención por más de un año (1.77) y recibir atención en HFR/HRAE,

Cuadro II
MEDIANA Y MEDIDAS DE DISPERSIÓN PARA GB
MÉDICO DIRECTO, GB NO MÉDICO, COSTO INDIRECTO
Y GASTO TOTAL. ESTIMACIÓN DEL GASTO DE
BOLSILLO EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN
México. 2023

	Muestra	Ambulatoria	Hospitalización
GB médico (MXN)			
n=	292	209	83
Mediana	752	640	1 000
Rango intercuartílico	1 800	1 380	2 822
(p25,p75)	(200, 2 000)	(220, 1 600)	(178, 3 000)
(min., máx.)	(10, 25 000)	(10, 9 140)	(55, 25 000)
GB no médico (MXN)			
n=	932	632	300
Mediana	800	570	2 370
Rango intercuartílico	1 820	863	3 760
(p25,p75)	(330, 2 150)	(237.5, 1 100)	(950, 4 710)
(min., máx.)	(0, 82 600)	(0, 29 260)	(40, 82 600)
Costos indirecto (MXN)			
n=	932	632	300
Mediana	200	200	600
Rango intercuartílico	600	400	2 000
(p25,p75)	(0,600)	(0,400)	(0,2 000)
(min., máx.)	(0,30 000)	(0,28 000)	(0,30 000)
Gasto total (MXN)			
n=	932	632	300
Mediana	1 426	1 000	3 725
Rango intercuartílico	3 198	1 700	6 978
(p25,p75)	(562, 3 760)	(400, 2 100)	(1 300, 8 278)
(min., máx.)	(0, 82 600)	(0, 59 260)	(40, 82 600)

GB: gasto de bolsillo; MXN: peso mexicano.

en comparación con un instituto (1.48), aumentan la probabilidad (*odds*) de incurrir en gasto directo.

Por otro lado, entre las personas que gastaron, los resultados del modelo lineal (cuadro III) indicaron que ser mujer y ser atendido en un HFR/HRAE reducen la magnitud del gasto total ($p < 0.05$). Contrariamente, factores como residir en el Estado de México o en el interior de la república, haber pagado por atención previa y utilizar servicios de hospitalización, estuvieron vinculados a un aumento en el gasto total ($p < 0.05$).

Las predicciones del modelo lineal (figura 2) identificaron diferencias estadísticamente significativas

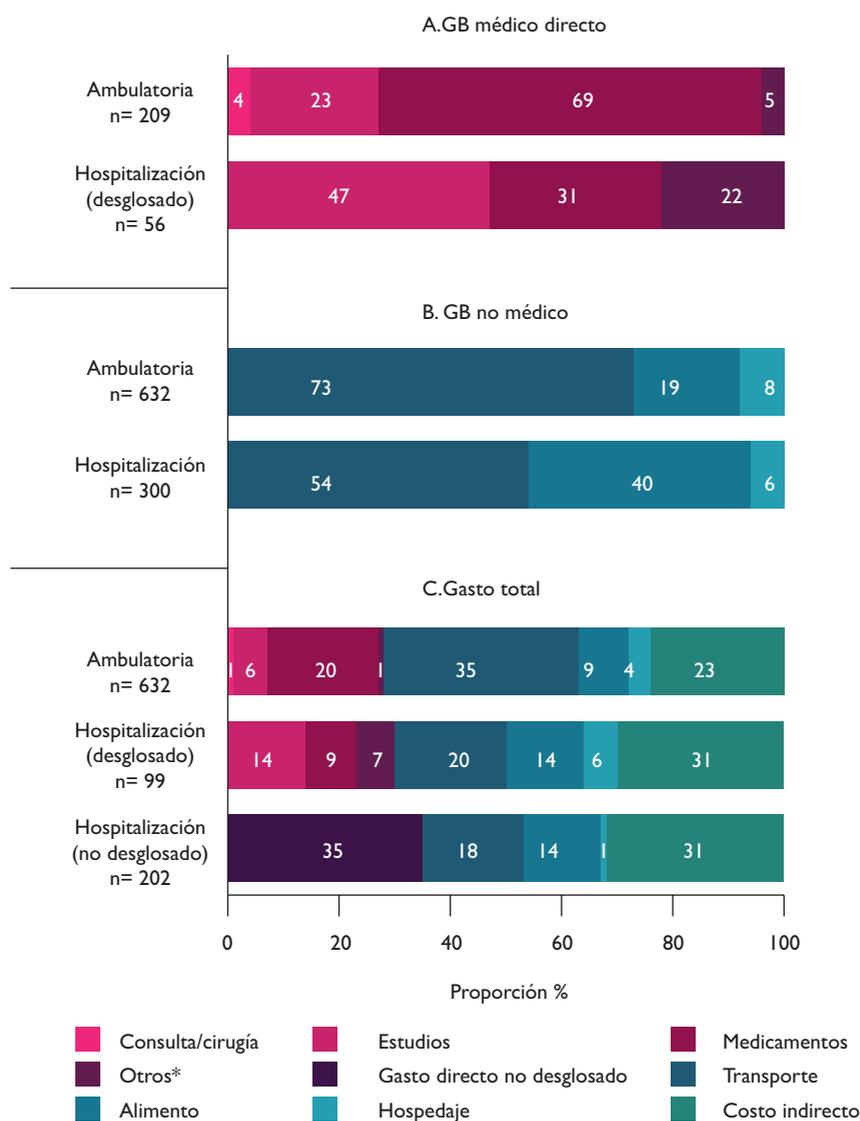
en función del lugar de residencia, con un aumento importante entre los pacientes que viven en el interior de la república (2 808 vs. 627 pesos en CDMX y 1 036 en Estado de México). Aquéllos que pagaron por atención previa o se atendieron en algún instituto vs. un hospital, tienen una probabilidad estadísticamente significativa de pagar más.

Discusión

El presente estudio documenta la carga económica asociada con la atención médica en hospitales de tercer nivel en la zona metropolitana de la CDMX en 2023, específicamente en los hospitales e institutos bajo la CCINSHAE que atienden principalmente a la población sin SS en México. Los presentes resultados indican que dos de cada tres usuarios recibieron atención gratuita y que aquéllos que incurren en GB médico directo pagan principalmente por estudios de laboratorio y medicamentos. Sin embargo, los GB no médicos representan la mayor proporción de la carga económica, seguidos de los costos indirectos por pérdida de ingreso laboral.

Si bien no se cuenta con estudios previos para comparar los resultados sobre la incidencia y la magnitud del GB médico en el tercer nivel de atención, el 31.4% documentado aquí es 10 puntos porcentuales menor que el promedio reportado por la OECD de 41% para México.² Estas cifras no son del todo comparables porque los datos de la OECD no se limitan al tercer nivel y al sector de la población sin SS, sin embargo, el parámetro de referencia es útil, dado que el GB en atención especializada es el que representa un mayor riesgo de empobrecimiento para las familias.² Más aún, entre las personas que incurrieron en GB, los niveles de gasto médico reportados fueron relativamente bajos: 640 pesos entre los pacientes ambulatorios y 1 000 entre los hospitalizados. Además, los usuarios encuestados reportaron altos niveles de satisfacción con la atención recibida y la mayoría reportó la resolución total o parcial de su necesidad. Adicionalmente, una alta proporción de usuarios reportó tener conocimiento del programa de gratuidad que se puso en marcha en 2020.

Un hallazgo notable de este estudio se refiere a la incidencia y magnitud del GB no médico. En promedio, los usuarios reportaron un GB mediano de 570 pesos (pacientes de consulta externa) y 2 370 pesos (pacientes de hospitalización) principalmente en transporte y alimentación. Estos valores son comparables a los reportados por GB médico en el caso de consultas y más del doble en el caso de hospitalizaciones. Existen pocos estudios que analicen este tipo de gasto, pero la comparación con los niveles de GB médico sugiere



* Otros GB médicos directos que incluye material de curación y dispositivos médicos.
GB: gasto de bolsillo

FIGURA 1. COMPOSICIÓN DEL GB MÉDICO DIRECTO, GB NO MÉDICO Y GASTO TOTAL. ESTIMACIÓN DEL GB EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO. 2023

que esta es una fuente potencial de alta vulnerabilidad financiera para las familias que buscan atención especializada en México.

Además, este trabajo ha documentado que los costos indirectos, es decir, aquéllos debidos a la pérdida de ingresos por la enfermedad (pacientes) o por acompañar y cuidar a los pacientes (acompañantes), representaron 44% de la carga económica total. Este resultado es más alto que el reportado por Sabermahani y colaboradores, en un estudio similar en Irán, donde estimaron una

composición del gasto en hospitalizaciones en unidades públicas de 43% en GB médico, 33% en GB no médico y 24% en costo indirecto.⁸

En cuanto a los determinantes del GB, la influencia de la ubicación geográfica en la probabilidad y la magnitud del gasto destaca la importancia del acceso geográfico como un determinante de la carga económica y como una barrera persistente para el acceso a la atención especializada. Este hallazgo es relevante dada la distribución geográfica desigual de la atención médica

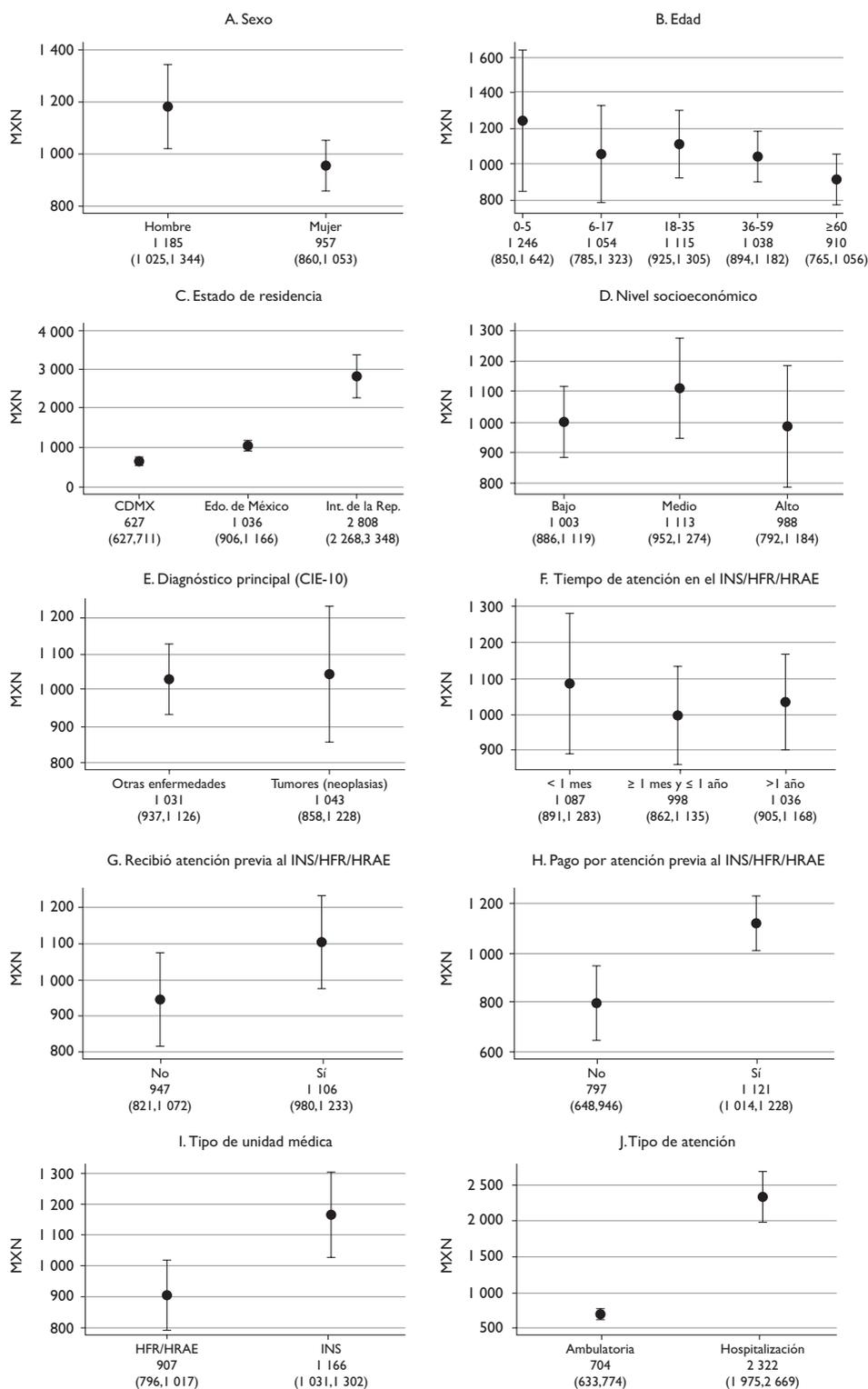
Cuadro III
MODELO LOGÍSTICO PARA LA PROBABILIDAD DE GB MÉDICO DIRECTO Y MODELO LINEAL PARA EL LOGARITMO DE GASTO TOTAL. ESTIMACIÓN DEL GB EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO. 2023

Modelo		Logístico			Lineal		
Variable dependiente		GB médico directo			Logaritmo gasto total		
		RM	IC95%	Valor p	Coef. β	IC95%	Valor p
Sexo							
Ref. Hombre	Mujer	0.92	(0.68,1.24)	0.57	-0.21*	(-0.38,-0.043)	0.01
Grupo de edad							
	6-17	0.75	(0.36,1.56)	0.44	-0.17	(-0.57,0.23)	0.41
Ref. 0-5 años	18-35	1.43	(0.76,2.71)	0.27	-0.11	(-0.47,0.25)	0.54
	36-59	1.05	(0.56,1.96)	0.89	-0.18	(-0.53,0.17)	0.31
	≥ 60	1.05	(0.55,1.98)	0.89	-0.31	(-0.67,0.04)	0.09
Domicilio							
Ref. CDMX	Estado de México	1.18	(0.84,1.64)	0.34	0.50*	(0.31,0.69)	0.00
	Interior de la República	1.57*	(1.03,2.39)	0.04*	1.50*	(1.26,1.74)	0.00
Nivel socioeconómico							
Ref. Bajo	Medio	1.24	(0.89,1.73)	0.20	0.10	(-0.08-0.29)	0.28
	Alto	0.93	(0.61,1.42)	0.74	-0.01	(-0.25,0.22)	0.90
Diagnóstico principal (CIE-10)							
Ref. Otras enfermedades	Tumores (neoplasias)	0.70	(0.48,1.01)	0.06	0.01	(-0.19,0.21)	0.91
Tiempo de atención en el INS/HFR/HRAE							
Ref. <1 mes	>1 mes y <1 año	1.26	(0.83,1.93)	0.27	-0.09	(-0.31,0.14)	0.47
	>1 año	1.77*	(1.17,2.68)	0.01*	-0.05	(-0.28,0.18)	0.68
Atención previa al INS/HFR/HRAE							
	Sí	1.26	(0.91,1.75)	0.17	0.16	(-0.03,0.34)	0.10
Pago por atención previa al INS/HFR/HRAE							
	Sí	1.28	(0.87,1.88)	0.22	0.34*	(0.12,0.56)	0.00
Tipo de unidad médica							
Ref. INS	HFR/HRAE	1.48*	(1.08,2.02)	0.01	-0.25*	(-0.43,-0.08)	0.01
Tipo de atención							
Ref. Ambulatoria	Hospitalización	0.86	(0.62,1.20)	0.39	1.19*	(1.01,1.38)	0.00
Constante		0.17*	(0.08,0.40)	0.00	6.17*	(5.70,6.63)	0.00
Observaciones		929			928 [‡]		

*Valor $p < 0.05$

[‡] Observación excluida por estar a ± 2 desviaciones estándar

RM:razón de momios;IC95%:intervalo de confianza al 95%;GB:gasto de bolsillo;CDMX:Ciudad de México;INS:Institutos Nacionales de Salud;HFR:Hospitales Federales de Referencia;HRAE:Hospitales Regionales de Alta Especialidad;CIE-10:Clasificación Internacional de Enfermedades 10^a.



CDMX: Ciudad de México; Edo. de México: Estado de México; Int. de la Rep: Interior de la República; CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª; INS: Institutos Nacionales de Salud; HFR: Hospitales Federales de Referencia; HRAE: Hospitales Regionales de Alta Especialidad; MXN: pesos mexicanos.

FIGURA 2. PREDICIONES DE GASTO TOTAL, EN PESOS MEXICANOS, DE ACUERDO CON CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y DE LA ATENCIÓN. ESTIMACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN EN MÉXICO. 2023

¿CÓMO FORTALECER LA POLÍTICA DE GRATUIDAD?

- Capacitación continua del personal en contacto con los pacientes para seguir mejorando el conocimiento y entendimiento de la política de gratuidad entre los usuarios.
- Asegurar el abasto de medicamentos e insumos para estudios de laboratorio y el mantenimiento de la tecnología médica.
- Vincular la atención de tercer nivel con programas sociales de transferencias y albergues.

especializada en México, donde 35% de las unidades de tercer nivel del país se encuentran en la zona metropolitana de la CDMX.¹⁹

Por otro lado, se encontró que los pacientes con más de un año de tratamiento tienen una mayor probabilidad de incurrir en GB médico. No es posible determinar a qué se debe esta relación; una hipótesis es que esto se relaciona con enfermedades más complejas, enfermedades que se complican o con atención lenta o pospuesta.²²

Los resultados del estudio deben interpretarse considerando las limitaciones de su diseño. Aunque la encuesta se realizó en los 17 institutos y hospitales que produjeron 85% de las consultas de todos los hospitales de tercer nivel de la CCINSHAE en 2023, no es representativa de todas las instituciones de tercer nivel para la población sin SS. Sin embargo, la selección de pacientes fue sistemática y aleatoria, por tanto, los resultados son representativos de los institutos y hospitales seleccionados. Además, es importante considerar que el diseño de la encuesta no permite hacer estimaciones a nivel de institutos u hospitales individuales.

El presente trabajo proporciona una visión de la carga económica asociada con la atención médica en hospitales de tercer nivel en México para la población sin SS que se atiende en la zona metropolitana de la CDMX. Si bien se encontró un nivel de gratuidad relativamente alto (casi dos tercios de los pacientes), también se identificaron niveles de GB no médico y costos indirectos por pérdida de ingresos significativos. Estos elementos de la carga económica que enfrentan las familias en presencia de una enfermedad que requiere atención especializada, previamente no documentados en México, implican que el enfoque exclusivo en la gratuidad de los servicios médicos como una condición necesaria para alcanzar el objetivo de la cobertura universal en México es desde luego muy útil, pero incompleto. Además de la política de gratuidad, es importante diseñar políticas públicas más comprensivas para atacar la inequidad social generada por problemas de salud en México.

Financiamiento

Este estudio fue financiado por la CCINSHAE de la Secretaría de Salud Federal de México.

Agradecimientos

Al apoyo recibido por las autoridades y el personal de los Institutos Nacional de Salud y de los Hospitales incluidos en la muestra para la realización de la encuesta. A las y los pacientes que aceptaron generosamente participar en la encuesta.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Construir sistemas de salud resilientes para avanzar hacia la salud universal en la Región de las Américas. Enseñanzas de la Covid-19. Washington: OPS, 2022 [citado marzo 7, 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56475>
2. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2023 [citado marzo 7, 2024]. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>
3. Pan American Health Organization. Monitoring Framework for Universal Health in the Americas. Washington: OPS, 2021 [citado marzo 7, 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53918>
4. Organización Mundial de la Salud. Free health care policies. Ginebra: OMS, 2020 [citado marzo 7, 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/free-health-care-policies>
5. Muremyi R, Houghton D, Niragire F, Kabano I. Determining factors influencing out-of-pocket health care expenditures in low- and middle-income countries: a systematic review. En: Aigbavboa C, Mojekwu JN, Thwala WD, eds. Sustainable education and development – Sustainable industrialization and innovation. Springer International Publishing, 2023:441-50. https://doi.org/10.1007/978-3-031-25998-2_32
6. OECD, The World Bank. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020. Paris: OECD, 2020 [citado marzo 7, 2024]. <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>
7. Pisu M, Azuero A, McNees P, Burkhardt J, Benz R, Meneses K. The out of pocket cost of breast cancer survivors: a review. J Cancer Surviv Res Pract. 2010;4(3):202-9. <https://doi.org/10.1007/s11764-010-0125-y>

8. Sabermahani A, Sirizi MJ, Zolala F, Nazari S. Out-of-pocket costs and importance of nonmedical and indirect costs of inpatients. *Value Health Res Issues*. 2021;24:141-7. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2020.05.004>
9. México ¿cómo vamos? ENIGH 2022, ¿cómo vamos con los ingresos y gastos de los hogares? México: México ¿cómo vamos?, 2021 [citado marzo 7, 2024]. Disponible en: <https://mexicocomovamos.mx/publicaciones/2023/07/enigh-2022-como-vamos-con-los-ingresos-y-gastos-de-los-hogares/>
10. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 Sobre Covid-19. Resultados Nacionales. México: INSP, 2021 [citado marzo 7, 2024]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/doctos/informes/ensanutCovid19ResultadosNacionales.pdf>
11. Van Hees SGM, O'Fallon T, Hofker M, Dekker M, Polack S, Morgon-Banks L, Spaan EJM. Leaving no one behind? Social inclusion of health insurance in low- and middle-income countries: a systematic review. *Int J Equity Health*. 2019;18(1):134. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1040-0>
12. Brown CJ, Pagán JA, Rodríguez-Oreggia E. The decision-making process of health care utilization in Mexico. *Health Policy Amst Neth*. 2005;72(1):81-91. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.06.008>
13. González Block MÁ, Reyes Morales H, Hurtado LC, Baladrán A, Méndez E. Mexico: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2020;22(2) [citado marzo 7, 2024]. Disponible en: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/mexico-health-system-review-2020>
14. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría. 27 de mayo de 2013. México: DOF, 2013 [citado marzo 7, 2024]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5300256&fecha=27/05/2013#gsc.tab=0
15. Colchero MA, Gómez R, Bautista-Arredondo S. A systematic review of the literature on the impact of the Seguro Popular. *Health Res Policy Syst*. 2022;20(1):42. <https://doi.org/10.1186/s12961-022-00839-w>
16. Cerecero-García D, Macías-González F, Muñoz-Aguirre P, Huerta-Gutiérrez R, Zapata M, Rivera-Luna R, et al. Impact of fee for service on the efficiency and survival of Seguro Popular's patients with acute lymphoblastic leukemia in Mexico. *JCO Glob Oncol*. 2024;(10):e2300060. <https://doi.org/10.1200/GO.23.00060>
17. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Derechohabiencia. México: Inegi, 2020 [citado marzo 7, 2024]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/temas/derechohabiencia/>
18. Gobierno de México. Programa Sectorial de Salud 2020-2024. México: Gobierno de México, 2020 [citado marzo 7, 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-sectorial-de-salud-2020-2024>
19. Dirección General de Información en Salud. Catálogos CLUES. México: Gobierno de México, 2024 [citado marzo 7, 2024]. Disponible en: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/intercambio/clues_gobmx.html
20. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Unidades Coordinadas. México: Gobierno de México, 2023 [citado marzo 7, 2024]. Disponible en: <http://www.ccinshae.salud.gob.mx/banner/UnidadesCoordinadas.html>
21. Morales-Ruán M del C, Mayorga-Borbolla E, Arango-Angarita A, Méndez-Gómez-Humaran I, Vizuet-Vega NI. Características sociodemográficas de hogares y población de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022. *Salud Publica Mex*. 2023;65:s7-s14. <https://doi.org/10.21149/14804>
22. Figueroa-Lara A, González-Block MA, Alarcón-Irigoyen J. Medical expenditure for chronic diseases in Mexico: the case of selected diagnoses treated by the largest care providers. *PLoS One*. 2016;11(1):e0145177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0145177>