



**FLACSO**  
MÉXICO

**FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES  
SEDE ACADÉMICA MÉXICO**

**Maestría en Políticas Públicas Comparadas  
VI Promoción (2014-2015)**

**Análisis del gasto de bolsillo en salud en hogares beneficiarios del  
programa Pensión para Adultos Mayores: universalismo vs focalización.**

**Tesis para obtener el grado de  
Maestra en Políticas Públicas Comparadas**

**Presenta:**

**Perla Miledy Pascual Piña**

**Directora de tesis:**

**Dra. Marisol Luna Contreras**

**Seminario: Política Social y Participación Ciudadana  
Ciudad de México, octubre de 2016**

## **Resumen:**

Llegada la vejez y con ella el deterioro físico y mental natural, gran parte de los adultos mayores enfrentan dificultades económicas para recibir servicios de salud y, ya sea ellos o sus familiares, cuando los hay, deben realizar erogaciones por concepto de *Gastos de Bolsillo en Salud (GBS)*, los cuales pueden llegar a convertirse en *Gasto Catastrófico por motivos de Salud (GCS)* si rebasan cierto umbral. El programa federal Pensión para Adultos Mayores da a este segmento apoyo económico y esquemas de seguridad social para proteger su bienestar. El propósito de la presente tesis es contribuir a este debate. Busca aportar a través del análisis de la eficacia del programa en el apoyo al GBS y del GCS en los hogares con adultos de 70 años o más beneficiarios del programa PAM en 2010 y 2014. El análisis muestra más evidencia en favor de la mayor eficacia a través de la focalización

**Palabras clave:** Universal, focalizado, Gasto de Bolsillo en Salud, Gasto Catastrófico por motivos de Salud.

## **Abstract:**

Once old age arrives, and with it the natural physical and mental deterioration of the person, most elderly adults face economic difficulties to receive health services. In such cases either them or their close relatives, when they have them, must incur in Pocket Health Expenses (PHE). In turn, these expenses may become Catastrophic Health Expenses (CHE) when they exceed certain threshold. In this context, the federal program Pension for the Elderly Adult (PEM) gives this segment of the population economic support and social security schemes to protect their welfare. This program has been implemented both as a universal and as a focalized strategy. Both conceptions of this social policy are subject to debate regarding their efficacy. The purpose of the present dissertation is to contribute to this debate. It tries to shed some light to it through the analysis of the efficacy in the PHE and the CHE in homes with adults aged 70 years or more that were beneficiaries of PEM in the years 2010 and 2014. The analysis shows more evidence for the efficacy in favor of the focalized strategy.

**Keywords:** Universal, focused, Pocket Health Expenses, Catastrophic Health Expenses

## **Agradecimientos**

No hay palabras para expresar el profundo agradecimiento que siento hacia aquellas personas que me han apoyado e impulsado a culminar ésta etapa, y sólo me es posible decirles a través de éstas líneas lo siguiente:

Gracias a toda mi familia por su apoyo, compañía, confianza y paciencia durante los buenos y malos momentos vividos en el camino.

Gracias a cada uno de los profesores por el trabajo y tiempo invertido en el presente trabajo, especialmente, gracias Marisol Luna por el apoyo e impulso a este proyecto, sin ti no hubiera sido posible.

A todos gracias.

## Índice general

Agradecimientos.....	III
<b>Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo 1. El Estado de bienestar y la política social.....</b>	<b>8</b>
1.1 La política social desde el Estado de Bienestar .....	8
1.2 El debate entre la política social universal y focalizada.....	14
<b>Capítulo 2. El problema público y su tratamiento en México.....</b>	<b>23</b>
2.1 Situación de los adultos mayores en México: el problema público.....	23
2.2 Intervenciones del Estado frente al problema público.....	28
2.3 El programa Pensión Adultos Mayores: de universal a focalizado.....	31
2.4 Vulnerabilidad de los adultos mayores en materia de salud.....	33
<b>Capítulo 3. Metodología.....</b>	<b>37</b>
3.1 Pregunta de investigación, hipótesis y objetivo.....	37
3.2 Fuentes de información.....	38
3.3 Población objetivo.....	39
3.4 Descripción y construcción de la variable dependiente.....	40
3.5 Identificación de los hogares con beneficiarios del programa PAM.....	45
3.6 Técnicas estadísticas.....	46
3.6.1 Prueba de hipótesis de diferencia de medias para muestras independientes.....	46
3.6.2 Prueba de hipótesis de diferencia de proporciones para dos poblaciones independientes.....	48
<b>Capítulo 4. Análisis de resultados.....</b>	<b>50</b>
4.1 Características sociodemográficas de los hogares.....	50
a) Número de hogares con presencia de adultos mayores de 70 años o más .....	50
b) Sexo del jefe del hogar.....	52
c) Edad del jefe del hogar.....	53
d) Escolaridad del jefe del hogar.....	54
e) Tipo de hogar.....	56
f) Número de integrantes y composición etaria del hogar.....	57
g) Tenencia de la vivienda.....	58
h) Tamaño de la localidad.....	59

i) Ingresos.....	60
4.2 Gasto de bolsillo en salud y el que se vuelve catastrófico.....	61
a) Gastos de bolsillo en salud.....	61
b) Gasto de bolsillo en salud que se vuelve catastrófico.....	65
<b>Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones.....</b>	<b>69</b>
5.1 Conclusiones.....	69
5.2 Recomendaciones.....	73
5.3 Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	75
<b>Bibliografía.....</b>	<b>77</b>

## Índice de gráficas, tablas y figuras

<b>Gráfica 1.</b> México. Distribución de los hogares según si tiene o no integrantes de 70 años o más, 2010 y 2014.....	51
<b>Gráfica 2.</b> México. Distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más según si tiene beneficiarios del programa Pensión para Adultos Mayores, 2010 y 2014.....	52
<b>Gráfica 3.</b> Distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiario del programa Pensión para Adultos Mayores según el sexo del jefe del hogar, 2010 y 2014 .....	53
<b>Gráfica 4.</b> Distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiario del programa Pensión para Adultos Mayores según la escolaridad del jefe del hogar, 2010 y 2014.....	55
<b>Gráfica 5.</b> Distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiarios del programa Pensión para Adultos Mayores según tipo de hogar en el que reside, 2010 y 2014.....	56
<b>Gráfica 6.</b> Distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiarios del programa Pensión para Adultos Mayores según el número de integrantes del hogar, 2010 y 2014.....	57
<b>Gráfica 7.</b> Situación patrimonial de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiarios del programa Pensión para Adultos Mayores, 2010 y 2014.....	59
<b>Gráfica 8.</b> México. Distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiario del programa Pensión para Adultos Mayores según tamaño de localidad, 2010 y 2014 .....	60
<b>Gráfica 9.</b> México. Distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años y más beneficiario del programa Pensión para Adultos Mayores y que registró gasto de bolsillo en salud que se convirtió en gasto catastrófico, 2010 y 2014.....	65
<b>Tabla 1.</b> distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiarios del programa PAM según la edad del jefe del hogar y el tamaño de localidad, 2010 y 2014.....	54
<b>Tabla 2.</b> Distribución del grado de escolaridad del jefe del hogar según su edad en los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiario del programa Pensión para Adultos Mayores, 2010 y 2014.....	55
<b>Tabla 3.</b> Valor de los estadísticos descriptivos y de prueba para la prueba de hipótesis de diferencia de medias de dos poblaciones independientes.....	63
<b>Tabla 4.</b> Promedio de gasto mensual en los hogares que reportaron gasto en salud y que cuentan con al menos un adulto de 70 años ó más beneficiario del programa Pensión para Adultos Mayores según rubros del GBS, 2010 y 2014.....	64
<b>Tabla 5.</b> Valor de los estadísticos de prueba para la prueba de hipótesis de diferencia de medias de dos poblaciones independientes correspondientes a los rubros del GBS, 2010 y 2014.....	64

<b>Tabla 6.</b> Estadísticos descriptivos y valor de estadístico de prueba $Z^*$ y $Z$ para la prueba de hipótesis de diferencia de proporciones de dos poblaciones independientes.....	66
<b>Figura 1.</b> Región de rechazo y aceptación de una prueba de hipótesis de cola derecha para la diferencia de media de dos muestras independientes con un nivel de confianza del 95 por ciento .....	62
<b>Figura 2.</b> Región de rechazo y aceptación de una prueba de hipótesis de cola derecha para la diferencia de proporciones de dos muestras independientes con un nivel de confianza del 95 por ciento.....	67

## Introducción

México ha vivido en las últimas décadas diversos cambios demográficos que en el mediano y largo plazo modificarán la estructura de la pirámide poblacional, como el aumento de la esperanza de vida (que en el año 1970 era de 61 años, en el 2000 de 74 años y en 2014 fue de casi 75 años) y el tránsito de una población mayoritariamente rural de mediados del siglo pasado (57.4%) a una predominantemente urbana (77.8%) en 2010, según lo reportado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Simultáneamente, el país vive un acelerado proceso de envejecimiento, donde el incremento de la población de adultos mayores en los últimos 15 años ha sido de 2.5 por ciento y se espera que esta tendencia se acelere en los próximos años. Según proyecciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO), para el año 2050 se espera que la población de adultos mayores represente el 21.5 por ciento de la población total, es decir, una de cada cinco personas será adulto mayor.

Aunado a los cambios referidos, muchos de los adultos mayores se enfrentan a condiciones de riesgo y vulnerabilidad ante la falta de seguridad social, a lo que se suman el aumento con la edad de los riesgos en salud de éste grupo. Pese a los avances de los últimos años en la cobertura en salud, la alta demanda, falta de medicamentos, materiales y calidad en el servicio, así como la falta de infraestructura y de disponibilidad de recursos ha causado que muchos de los beneficiarios de los sistemas de salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del Seguro Popular no puedan recibir servicios de salud adecuados, entre ellos los adultos mayores.

Lo anterior, genera que los adultos mayores o sus familias realicen desembolsos considerables para poder cubrir la atención médica del adulto



mayor. Por lo que no es de sorprender que sea en los hogares pobres, que no cuentan con seguro de salud, ubicados en localidades rurales o aquellos en los que hay un adulto mayor y/o niños que el gasto de bolsillo en salud y aquel que se convierte en *gasto catastrófico* sea más probable. “Debido a la baja prevalencia de la cobertura de seguridad social (pensión y atención médica) en México, muchas personas dependen de programas públicos como el SPS [Seguro Popular de Salud] e incurren en importantes gastos de bolsillo en salud.” (Águila, Emma et. al. 2011: 26) A lo anterior se suma la dependencia física y económica en la que muchos adultos mayores viven frente a la falta de recursos para cubrir sus gastos.

El Gobierno Federal, por su parte, ha emprendido algunas acciones de protección a este grupo etario, el programa *Pensión para Adultos Mayores* (PAM), antes *70 y más*, es un ejemplo de ello. Dicho programa ha buscado reducir la vulnerabilidad de aquellos adultos mayores que no cuentan con seguro de salud ni reciben ingresos por pensión o jubilación y, aunque la entrega del recurso no está condicionada a la compra de medicamentos o a la atención en salud, se sabe que parte del dinero que los adultos mayores reciben del programa o la totalidad de este es aportado al gasto del hogar, del cual se cubren todos los gastos generados por los miembros del hogar, incluidos los que tienen que ver con salud.

Lo anterior ha obligado al gobierno, sociedad civil y privados a generar acciones para contener y enfrentar los problemas que los adultos mayores viven. Detrás de la elección de las acciones subyace el debate entre la concepción de la política social como universal o focalizada entre los tomadores de decisión (*policy makers*), políticos, economistas y demás actores participantes en la política pública. Dicho debate no es nuevo y parece estar resurgiendo frente a los resultados que se observan con las acciones de diversas políticas públicas, ya sea frente al combate a la pobreza, educación, salud, entre otros. Sin embargo, no existen fórmulas ni certezas que nos

indiquen que con la elección de una opción se obtendrán más o menos de los resultados buscados, por lo que solo podremos saber su efectividad con los resultados que se obtengan a través del tiempo.

Para entender un poco mejor en qué consiste el debate referido, es necesario señalar que el universalismo y la focalización son dos perspectivas de la política social, es decir, de la forma en la que el gobierno interviene para contribuir a la eliminación de antagonismos sociales con el propósito de mejorar el nivel de vida de todos. A la par del desarrollo de la política social, se daba el desarrollo del Estado de bienestar, en el cual tuvo avances según el país del que se hablara.

El Estado de Bienestar nace cuando: “El Estado capitalista dejó de ser un mero garante de la seguridad jurídica, la defensa nacional y la propiedad privada, para convertirse en una estructura organizativa que gestionaba los riesgos sociales y organizaba la economía de manera tal de compatibilizar las necesidades de acumulación del capital con los requerimientos de integración de los diferentes sectores sociales.” (Del Tronco, 2014: 21) Es decir, después de la Segunda Guerra Mundial el Estado adquiere nuevas funciones en cuanto a la gestión de los riesgos sociales, regulación de la economía y frente a la reducción de la desigualdad entre la población. Las nuevas funciones son ejercidas desde perspectivas diferentes (concepciones de la política social) y la elección ha tenido que ver con la capacidad y desarrollo del propio Estado.

Una forma de facilitar el análisis y comparación del Estado de Bienestar es a través de las tipologías o modelos que de este se han hecho. Una de las más conocidas, es la desarrollada por Esping Andersen la cual nos sirve de marco para entender los fundamentos de las perspectivas de la política social dentro del Estado de Bienestar. Dicho autor señala que los estados de bienestar se pueden clasificar de acuerdo a las diferencias políticas internas de cada país, denomina a cada tipo como régimen de bienestar. Esping-Andersen (1993)

identifica tres tipos de relaciones o regímenes de bienestar: liberal, corporativista/conservador y el socialdemócrata. De éstos tres, el primero y el último nos proporcionan los fundamentos de las diferentes concepciones de la política social (universalismo y focalización) motivo de nuestro interés.

Explorados los fundamentos de las concepciones de la política social entramos al debate sobre a través de con cual de ellas se logra mayor efectividad en los resultados, por lo que se presentan los argumentos a favor y en contra de cada concepción. A grandes rasgos, el debate plantea por un lado, que el Estado no puede permitirse dar servicios a toda la población sino que los recursos y esfuerzos deben concentrarse en quienes más lo necesitan. Mientras que, por otro lado, se plantea que el reconocimiento de los Estados de extender a toda la población la educación, salud y servicios sociales, busca que la política social sea cimentada en principios como la solidaridad y universalidad y no en la selección. Ambas concepciones tienen elementos a favor y en contra, sin embargo, lo que podemos esperar es que a partir de los resultados de las acciones emprendidas en la operación de la política pública, en donde se apliquen a través de un sistema focalizado o universal, se pueda dar respuesta y/o solución al problema público que la originó.

Precisado lo anterior, es en las dificultades que los adultos mayores enfrentan en cuestión económica y de salud donde se inserta el programa PAM del orden federal, del que analizamos la posible efectividad del programa en uno de sus objetivos que es reducir la vulnerabilidad y riesgo de éste grupo etario frente al Gasto de Bolsillo en Salud y de aquel que se convierte en Gasto Catastrófico, a través de la información disponible de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares (ENIGH) 2010 y 2014.

Desde ambas concepciones, el objetivo que el programa PAM persigue es el de disminuir la vulnerabilidad económica a la que se enfrentan los adultos mayores a través de la transferencia de recursos y servicios adicionales como

salud, actividades recreativas, talleres, entre otros, específicamente, es el rubro del gasto de bolsillo en salud el que nos interesa.

De lo ya referido y considerando el cambio que el programa PAM ha tenido al pasar de ser un programa universal a uno focalizado surgió la pregunta que guio la presente investigación: ¿Cuáles son las diferencias en el gasto en salud que se convierte en catastrófico en los hogares con beneficiarios del programa PAM, cuando éste era universal y ahora que es focalizado?

La hipótesis que se puso a prueba en la presente investigación fue: La política pública focalizada de apoyo a los adultos mayores muestra una mayor reducción en la proporción de hogares con Gasto Catastrófico en Salud con respecto de la política de carácter universal.

Para dar respuesta a dicha pregunta y poner a prueba nuestra hipótesis, se utilizó una metodología cuantitativa de investigación, en la que la unidad de análisis fueron los hogares y la principal fuente de información la *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares* (ENIGH) 2010 y 2014, en las cuales se identificaron los hogares con miembros beneficiarios del programa PAM y a través de la cual nos aproximamos al GBS de los adultos mayores.

Se plantearon como objetivos: 1) Identificar los hogares beneficiarios de ambos años que cayeron en gasto catastrófico; 2) Analizar si existen diferencias significativas de un año a otro que puedan relacionarse con la forma de operación del programa (universalismo y focalización) y, 3) describir el gasto de bolsillo de los hogares beneficiarios en 2010 y 2014.

El debate entre ambas concepciones de la política social se mantiene en la actualidad y, frente a la falta de definición respecto a la idoneidad o garantía de un sistema u otro para resolver la situación a la que se enfrentan los adultos mayores, resulta importante contar con elementos que nos permitan hacer una

mejor valoración de ellos a través de los resultados obtenidos por el programa en cuestión. De lo anterior, surge la necesidad de encontrar y valorar evidencia empírica al respecto.

El presente trabajo se compone de cuatro capítulos, los cuales se describen a continuación. En el **capítulo 1** se exponen los antecedentes y los cambios en la política social desde el Estado de Bienestar, se desarrollan los elementos teóricos que están subyacen al universalismo y la focalización como concepciones de la política social. Además, se exponen los principales argumentos de quiénes defienden cada una de estas concepciones. Por otro lado, se definen los principales conceptos relacionados con el GBS en los hogares, con lo que se da paso al siguiente capítulo en el cual se contextualiza el problema público que es tomado como ejemplo para el debate.

En el **capítulo 2** se describe el problema público que se vinculó con el debate de la concepción de la política social, es decir, con la situación de vulnerabilidad de los adultos mayores, específicamente en materia de salud. Se exponen los antecedentes de esta situación, desde la toma de conciencia del acelerado proceso de envejecimiento de la población en México, los problemas y riesgos a los que se enfrentan los adultos mayores, la forma en la que el Estado ha buscado apoyar a este grupo a través del programa PAM, hasta el punto en el que los hogares con adultos mayores que son beneficiarios de dicho programa enfrentan los problemas en materia de salud con el riesgo de caer en gasto catastrófico.

El **capítulo 3** consiste en la explicación y desarrollo de la estrategia metodológica utilizada para realizar el análisis de la información obtenida de la ENIGH 2010 y 2014, con respecto al GBS y de aquel que se vuelve catastrófico en los hogares donde vive por lo menos un adulto mayor que es beneficiario del programa PAM. En este capítulo, se definen y especifican las técnicas estadísticas, así como las variables utilizadas y su construcción.

El **capítulo 4** expone los resultados e interpretación de la información obtenida, se describen algunas de las características de los hogares donde se sabe hay adultos de 70 años o más beneficiarios del programa. Posteriormente, se realiza un comparativo de los resultados de ambos años en materia de gasto de bolsillo en salud y de aquel que se convierte en gasto catastrófico. Se presentan finalmente los resultados de las pruebas de hipótesis (diferencia de medias y de proporciones). Este capítulo presenta la evidencia empírica obtenida durante el análisis de la información y que permitió dar respuesta a nuestra pregunta de investigación y verificar si la hipótesis de trabajo resultó o no verdadera

Finalmente, se presenta el apartado de **conclusiones y recomendaciones** donde se exponen los hallazgos del estudio sobre el debate entre las dos concepciones de la política social a partir de los resultados obtenidos en el **capítulo 4**. En éste apartado se registran las recomendaciones derivadas de los hallazgos y las limitaciones del estudio.

## **Capítulo 1. El Estado de bienestar y la política social**

La elección de la forma en la que operarán las acciones de la política social, tiene como antecedente inmediato un debate entre cuál de las dos concepciones, universal o focalizado, representa la mejor opción por hacer más eficaz y eficiente un programa. Un ejemplo concreto para abonar al debate es el programa federal PAM el cual nos permitirá buscar si hubo o no algún cambio entre la operación de manera universal y la operación de manera focalizada.

La información contenida en el presente capítulo aborda, de manera general, los principales argumentos que subyacen al debate entre la concepción universal y focalizada de la política social, su relación con el *Estado de Bienestar* y el llamado neoliberalismo, así como la evolución del concepto de la política social. Lo anterior, nos permitirá contar con elementos para explicar posteriormente, como nuestro caso abona al debate sobre una concepción u otra.

### **1.1 La política social desde el Estado de Bienestar**

Se define a la política social como aquella que: "...consiste en el conjunto más o menos coherente de principios y acciones gestionadas por el Estado, que determinan la distribución y el control social del bienestar de una población por vía política" (Herrera y Castón, 2003 Cit. Por Serrano: 30), es decir, la política social es la forma en la que el Estado interviene frente al desigual desarrollo de las sociedades modernas, en la satisfacción de las necesidades de la población.

La política social nace ligada a la idea de proteger a la familia y al trabajador como parte del propósito social del Estado. Ésta busca brindar a los trabajadores y a sus familias asistencia y protección social, bienestar, generación de oportunidades, respeto de los derechos sociales y la

construcción de comunidad y sentido de pertenencia. Ocampo señala que las concepciones modernas que hay de la política social como responsabilidad del Estado, tienen su origen en el reconocimiento de los Estados liberales de la necesidad de ampliar la educación básica, salud y algunos servicios sociales a toda la población, que surgen frente al reclamo de protección y promoción del trabajo en países industrializados durante el siglo XIX y con mayor auge en el siglo XX con el desarrollo del Estado de Bienestar (2008).

El *Estado de Bienestar* surge como una política dirigida a reducir los riesgos sociales a los que se enfrenta la población en Occidente después de finalizar la Segunda Guerra Mundial. Es a partir de dicho momento que el Estado comienza a adquirir nuevas responsabilidades y funciones en materia económica, política y en cuanto a prestaciones sociales, con lo que busca garantizar a los ciudadanos de una nación el acceso a servicios sociales y a un nivel mínimo de vida. Ramesh Mishra señala que son tres las características principales que definen al Estado de Bienestar:

1. Intervención estatal en la economía para mantener el pleno empleo o, al menos, garantizar un alto nivel de ocupación.
2. Provisión pública de una serie de servicios sociales universales, incluyendo transferencias para cubrir las necesidades humanas básicas de los ciudadanos en una sociedad compleja y cambiante...
3. Responsabilidad estatal en el mantenimiento de un nivel mínimo de vida, entendido como un derecho social, es decir, no como caridad pública para una minoría... (1989: 56)

La relación entre el *Estado de Bienestar* y la política social se entiende a partir de la relación que se crea entre el Estado, la sociedad y la economía frente a los riesgos sociales que la ciudadanía enfrenta. Así "... el Estado capitalista dejó de ser un mero garante de la seguridad jurídica, la defensa nacional y la propiedad privada, para convertirse en una estructura organizativa que gestionaba los riesgos sociales y organizaba la economía de manera tal de compatibilizar las necesidades de acumulación del capital con los



requerimientos de integración de los diferentes sectores sociales.” (Del Tronco, 2014: 21)

Precisado lo anterior, el desarrollo de los estados de bienestar no se dio de forma homogénea entre los países de Occidente y en el caso de los países latinoamericanos el desarrollo no fue diferente. Pese a las características institucionales compartidas entre las naciones existen diferencias al interior de los estados de bienestar, las cuales dan origen a tipologías que describen y clasifican cómo los gobiernos asumen, reparten o comparten la gestión de los riesgos sociales. Mishra (1984), Titmuss (1963), Esping Andersen (1990), Cabrero (1997), entre otros autores, generaron modelos o tipologías del *Estado de Bienestar* en las que se destacaban los orígenes, el desarrollo y los problemas específicos que cada gobierno enfrentaba, además, las tipologías facilitan el análisis y comparación de estos, lo que a su vez que nos recuerdan que no es posible generalizar cuando se habla del *Estado de Bienestar* pese a los elementos comunes que las naciones comparten.

Una de las tipologías más conocidas es la de Gösta Esping-Andersen quien intenta explicar a través de ella las características adoptadas por los diferentes regímenes de bienestar, en dicha tipología intervienen las condiciones sociales que permean en cada país, el papel de las instituciones y el papel de las coaliciones políticas de clase. Para Esping-Andersen el conjunto de las características referidas así como las variaciones que hay de un país a otro son las que permiten identificar los que él llama regímenes de bienestar. La utilización en el presente documento de la tipología de Esping-Andersen del *Estado de Bienestar*, es para enmarcar específicamente los antecedentes que subyacen a las concepciones de la política social (universal y focalizada).

En su libro *Los tres mundos del estado de bienestar* (Esping-Andersen, 1993), identifica tres tipos de *regímenes de bienestar*: el liberal, el corporativista/conservador y el socialdemócrata. Si bien los tres tipos procuran

el bienestar social, cada uno de ellos concibe de manera diferente la clase de bienestar que da a sus ciudadanos, así como la forma en la que se gasta y priorizan en el gobierno los diversos problemas asociados al tema.

En el régimen liberal, predominan los fundamentos teóricos de la economía política liberal, donde la idea que guía es que el mercado es mejor que el Estado para gestionar los riesgos sociales y proveer los bienes necesarios a la sociedad. Entre los partidarios de la economía liberal predomina la idea de que el Estado sólo debe proveer y ayudar a quienes más lo necesitan, es decir, las ayudas deben ser focalizadas. Al respecto, Esping-Andersen señala que:

En términos políticos, los subsidios favorecen a una clientela de ingresos bajos, cuyo estatus es cada vez más dependiente de la actividad asistencial. Esto significa, en términos económicos, que los límites de la protección social están dados por la igualación de la propensión marginal a optar por la ayuda social y la de trabajar. A su vez, el Estado estimula al mercado, para que sea allí donde las personas –a partir de sus capacidades- puedan gestionar sus riesgos sociales en forma individual. (1993: 25)

En otras palabras, el régimen liberal promueve que la protección social sea predominantemente privada y que sólo a aquellas personas que demuestren insuficiencia económica es a quienes el Estado les proporcione apoyos.

El segundo régimen de la clasificación de Esping-Andersen corresponde al corporativista o conservador, el cual plantea que el Estado intervenga sólo en los casos en los que las instituciones cercanas al individuo fallan. En este régimen el Estado promueve a la familia como la principal proveedora de bienes y servicios sociales, la cual convive a su vez con la protección social privada y subsidiaria. Entonces, cuando la familia falla es cuando el Estado interviene. Cabe destacar que en este régimen se privilegia la segmentación, es decir, se privilegia a los funcionarios otorgándoles diversos niveles de prestaciones de acuerdo a su estatus profesional.

Por último, el tercer régimen de bienestar referido por Esping-Andersen es el socialdemócrata, el cual lo que plantea e intenta es: "... combinar la promoción de la igualdad en la calidad de vida y no ya una equiparación de los puntos de partida, o niveles iniciales mínimos de bienestar que necesita un individuo para, entonces sí, poder auto gestionar los riesgos sociales a los que se ve sometido." (Del Tronco, 2014: 27) Esping-Andersen señala que éste régimen se traduce en la universalización de los derechos, sin que se olviden las diferencias que hay entre cada persona. Así, el Estado se convierte en el mayor agente redistributivo entre las distintas clases sociales. Éste régimen es el más escaso y los países que son clasificados en éste son principalmente aquellos de desarrollo temprano e industrializados.

Esta fórmula se traduce en una mezcla de una elevada desmercantilización y de programas universalistas que, sin embargo, se adaptan a expectativas diferenciadas. Así, los trabajadores manuales llegan a disfrutar de unos derechos idénticos a los de los empleados y funcionarios; todos los estratos están incluidos en un sistema de seguro universal, si bien los subsidios se gradúan de acuerdo con los ingresos habituales. (...) Todos tienen subsidios, todos son dependientes y, probablemente, todos se sentirán obligados a pagar. (Esping-Andersen, 1993:49)

En la tipología de Esping- Andersen se identifican características de la política social, es decir, de la forma en la que los gobiernos deciden acercar el bienestar a la población. Al respecto, profundizaremos en el siguiente apartado.

De vuelta al Estado de Bienestar e independientemente del modelo o tipología, los logros y errores que éste ha obtenido han mantenido el debate entre cuál forma de política social será adecuada dados los cambios que las sociedades enfrentan, y al que se suma el proceso de reestructuración del Estado de Bienestar. Rodríguez Cabrero señala al respecto lo siguiente:

... se esta produciendo un cambio en su naturaleza, formas de intervención y concepción ideológica, que se traducen en un Estado de Bienestar más mixto institucionalmente, más diferenciado socialmente y más debilitado políticamente. En el largo plazo, los efectos de la globalización económica exigirán coordinaciones globales que, sin duda, alterarán la naturaleza

política y los modos tradicionales de intervención del Estado de Bienestar a favor de redes de seguridad económica a nivel transnacional... (2005: 24)

Precisado lo anterior, entramos a las perspectivas de la política social e iniciamos con la perspectiva universal, la cual tiene sus fundamentos teóricos en el régimen socialdemócrata, mientras el principio focalizado lo tiene en el régimen liberal. Es importante mencionar que los distintos tipos de política social pueden coexistir en un mismo lugar, de la misma forma que los países tienen características de distintos regímenes aunque sea uno el que predomine, es decir, no hay regímenes o clasificaciones puras.

Se dice entonces que una política es universal cuando todos los ciudadanos de una comunidad/ región/ país pueden acceder a ella sin mayor requisito que el de la nacionalidad e incluso a veces sin esta; se dice que es una política focalizada cuando ésta se dirige a un grupo específico que tiene una característica determinada.

“El principio de universalidad supone garantizar a todas las personas aquellos bienes y servicios de calidad que son considerados indispensables para participar plenamente en la sociedad. Las políticas focalizadas responden a la necesidad de restituir un derecho vulnerado, mitigar una situación crítica o emprender acciones diferenciadas según las características de la población.” (Escuela PNUD, 2011: 41-42) La universalización y la focalización son entonces concepciones de la política social que tienen que ver con la forma y los criterios con los cuales el Estado distribuye los recursos a la población a través de las acciones de la política social.

Específicamente, el programa PAM del Gobierno Federal, otorga recursos económicos a los adultos de 70 años o más, dicho programa en sus inicios operó de manera universal y a partir de 2012 opera con una perspectiva focalizada, lo que a través del GBS y de aquel que se vuelve GBC en los hogares con beneficiarios de dicho programa, se abordan para saber si hubo

algún cambio en esos rubros frente al cambio de concepción en la operación del programa.

Las concepciones referidas de la política social han sido motivo de debate respecto a las ventajas y desventajas de utilizar una u otra en la ejecución de programas, al respecto, hablaremos a continuación.

## **1.2 El debate entre la política social universal y focalizada**

La elección entre la concepción de la política social como universal o focalizada tiene tras de sí un debate entre los tomadores de decisión (*policy makers*), políticos, economistas y demás actores participantes en la política pública. Si bien el debate no es nuevo, es necesario comprender que ambas concepciones de la política social han ido de la mano de los diversos cambios sociales y económicos que los países han experimentado durante décadas. Como referimos en el apartado previo, el universalismo y la focalización se entienden a partir de la nueva relación que se establece entre el Estado, la sociedad y el mercado en el *Estado de Bienestar*. Es en la definición del qué y cómo hacerlo donde el debate planteado se da y donde el Estado plantea sus límites de intervención.

Parte importante del debate tiene que ver con la propia evolución del modelo de política social y del ya descrito *Estado de Bienestar*, el cual puede entenderse en dos etapas; la primera, va desde los inicios del siglo XX hasta finales de los años 70. Este periodo plantea un modelo de protección social con pretensión universalista. Los esfuerzos de los estados por gestionar los riesgos sociales de su población variaron de un país a otro dependiendo de las características de cada país, por lo que ésta primera etapa se desarrolló de manera dispar no sólo en Europa sino también en América Latina.

Si bien en este periodo se amplía notablemente el acceso a beneficios de políticas públicas como la educación la población, ya fuera ésta de mayor o menor calidad, se logran avances en la cobertura en salud y seguridad social, la operación de la política social continúa ejerciéndose a través de modelos corporativos, por lo que había poca cobertura de la población debido a la exclusión de aquellos que no participaban en el mercado laboral o en el sector formal y que por ende no tenían los beneficios sociales. Al final de esta primera etapa no se logra romper con la estratificación y las diferencias socioeconómicas y políticas existentes pese a las pretensiones universalistas.

La segunda etapa se identifica a principios de los años 80 del siglo pasado, con la integración del modelo neoliberal a la vida política y económica de diversos países del mundo, entre ellos México. Con dicho modelo llegaron también las reformas económicas que el Banco Mundial (BM) propuso a los países que pasaban por crisis debido a sus deudas, que no eran pocos y entre los que también se encontraba México.

En esta etapa se privilegian las reglas del mercado y se promueve que la política social y sus recursos sean asignados a los sectores de la población que más lo necesitan, para así dotarlos de los elementos mínimos necesarios que le permitirían a la gente estar en igualdad de circunstancias frente al resto de la población y se facilitara su incorporación al mercado.

Las acciones emprendidas en esta segunda etapa tienen que ver con el reconocimiento del Estado de la insuficiencia de recursos y de capacidades para dar solución a todas las demandas y necesidades de la población. En éste periodo, el Estado privatiza, cancela y reduce algunos de los servicios que durante décadas había administrado pero que económicamente se vuelven insostenibles. La política social, forma parte de esas reducciones, por ello es que las herramientas de selección y exclusión resultan tan novedosas y aparentemente efectivas en éste periodo.

Si bien el cambio que la política social ha experimentado a través de las décadas podría traducirse en mejoras, también éste ha producido un cierto distanciamiento de los objetivos que dan origen a la política social, sin olvidar los avances que ésta ha obtenido: “Pese a las innumerables reformas –y, en algunos casos, útiles innovaciones-, la política social parece haber perdido la unidad y el carácter estratégico propio de los estados de bienestar de los países industrializados y de los mejores desarrollos del pasado en América Latina.” (Ocampo, 2008:42) La constante adaptación a los cambios de la sociedad y de los Estados son elementos que, puestos en su debido contexto, nos ayudan a comprender el debate en el que están inmersas las concepciones de la política social.

Referidos los contextos en los que el universalismo y la focalización se han desarrollado, vayamos al debate entre ambas concepciones. De forma muy breve, el debate plantea, por un lado, que el Estado no puede permitirse dar servicios a toda la población sino que los recursos y esfuerzos deben concentrarse en quienes más lo necesitan, mientras que por el otro lado, se plantea que frente al reconocimiento de los Estados de extender a toda la población la educación, salud y servicios sociales lo que busca la política social es cimentarse en principios como la universalidad y no en la selección y exclusión. Lo anterior es muestra de los argumentos que desde cada perspectiva se manejan, cabe destacar que éste es más complejo de lo que a simple vista parece por las implicaciones, actores e impactos que cada una de ellas puede generar.

Iniciamos refiriendo algunos de los argumentos a favor de los partidarios de la focalización, para quienes la premisa es que ésta permite hacer más con menos. “... existe una especie de compromiso lógico entre un mayor grado de focalización y una reducción del gasto social total. Esto se daría porque la focalización permite que, con menos recursos, sea posible alcanzar el mismo impacto sobre la equidad que una política no focalizada” (Paes y de Carvalho:

21). Lo anterior, es uno de los argumentos más fuertes a favor de ésta concepción, ya que el tema de los recursos económicos es, como se comentó en párrafos previos respecto a los cambios en la política social, un factor preponderante en la elección de una u otra junto con el factor político.

La focalización toma fuerza cuando, tras la valoración de los resultados obtenidos por los Estados al operar de manera universal la política social (recordemos que no hay sistemas puros y que no todo ni todos concibieron el bienestar de la misma manera), los países con regímenes de bienestar enfrentaban a mediados de la segunda mitad del siglo pasado dificultades económicas en materia tributaria, deuda y crisis económicas en las que resultaba necesario repensar y ajustar la capacidad del Estado, por lo que al racionalizar el gasto público y establecer criterios de selección para identificar a las personas más necesitadas y pobres, a través de la focalización, se podría ejecutar la política social de una manera más eficiente y tener un mejor efecto redistributivo de los recursos. Esto coincide con la segunda etapa de la política social referida.

Otro de los argumentos a favor de la focalización es que ésta es una herramienta que logra una mejor distribución de los recursos, es decir, al elegir y segmentar a la población más necesitada, el recurso asignado es aplicado de manera adecuada. Diversos estudios han confirmado que una mayor selectividad de los beneficiarios tiene un mejor efecto redistributivo de los recursos, aunque de ello hablaremos más adelante.

Por su parte, los partidarios del universalismo reconocen que la experiencia que dejaron las políticas universales en el siglo pasado, y con las que iniciaron los países industrializados y los llamados países de industrialización tardía, no fueron tan positivas como se esperaba ni cumplieron con la mayoría de las promesas que hicieron. Sin embargo cuentan con elementos para defender su postura en la política social.



El universalismo es visto como una característica del *Estado de Bienestar* social-demócrata y uno de los argumentos a favor es el de la eficiencia de los sistemas sociales. Esto se refiere a los logros que en materia de educación y salud se obtuvieron, aunque en menor medida en el sistema de pensiones. Dichos logros forman parte del gasto social y al estar disponibles para todos se garantiza que quienes más lo necesiten lo tengan, sin que su posición en el mercado laboral o familia intervenga o limite su acceso; habrá entre la población quienes puedan gestionar estas prestaciones por su cuenta en el mercado aunque por parte del Estado lo reciba.

Otro de los argumentos a favor es la “desegmentación social”, específicamente hablamos del acceso a la educación universitaria ya que esta se vuelve el punto de encuentro entre los ciudadanos donde los espacios para ellos son limitados: “En los países industrializados –y, en particular, en los europeos– la universidad pública ha jugado, en efecto, dicho papel.” (Ocampo, 2008: 51) recordemos que los sistemas educativos tienen la función de socialización. Otro argumento a favor de la universalidad es que ofrece un bienestar mínimo a todos los sectores de la sociedad, lo que genera mayor convocatoria de la sociedad y no sólo para un sector de ésta por los beneficios que les ofrece.

Ahora bien, las críticas a la concepción focalizadora de la política social tienen que ver con lo que parece ser un retroceso en la política social (que mencionamos brevemente en párrafos anteriores), es decir, con las crisis económicas de finales del siglo pasado y la llegada de las llamadas Reformas Estructurales y el neoliberalismo, la orientación de la política social fue la de dejar de ver al ciudadano como portador de derechos y concebirlo como un consumidor. Ésta es una de las más fuertes críticas a la concepción focalizadora y que se resume en la fragmentación de los derechos sociales: “Si la política social opera potencialmente como un sistema de desmercantilización de los servicios sociales, en la medida en que los ciudadanos acceden a ellos

en su calidad de portadores de derechos y no como agentes económicos o consumidores, las reformas anularon (o redujeron al mínimo) este efecto desmercantilizador.” (Andrenacci y Repetto, 2006:14) A lo anterior se suma la crítica de que los problemas en los que intervenía el Estado a través de programas focalizados eran de carácter transitorio y coyuntural, por lo que no se atacaban las causas estructurales del problema, lo que generaba la permanencia de la situación en la población.

Otras críticas a la focalización son la acentuación de las jerarquías en la sociedad y el reforzamiento de la desigualdad, la estigmatización de los beneficiarios de los programas, la reducción de la independencia de los ciudadanos respecto al mercado, el alto costo para el Estado de crear sistemas para seleccionar a la población objetivo, el uso de los apoyos otorgados por la política social para fines políticos (clientelismo), la reducción del gasto social (hacer más con menos), entre otras.

Por otro lado, las críticas que se hacen a la concepción universalista también son diversas, sin embargo, son dos las que mayor fuerza tienen. La primera tiene que ver con el tema económico, el cual se ha constituido posiblemente como la principal y más fuerte crítica. Es decir, no basta con garantizar el acceso a los derechos sociales a toda la población sino que hacerlos efectivos requiere de grandes sumas de dinero, mismas que el Estado no siempre puede solventar. En la práctica, el problema tiene que ver con los sistemas tributarios y con la cantidad de presupuesto asignado a la acción específica de la política social.

La siguiente crítica al universalismo tiene que ver con los beneficiarios ya que al tener toda la población acceso a un beneficio o recurso, los estratos medios y altos, o los deciles más altos, son los que se benefician en mayor medida y, aunque los deciles más bajos reciben el beneficio/recurso esto no los pone en la misma posición con respecto a los que más tienen, ya que los estratos

medios y altos bien podrían gestionarlos por su cuenta, por lo que hacerlo así se considera una mala distribución del recurso en la que los más pobres siguen sin colocarse en igualdad de circunstancias.

En la actualidad, autores como María I. Costa, José A. Ocampo, Paes de Barros Ricardo, entre otros, señalan que ambas concepciones no son excluyentes, si bien la política social puede cargarse a una u otra, la utilización de las herramientas que ambas brindan resultan ser complementarias. "La focalización no es la antinomia del universalismo. Puede incluso complementarlo y facilitarlo si contribuye a introducir un mejor aprovechamiento de los recursos existentes, reduciendo duplicaciones y exclusiones y considerando la heterogeneidad en el tipo y magnitud de los problemas que afectan a la población" (Brawermann y Minujin, UNICEF, 1991: 4). Entonces, dependerá de las condiciones de cada país el que predomine una u otra concepción, pero la utilización de ambas y el aprendizaje obtenido hasta el momento generan buenas expectativas al respecto.

El conflicto existente no involucra a la universalización, sino a la provisión pública de los derechos. Hay una gran diferencia entre garantizar que todos tengan acceso a un servicio o un bien dado, y proveerlo de forma universal. Si lo que importa es tener acceso a determinados bienes y servicios, no hay problema en el hecho de que los no pobres garanticen su acceso con recursos propios, de forma que los recursos públicos puedan ser concentrados para beneficiar a los más pobres, que no estarían en condiciones de tener acceso si dependieran de su propio ingreso. En este caso, focalizar el gasto en los más pobres permite que todos tengan acceso al bien o servicio: los más pobres con recursos públicos, los más ricos con recursos propios y los grupos intermedios con recursos privados complementados con recursos públicos (Paes y de Carvalho: 22).

Focalizar puede ser visto entonces como una primera fase hacia el universalismo, o bien, un medio para hacer más eficaz la universalización. Al respecto, Ocampo señala que: "Los mayores niveles de progresividad del gasto público están relacionados estrechamente con la extensión de la cobertura. Por lo tanto, la mejor focalización es la universalización." (2008: 52)

Así, ambas concepciones de la política social son complementarias y no excluyentes entre sí. En diversos documentos de la Comisión Económica Para América Latina (CEPAL) se ha referido la complementariedad de ambas concepciones:

... la universalidad no es incompatible con la posibilidad de establecer criterios de selectividad que establezcan la prioridad de la población más vulnerable para acceder a los recursos públicos requeridos para disponer de servicios o garantías sociales. Por esta razón, la selectividad representa un medio para hacer más eficaz la universalización, teniendo en cuenta la escasez de los recursos públicos y logrando una mayor equidad y eficiencia. (Rubio y Garfias, 2010: 8)

Esto refuerza la idea de un cambio en la concepción de la política social, que de aplicarse adecuadamente las herramientas que ambas concepciones proporcionan se podría llegar a los objetivos esperados. Dicho trabajo en conjunto es el planteamiento en la actualidad del Universalismo Básico (UB) como Filgueira, Molina, Papadópulos y Tobar lo llaman y que tiene como premisa el que los ciudadanos cuenten con la cobertura de prestaciones esenciales y que éstas sean universales y que aprendiendo del pasado se deberá trabajar en la obtención de recursos para poder fortalecer la sostenibilidad de la estrategia.

... corresponde a la esencia misma del UB que la cobertura del conjunto de prestaciones esenciales que lo definen sea universal y que alcance a categorías de población definidas a partir de atributos que todas las personas cumplan; que el Estado garantice el acceso y usufructo de bienes, rentas y servicios de calidad homogénea; y que el universalismo básico ofrezca un conjunto limitado de prestaciones llamadas esenciales. (2006: 40)

El UB plantea entonces una mayor apertura en las estrategias a aplicar dependiendo de las diversas especificidades de cada país, por lo que no se proyecta como un modelo único y cerrado, además, plantea contribuir a eliminar el sesgo funcional e instrumental de la actual política social (focalizadora).

Es probable que el trabajo en conjunto de éstas pueda llegar a confundir respecto a la definición de la política social, sin embargo, en la práctica han sido aplicadas a la par desde sus inicios, las principales diferencias se han dado en la definición teórica de ambas y en que el debate del que forman parte se liga en mayor medida a asuntos políticos.

Ahora bien, es innegable que ambas concepciones han tenido aciertos en la ejecución de los programas previstos por la política social y en la búsqueda de la igualdad. También es innegable que los desaciertos de ambas han generado problemas que se continúan arrastrando al día de hoy y que en un futuro, de no hacer algo, se seguirán arrastrando y agudizando. El debate entre el universalismo y la focalización es parte del quehacer de las políticas públicas y de sus hacedores en el día a día, por lo que la importancia de conocer los fundamentos que tiene la elección de una u otra es evidente.

## **Capítulo 2. El problema público y su tratamiento en México**

### **2.1 Situación de los adultos mayores en México: el problema público**

En las últimas décadas, México ha experimentado diversos cambios demográficos, uno de ellos es el aumento en la esperanza de vida de la población, la cual pasó de 60.9 años en 1970 a 73.6 años en el año 2000 y a 74.7 años en 2014. Otro cambio, es el de la disminución de la fecundidad, la cual, a partir de los años 80 del siglo pasado disminuye rápidamente, dicho cambio se explica en parte con el uso de métodos anticonceptivos en amplios sectores de la sociedad pero también la escolaridad y la incorporación de las mujeres al mercado laboral han influido. Así, la tasa global de fecundidad pasa de 6.3 hijos a mediados de los años 70 del siglo pasado a 2.2 hijos en 2008 (Zavala, 2014:99).

Por otro lado, en décadas pasadas el trabajo realizado en la aplicación de vacunas, construcción de redes de agua potable, alcantarillado, clínicas, entre otras acciones, tuvo como consecuencia la disminución de la mortalidad. Así, tenemos una tasa de mortalidad, fecundidad y de crecimiento poblacional bajo, lo que impacta en las estructuras por grupo de edad de la pirámide poblacional. “La evolución de la mortalidad y de la fecundidad (...) tiene consecuencias significativas en la estructura y en los efectivos de la población, en el pasado, el presente y el futuro. Uno de los resultados más importantes de la reducción de la fecundidad es el envejecimiento previsible de la población.” (Ibídem: 103) Es la llamada transición demográfica, la cual en un primer momento con la disminución de la mortalidad aumenta la población joven y en un segundo momento con la reducción de la fecundidad disminuye la cantidad de niños, por lo que la población que aumenta es la de adultos.

Uno de los efectos de la transición demográfica es el aumento de la población de adultos mayores. El CONAPO señala que en los últimos 15 años la población de adultos mayores en México creció 2.5 por ciento y se espera

que esta tendencia se acelere en los años venideros. Según el documento de *Proyecciones de la población 2010-2050*, publicado por el CONAPO en 2012, para el año 2050 la población de adultos mayores podría representar el 21.5 por ciento de la población total del país, es decir, uno de cada cinco habitantes será adulto mayor, por lo que en la segunda mitad del siglo la población mexicana será menor y de edad avanzada.

El proceso de envejecimiento de la población en México ha sido tardío y veloz. Tardío en cuanto a que otros países comenzaron hace décadas el proceso de transición demográfica, y veloz comparado con países europeos a los que les tomó dos siglos dicha transición (disminución de la mortalidad, aumento de la esperanza de vida, etcétera) y a México le ha tomado menos de un siglo. Así, será en los próximos años cuando se observen incrementos sustanciales en la población de adultos mayores.

A la par del acelerado proceso de envejecimiento de la población, el país enfrenta complejas condiciones en materia de acceso a la seguridad social y sus beneficios (salud, vivienda, pensión, entre otros). El sistema de seguridad social ha estado vinculado a la situación laboral, privilegiando a los trabajadores del sector formal. Según datos de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013 (ENESS 2013) sólo el 26.1 por ciento de los adultos mayores se encuentra pensionado; el 77.2 por ciento de la población se encuentra afiliado a una institución de seguridad social o de salud, de los cuales 45 personas de cada 100 están afiliadas al Seguro Popular, 45 al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y 7 al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el resto a otras instituciones públicas o privadas.

En el capítulo previo referimos que uno de los problemas que los estados de bienestar enfrentaron fue la baja cobertura de la seguridad social, que en el caso de México generó que la mayoría de la población no tuviera acceso a los

diversos beneficios de esta. En el largo plazo la baja cobertura llevó a que las acciones emprendidas por la política social se modificaran de manera tal que muchos de los riesgos sociales el individuo los tuviera que gestionar por su cuenta en el mercado. Pese a las modificaciones en la forma de ejecutar la política social los resultados esperados no se generaron, por lo que la intervención del Estado mexicano ha sido necesaria en la búsqueda de acciones que permitan a la población hacerle frente a los riesgos a los riesgos (salud, vejez, maternidad, vivienda, etcétera).

Aunque el proceso de envejecimiento de la población es natural, México lo vive con grandes problemas, no sólo en su sistema de seguridad social sino en su sociedad y en las propias instituciones encargadas de salvaguardar el bien de los ciudadanos. En el mediano y largo plazo, mayores índices de pobreza, rezago y problemas financieros para el Estado, los cuales no sólo afectarán a los adultos mayores de hoy sino a los que dentro de 10 o 20 años lo serán. Es decir, de continuar con los actuales problemas de cobertura de seguridad social y de cotización en las instituciones encargadas de esto, la población joven, que ahora es suficiente pero de la cual muy poca cotiza y ésta preparándose para la vejez y que en el futuro serán pocos, los recursos obtenidos no serán suficientes para mantener sus pensiones, servicios de salud y demás prestaciones a una población predominantemente envejecida, a la que, de no crear políticas públicas adecuadas hoy, no podrá gestionar los riesgos por su cuenta.

El proceso de envejecimiento lo han vivido países desarrollados como España y Francia, quienes al valorar las tendencias poblacionales tomaron medidas que les permitieran poder enfrentar dicha situación de la mejor manera. Implementaron cambios en sus sistemas de seguridad social para así dar a su población la posibilidad de acceder a un nivel de vida digno al llegar a la tercera edad, lo que sin duda y pese a los problemas que enfrentan hoy en día logró aminorar el golpe para el Estado y la sociedad. La diferencia con



nuestro país es que la inversión de la pirámide poblacional ha sido un proceso más rápido de lo que históricamente fue en países desarrollados. En países desarrollados el proceso duró medio siglo o como en el caso de Francia un siglo, en países como México se prevé que este proceso dure entre 20 y 25 años (Pérez et al, 2011:42).

Por otra parte, **el convertirse en un adulto mayor implica mayores riesgos de salud** y de deterioro físico y mental, esto se traduce en reducidas probabilidades de que se obtenga un empleo que permita alcanzar recursos suficientes para cubrir las necesidades básicas, o bien, conservar, si es que se tiene, el empleo actual. Si a esto le sumamos la baja incidencia de la seguridad social en el país, el alto porcentaje de economía informal, la baja tendencia al ahorro y la inestabilidad laboral (que ocasiona que las personas no cumplan con los años mínimos requeridos para recibir una pensión al final de su vida laboral), el resultado es una alta vulnerabilidad de la población de adultos mayores.

En México, según resultados de la ENESS-2013 sólo uno de cada cuatro adultos mayores son pensionados (26.1%) de los cuales, tres de cada cuatro reciben pensión por parte del IMSS, uno de cada seis por parte del ISSSTE (14.7%) y el resto por parte de otras instituciones (7.5%) (INEGI, 2014:7). Lo anterior reafirma la baja cobertura de la seguridad social y nos lleva a reflexionar sobre el problema de cómo enfrentan los adultos mayores sus diferentes gastos, específicamente aquellos que tienen que ver con salud.

La situación de vulnerabilidad en la que se encuentran muchos adultos mayores se ve acentuada con la pérdida o caída de sus ingresos debido al término de su vida productiva, más aún, en aquellos que no cuentan con ingresos por pensión o jubilación, por lo que muchos adultos mayores continúan trabajando hasta una avanzada edad principalmente en el sector informal. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2014 del

segundo bimestre, la tasa de participación de las personas de 60 años y más en el mercado laboral es de 33.7% y dicha tasa disminuye a un 10.6% en personas de edad avanzada (80 años y más). Datos de la misma encuesta señalan que frente a la vulnerabilidad laboral a la que se enfrenta este grupo etario tres de cada cuatro adultos mayores (74.3%) se ven en la necesidad de continuar trabajando en condiciones de informalidad (INEGI, 2014: 6).

Se suma la alta incidencia de la pobreza y la inequidad social en la que se encuentra este grupo de la población. Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social (CONEVAL) en 2014 el 45.9 por ciento de los adultos mayores se encontraba en situación de pobreza, en alguno de los rubros que esta implica (incluye dos grandes rubros: ingreso del hogar y carencias sociales en materia de educación, salud, seguridad social, alimentación, vivienda, entre otros). Con respecto a la situación de vulnerabilidad el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) señala que la desprotección social en la que viven los adultos mayores es uno de los determinantes del empobrecimiento familiar (2015).

Por su parte, la familia juega un importante papel en la situación de los adultos mayores. Para los que cuentan con familiares, éstos son quienes la mayoría de las veces adquieren la responsabilidad de su cuidado y sustento y quienes podrían asegurarle calidad de vida al adulto mayor: “En este contexto de envejecimiento demográfico, de alta incidencia de pobreza y desigualdad y de escaso desarrollo institucional, es dable esperar que los sistemas de organización familiar se mantengan como espacios privilegiados en que los adultos mayores convivan junto a sus familiares, se vean protegidos, dispongan de alimentación adecuada y accedan a una atención de salud y convivencia humana mínimas” (Guzmán, 2002:12). Ya sea cohabitando o viviendo de manera independiente, la mayor parte de los recursos que reciben los adultos mayores provienen de transferencias familiares, las cuales pueden ser económicas o en especie; las transferencias en especie pueden ser desde

alimentos, ropa, calzado, hasta el tiempo que una persona destine al cuidado, compañía o visitas al adulto mayor.

Una de las razones por las que se decide que el adulto mayor cohabite con otros miembros de la familia (hijos, yernos, nueras, etcétera), se debe a que con ello se reduce el gasto de vivienda, alimentación y cuidado del adulto mayor.

Aunado a lo anterior, los adultos mayores, como parte natural del envejecimiento, presentan diversas enfermedades, entre ellas las de tipo crónico degenerativas, las cuales implican gastos considerables que muchas veces son difíciles de costear por ellos mismos o por sus familiares. Aun así, con respecto al tema de la salud, la familia (cuando el adulto mayor tiene) es quien en la mayoría de los casos funge como soporte de los adultos mayores frente a los altos costos que el deterioro de su salud implica. En México, una de cada tres personas de 60 años o más tiene alguna discapacidad (31.6%) de las cuales la dificultad para moverse, caminar, subir o bajar es la discapacidad que con mayor frecuencia se presenta (71.9%) seguida de la dificultad para ver (32.1%) (INEGI, 2014: 9).

Hasta éste punto se han referido las condiciones que rodean a los adultos mayores y a las cuales se enfrentan y que los convierten en una población vulnerable. En esta investigación sin embargo, nos interesan específicamente los problemas relacionados con la salud. Es claro que la intervención del Estado para intentar aminorar los problemas descritos no ha sido suficiente, sin embargo, hablaremos de la intervención del Estado en el siguiente apartado.

## **2.2 Intervenciones del Estado frente al problema público**

Para ayudar a la población de adultos mayores a afrontar algunos de los problemas a los que se enfrentan como la falta de atención médica, ingresos, educación, entre otras, el gobierno mexicano creó en **1971**, a nivel federal, el

Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) el cual tenía por objetivo “... proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para las soluciones adecuadas” (DOF, 1979: 1). En 2002 por decreto presidencial cambia su nombre al de Instituto Nacional del Adulto en Plenitud, el 25 de junio de ese mismo año se decreta la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores (LDPAM) en donde se establece la nueva denominación del instituto la cual será Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y que es la encargada de promover el desarrollo humano de los adultos mayores, brindándoles atención integral para mejorar su bienestar y calidad de vida a través de diferentes servicios.

Actualmente, el INAPAM es la institución encargada de vigilar la política pública aplicada a este grupo poblacional a nivel nacional y de coordinar la política pública y sus acciones entre las instituciones. A nivel estatal, las secretarías de Desarrollo Social, Salud y Trabajo han implementado programas de apoyo para este subconjunto de la población, los cuales, deben estar supervisados por el INAPAM. Entre los apoyos que el INAPAM brinda a los adultos mayores de manera directa se encuentran: descuentos en diversos establecimientos, servicios y asesorías al presentar la credencial que el instituto otorga, albergue y residencia a quienes no cuentan con recursos económicos o apoyo de algún familiar, orientación jurídica, vinculación laboral, talleres, detección y control de enfermedades.

Por otro lado, a nivel estatal existen otras acciones y programas de apoyo a los adultos mayores. Según datos del CONEVAL en su documento *Inventario 2012 de Programas y Acciones Estatales de Desarrollo Social*, en las 32 entidades federativas operaron en el año referido 84 programas a través de dependencias o entidades locales y con presupuesto estatal enfocadas a éste grupo etario. Lo anterior nos muestra que a nivel local y federal se ha buscado apoyar a los adultos mayores, sin embargo, la permanencia de los programas

depende de los recursos que se le asignan al estado o municipio, por lo que varios de ellos no han tenido continuidad.

Dos programas, los más destacados, sirven de ejemplo de la política pública de apoyo a los adultos mayores en México: el PAM, antes *70 y más*, y Pensión Alimentaria a Adultos Mayores. El primero es un programa federal que otorga recursos de manera bimestral al adulto mayor para que los gaste en lo que necesite; el segundo programa, opera a nivel local en la Ciudad de México y otorga recursos a través de una tarjeta que sólo puede ser usada en establecimientos participantes en la compra de productos de la canasta básica. Ambos programas buscan garantizar un ingreso mínimo a los adultos mayores. El federal, con restricciones en cuanto a que el adulto mayor cumpla con la edad requerida y no perciba ingresos por pensión o jubilación de alguna institución (desde 2012). El local, tiene como requerimiento que tengan 68 años o más y que por lo menos hayan residido tres años en la Ciudad de México.

Si bien ambos programas han destacado de entre las acciones para la protección de éste grupo etario, existen acciones complementarias a estos. A nivel local podemos señalar el programa Visitas Médicas Domiciliarias que son exclusivas para beneficiarios de la *Pensión Alimentaria* en la Ciudad de México. A nivel federal destaca el programa Seguro Popular, el cual pese a no estar enfocado a este grupo, se vincula al programa PAM como parte de una de las acciones dirigidas a la protección social, específicamente, en la que se busca promover el acceso a los servicios de salud a través de la incorporación a dicho programa, lo que ha quedado plasmado en la Reglas de Operación del Programa (ROP). Destaca como componente del programa federal la *Red Social*, la cual proporciona a la población servicios complementarios que les ayuden a hacerle frente al deterioro físico y pérdida de ingresos a los que se enfrentan, además, con esta red se apoya la entrega de los recursos a los beneficiarios y la inclusión a la acciones de protección social. *Red Social* fomenta la participación en actividades como grupos de crecimiento, sesiones

informativas, campañas de orientación, promoción de los Derechos Humanos y de los adultos mayores, inclusión al Seguro Popular, obtención de la credencial del INAPAM, entre otras acciones.

De vuelta a la intervención federal, como antecedente del programa PAM se encuentra el programa *Oportunidades*, hoy *Prospera*. En 2005 se le incorporó al programa *Oportunidades* un componente de apoyo a los adultos mayores, el cual, daba un apoyo económico de \$250 pesos por cada adulto mayor de 70 años o más que formará parte de las familias beneficiarias. Posteriormente, en 2007 se comenzó la transferencia de los beneficiarios al recién creado programa *70 y más*, hoy *PAM*, para así evitar duplicidades en los beneficios otorgados de ambos programas. Desde su creación hasta el 2013 la cantidad que se les daba a los beneficiarios era de \$1,000 pesos bimestrales; en 2013 el monto ascendió a \$1,050 pesos y desde el 2014 a la fecha el monto se mantiene en \$1,160 pesos bimestrales.

Tanto programas federales como locales forman parte de la política pública con la que se busca apoyar a este grupo etario. En nuestro caso, el programa PAM es la intervención de nuestro interés para someter a prueba nuestra hipótesis de trabajo.

### **2.3 El programa Pensión Adultos Mayores: de universal a focalizado**

Como ya se ha referido, el programa PAM ha operado desde ambas perspectivas de la política social en los casi diez años que tiene de existencia. Desde su creación en 2007 hasta 2012 operó como programa universal, dentro de ámbitos geográficos acotados, donde las localidades eran definidas por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y en las cuales todos los adultos mayores de 70 años o más podían acceder a ser beneficiarios de la pensión, Atenea Flores-Castillo señala sobre la universalidad del programa *70 y más* que “... [es] un monto que se entrega a los residentes o ciudadanos de una

demarcación territorial que cumplan con la edad establecida para recibirlo. Es decir, las verificaciones que se realizan para otorgar la transferencia a una persona con ciudadanía o antigüedad de residencia y de edad.” (2013: 11) Estos atributos son los que le confieren el carácter de universal.

A partir de 2012 el programa deja de operar en localidades de hasta 30,000 habitantes a lo largo del territorio nacional y se amplía a todas las localidades en el país sin importar su tamaño, sin embargo, el programa operaría en las nuevas ciudades priorizando las colonias identificadas con alta concentración de pobreza. A lo anterior se añadía que el adulto mayor no debía recibir ingresos por concepto de jubilación o pensión, criterios con los que se establecían mayores medios de verificación para determinar quiénes serían beneficiarios y con los que el programa se focalizaba.

La modificación de los criterios de elegibilidad en P70+ contradice el principio de progresividad y no regresividad en los avances, pues en 2011 ya se había logrado un pilar universal no contributivo (para la población de 70 años y más en localidades de menos de 30.000 habitantes) que se pierde a partir de 2012 al excluir la posibilidad de devenir beneficiarios a quienes perciban un ingreso por jubilación o pensión. (Flores, 2013: 72)

Así, los criterios de selección del programa se han ido afinando año con año, lo que también responde a los cambios en los objetivos que ha experimentado. Con respecto a los cambios, para 2013 se redujo la edad de ingreso al programa a 65 años y se especificaba que podrían ser beneficiarios siempre y cuando los ingresos que recibieran por concepto de jubilación o pensión no fueran de carácter contributivo; en 2014 se declaraba que los potenciales beneficiarios del programa debían ser mexicanos por nacimiento o tener por lo menos 25 años de residencia en el país, además, si recibían ingresos por pensión contributiva esta tendría que ser menor a \$1,092 pesos mensuales, al día de hoy dichos criterios de selección permanecen vigentes.

## 2.4 Vulnerabilidad de los adultos mayores en materia de salud

En el primer apartado referimos que uno de los problemas a los que se enfrentan los adultos mayores, como parte natural del envejecimiento, es el deterioro físico y mental con presencia de enfermedades crónico degenerativas. Dichas enfermedades no sólo afectan el ámbito físico sino que afectan también el ámbito familiar, social, económico el cual puede llevar a la población descrita a caer en situación de vulnerabilidad sin que sus redes de apoyo familiar y social puedan evitarlo. “Debido a la baja prevalencia de la cobertura de seguridad social (pensión y atención médica) en México, muchas personas dependen de programas públicos como el SPS [Seguro Popular de Salud] e incurrir en importantes gastos de bolsillo en salud” (Águila, Emma, et. al. 2011: 26). La poca autonomía económica de la que gran parte de los adultos mayores dispone, los vuelve más dependientes de familiares o terceros durante el proceso de envejecimiento y frente al deterioro de su salud.

La diabetes, enfermedades del corazón, hipertensión, enfermedades cerebro-vasculares, entre otras, son las principales causas de muerte entre los adultos mayores. Además, para muchos adultos mayores estas enfermedades no se presentan solas, es decir, pueden estar presentes dos o más enfermedades crónicas no transmisibles a las cuales se les suman problemas de salud mental y geriátricos, como lo son caídas, deterioro sensorial, limitaciones en actividades instrumentales de la vida diaria (hacer las compras, cocinar, manejar dinero), entre otras.

Según información del INEGI del 2014 la depresión, los trastornos mentales y de comportamiento en el adulto mayor representaron en los egresos hospitalarios el 12.3% y el 13.5% respectivamente. La depresión es calificada por la Organización Mundial de Salud (OMS) como la enfermedad mental que más afecta a la población en general, frente a la cual los adultos mayores en México no son la excepción. La depresión es considerada uno de los factores



de riesgo más comunes en el suicidio de los adultos mayores; ésta se relaciona con enfermedades en el adulto mayor como lo son las cardiovasculares, trastornos neurológicos, enfermedades metabólicas o de nutrición, efectos de algunos fármacos, entre otros (Sotelo *et al.* 2012), sin olvidar que la depresión tiene una variedad de causas por lo que las situaciones psicosociales, los efectos del envejecimiento en la salud mental y factores socio ambientales pueden influir en la aparición de ésta en los adultos mayores.

Pese a los avances de los últimos años en la cobertura en salud, la alta demanda, falta de medicamentos, materiales y calidad en el servicio, así como la falta de infraestructura y de disponibilidad de recursos genera que los afiliados, entre ellos los adultos mayores, al sistema de salud del IMSS, ISSSTE y del Seguro Popular no reciban servicios de salud adecuados, aunque esto también se da entre quienes no son beneficiarios de algún seguro de salud ya sea público o privado. En ambos casos, se puede generar que los adultos mayores o sus familias realicen desembolsos considerables para poder cubrir la atención médica del adulto mayor en el momento que se requiere, sin embargo, habrá situaciones en las que no se puede costear y en consecuencia no puedan acceder al tratamiento, o bien, al ya no poder costearlo que lo abandonen.

El panorama en salud de los adultos mayores en muchos casos pareciera prevenible, el ideal sería la detección oportuna, el control o la atención de emergencias. Sin embargo, no siempre es así, por lo que es importante enfatizar en la población la importancia de la prevención y atención médica oportuna para evitar, en la medida de lo posible, la dependencia funcional cuando se llega a ser adulto mayor. A los problemas en salud se agrega el problema en el acceso a los servicios médicos y en consecuencia a la posibilidad de contar o no con el tratamiento adecuado, ya que esto no siempre está al alcance de todos, incluso para quienes cuentan con cobertura médica. De ahí la importancia del GBS y de cuándo este se convierte en catastrófico.

Por Gasto de Bolsillo en Salud se entienden los gastos realizados en el pago de honorarios, compra de medicamentos, aparatos médicos, hospitalización y en medicina alternativa o tradicional, descontando aquello que es deducido a través de un seguro privado o sistema de salud que realizan los hogares. El *gasto de bolsillo en salud* es el pago de servicios de salud como forma de financiamiento privado de las personas, independientemente de si estos se encuentran o no afiliados a algún seguro de salud. Dicho gasto puede llegar a convertirse en un gasto catastrófico que tenga por resultado el empobrecimiento de la familia, la pérdida del patrimonio, endeudamiento, entre otros. “El financiamiento a través de pagos directos de bolsillo tiende a ser inequitativo, y es susceptible de generar altos costos para el sistema y riesgos de empobrecimiento para las familias” (Knaul et al., 2005: 56). Por gasto catastrófico nos referimos a la capacidad de pago que tienen los hogares con respecto al gasto en salud.

En los hogares con adultos mayores hay un mayor riesgo de que no se puedan financiar los servicios de salud o se deje de hacerlo debido, posiblemente, a la frecuencia en la que se presenten los problemas de salud o la gravedad y gasto que la enfermedad representa. Sesma (2005), señala que los gastos excesivos en salud llevan a muchas familias a utilizar sus ahorros, endeudarse, vender su patrimonio o prescindir de otros bienes o servicios para cubrir los gastos generados por una enfermedad, un problema adicional es que las consecuencias de estos gastos pueden pasar de una generación a otra. Por lo anterior, no es de sorprender que los hogares que combinan o cuentan con atributos como bajos ingresos, sin seguro de salud, en localidades rurales y donde hay adultos mayores y/o niños, sea más frecuente que los gastos en salud se conviertan en *gasto catastrófico*.

La Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) realizó en 2011 una encuesta en puntos de afluencia sobre los adultos mayores y la salud, en la cual se encontró que el gasto mensual promedio en salud en 2011,

específicamente en medicinas y médicos especialistas, es el segundo concepto de gasto de los adultos mayores y es de \$2,228 pesos y el gasto promedio mensual en enfermedades crónico o discapacidades fue de \$513 pesos. La cifra es alta y representa una buena parte de los ingresos del adulto mayor y de sus familias.

El programa *Pensión para Adultos Mayores* (PAM) ha buscado reducir la vulnerabilidad de los adultos mayores que no cuentan con seguro de salud ni reciben ingresos por pensión o jubilación, ya que se sabe por diversos estudios que en los hogares con presencia de adultos mayores el gasto de bolsillo en salud aumenta (Torres y Knaul, 2003; Sesma, 2005; Pérez Rico, 2008; Instituto Nacional de Geriátría, 2016, entre otros) de tal manera que: "... es de esperarse que los hogares con un mayor número de niños y personas en edad avanzada gasten en salud una mayor proporción de su ingreso..." (Torres, Ana Cristina y Felicia Marie Knaul, 2003: 211), entonces, las transferencias que da el gobierno federal al adulto mayor se pueden sumar al ingreso del hogar y con esto ayudar a cubrir los gastos en salud, que la nula o limitada cobertura en salud no logra cubrir.

Así, la población de adultos mayores en México enfrenta el proceso de envejecimiento no sólo desde los cambios que la familia ha experimentado en décadas pasadas, sino que muchos de ellos también lo enfrentan fuera de lo que, originalmente, el Estado de Bienestar pretendió fueran beneficios para la mayor parte de la población, es decir, con acceso al sistema de seguridad social y sus beneficios. Sin embargo, hoy son pocos los adultos mayores que gozan de los beneficios prometidos, mientras la mayoría busca a través de diversas redes allegarse recursos, protección, alimento, vivienda y salud. Lo anterior nos da elementos informativos que nos permiten dimensionar la situación de los adultos mayores en materia de salud y la magnitud de los gastos que dicho rubro representa para el hogar y cómo estos pueden convertirse en catastróficos.

## Capítulo 3. Metodología

### 3.1 Pregunta de investigación, hipótesis y objetivo

La forma en la que los hogares enfrentan el gasto en salud es diversa, es decir, hay quienes cuentan con acceso al sistema de salud público y lo utilizan, quienes recurren al sistema privado, quienes son derechohabientes de la seguridad social o Seguro Popular y recurren al seguro privado (insatisfacción con los servicios, tiempos de espera, falta de medicamentos, etcétera) o que por diferentes razones no pueden acceder a servicios de salud, por lo cual inciden en el llamado gasto de bolsillo.

El tema de los recursos económicos, específicamente en los hogares con adultos mayores, nos lleva a que muchos de ellos se mantienen económicamente activos hasta una edad avanzada para poder seguir percibiendo algún ingreso, a esto se suma la dependencia económica y física, misma que se va acentuando con el paso de los años. En ese sentido, el apoyo que el programa PAM les proporciona a los adultos mayores, forma parte del ingreso de los hogares y aunque no está condicionado a que el beneficiario lo use para cubrir gastos en materia de salud, se sabe que los hogares donde hay menores y adultos mayores el gasto en ese rubro es mayor (Sesma, 2006).

Las modificaciones a la forma en la que los recursos, específicamente a través del programa PAM, se distribuyen y con ello la concepción de la política social, son el eje rector de la presente investigación con respecto al GBS y aquel que se convierte en GCS en los hogares con beneficiarios del programa. De lo anterior, surge nuestra pregunta de investigación: ¿Cuáles son las diferencias en el gasto en salud que se convierte en catastrófico en los hogares con beneficiarios del programa PAM, cuando éste era universal y ahora que es focalizado?

Para responder a dicha pregunta se plantearon tres objetivos: 1) Identificar los hogares beneficiarios, en 2010 y 2014, que cayeron en gasto catastrófico y, 2) Analizar si existen diferencias significativas entre los hogares beneficiarios de 2010 con respecto a 2014 que puedan relacionarse con la forma de operación del programa (universalismo y focalización) y, 3) describir el gasto de bolsillo de los hogares beneficiarios en 2010 y 2014. La idea es saber si la modificación de la concepción de la política social en la operación del programa PAM ha generado diferencias en los hogares en cuanto al gasto en salud, lo cual queda planteado en la hipótesis de trabajo.

La hipótesis que se puso a prueba es la siguiente: La política pública focalizada de apoyo a los adultos mayores muestra una mayor reducción en la proporción de hogares con gasto catastrófico en salud con respecto de la política de carácter universal.

### **3.2 Fuentes de información**

Para poner a prueba nuestra hipótesis y dar respuesta a la pregunta de investigación se utilizó la metodología cuantitativa a través de la información estadística disponible de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto en los Hogares (ENIGH) de los años 2010 y 2014. Lo anterior debido a que la información más completa respecto al gasto e ingreso en los hogares con al menos una persona de 70 años o más la encontramos en esta encuesta.

La ENIGH es aplicada a nivel nacional cada dos años por el INEGI sus resultados son representativos a nivel nacional. En el documento de presentación de la ENIGH se señala que el objetivo general de la encuesta es: “Proporcionar un panorama estadístico del comportamiento de los ingresos y gastos de los hogares en cuanto a su monto, procedencia y distribución; adicionalmente ofrece información sobre las características ocupacionales y

sociodemográficas de los integrantes del hogar, así como las características de la infraestructura de la vivienda y el equipamiento del hogar.” (INEGI, 2016:1)

A través de la ENIGH se identificaron los hogares con miembros beneficiarios del programa PAM, siendo el hogar nuestra unidad de estudio, y a través de los cuales nos podemos aproximar al gasto en salud de los adultos mayores (ya que no hay un estudio o base de datos específico cómo y en qué gasta éste grupo etario) con el detalle que requerimos para la presente investigación.

Existen otros estudios como el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) que es un estudio panel que proporciona información sobre la salud, condiciones socioeconómicas, estructura y arreglos familiares, ingresos y bienes, entre otras. Sin embargo, aunque se pueden identificar a los beneficiarios de programas para adultos mayores no se pueden distinguir los que reciben el programa PAM de otros programas locales ya que se encuentran agrupados, algo similar sucede con los ingresos y gastos.

### **3.3 Población objetivo**

La población objetivo de la presente investigación son los hogares que cuenten con al menos un integrante de 70 años o más<sup>1</sup> y que sea beneficiario del programa PAM, antes *70 y más*.

Como ya señalamos, nuestra unidad de estudio son los hogares. En la publicación electrónica *Cuéntame* del Censo 2010 se define hogar como: “... el conjunto de personas que pueden o no ser familiares, que comparten la misma vivienda y se sostienen de un gasto común. Una persona que vive sola también constituye un hogar.” (INEGI, 2011).

---

<sup>1</sup> De los hogares seleccionados se excluyen a todas las personas que no tienen relación de parentesco con el jefe del hogar

Para poder comparar los hogares de ambos años fue necesario, en la medida de lo posible, hacer grupos comparables. Como primera etapa se identificaron los hogares en los que: 1) en el hogar hubiera por lo menos un adulto mayor de 70 años o más y, 2) que al menos uno fuera beneficiario del programa PAM. En este punto es importante señalar que si bien, para el 2014 el programa redujo la edad de ingreso al programa a los 65 años, para que la información pudiera ser comparable se decidió seguir sólo con beneficiarios de 70 años o más en dicho año. De esta manera se determinó la suficiencia de casos en ambas bases de datos de la ENIGH para poder realizar un análisis cuantitativo. Es importante señalar que no se tomaron en cuenta criterios importantes como lo es el tamaño de localidad para la elección de los casos a estudiar, debido a la insuficiencia de casos en la ENIGH ya que algunos de los criterios no son comparables.

Hecho lo anterior, se comenzaron a construir las variables para obtener el GBS, necesario para poder identificar los hogares de nuestra población objetivo que cayeron o no en GCS.

### **3.4 Descripción y construcción de la variable dependiente**

La variable dependiente es el **gasto de bolsillo en salud que se vuelve catastrófico** en nuestra población objetivo. En el documento metodológico sobre gasto catastrófico por motivos de salud de la OMS escrito por Ke Xu se define al gasto de bolsillo como:

Los gastos de bolsillo en salud engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial. Es importante señalar que al gasto de bolsillo debe ser deducido cualquier reembolso realizado por un seguro. (2005: 3).

Por su parte cuando se habla de *gasto catastrófico en salud* se refiere a la capacidad de pago que tienen los hogares con respecto al gasto en salud, es decir: "... no debe asociarse exclusivamente con una atención médica de alto costo, un servicio de urgencias, una hospitalización, el tratamiento de una enfermedad crónica o una discapacidad. Se trata de un concepto relativo a la capacidad pago. Así, una familia muy pobre puede incurrir en un gasto catastrófico con la simple compra de un medicamento" (Sesma Vázquez et al. 2005:38). Se dice que un hogar se encuentra en situación de *gasto catastrófico* cuando el gasto de bolsillo en salud equivale o es mayor al 30 por ciento de los ingresos, descontando de estos el gasto en alimentos.

El porcentaje del GBS del ingreso del hogar varía entre un autor y otro, en nuestro caso, tomamos como referente la metodología de la OMS en el documento *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología*, en el que se señala que: "Los gastos catastróficos por motivos de salud ocurren cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan 40% o más de su capacidad de pago. El nivel de 40% puede ser modificado de acuerdo a la situación específica de cada país." (Ke Xu, 2005:5). En nuestro caso, diversos estudios coinciden en que para países como México establecer el 30 por ciento como referente para identificar los hogares en los que haya habido gasto catastrófico es adecuado (Sesma et al. 2005; Knaul et al. 2005; Torre y Knaul, 2003, Secretaria de Salud, 2015, entre otros).

El documento metodológico referido de la OMS señala que para obtener el **GCS** es necesario contar con las variables: Gasto de Bolsillo en Salud, Capacidad de Pago de los Hogares, Gasto de Subsistencia de los Hogares y Línea de pobreza, Capacidad de Pago, Gasto en Alimentación y Gasto de Consumo de los Hogares.

Para poder obtener el GCS de los hogares de nuestra población objetivo, primero se deflactó el gasto por rubros y el ingreso de ambos años a agosto de



2014, utilizando la metodología para la medición de la pobreza del CONEVAL<sup>2</sup> utilizando el Índice Nacional de Precios (INPC). Es decir, ya que los ingresos y gastos son registrados de manera trimestral sin tomar en cuenta la inflación del mes en el que se adquirió el bien o servicio es necesario adaptar los ingresos y gastos del 2010 tomando como base los precios de agosto de 2014. Lo anterior, permite que la información sea comparable, ya que los ingresos y gastos reportados por el INEGI de manera trimestral no toman en cuenta la inflación del mes en el que se adquirió el bien o servicio.

Una vez deflactados tanto el ingreso monetario como el gasto a precios de agosto de 2014 se hicieron los siguientes pasos:

1. Para obtener el **Gasto de Bolsillo en Salud (GBS)** se sumaron las claves de gasto J001 a J069 (que corresponden a los *ítems* de salud) reportadas por cada hogar en la ENIGH, descartando las claves J070 a J072 que corresponden a cuotas que se pagan a hospitales o clínicas, compañías de seguros y al Seguro Popular<sup>3</sup>.

$$\text{GBS} = (\text{J001} + \text{J002} + \dots + \text{J069})$$

2. El **Gasto de Consumo de los Hogares (GCH)** que es el **Ingreso Efectivo (IE)**, se construyó con el **Gasto Corriente Monetario (GCM)**, el cual comprende todos los gastos de los hogares en compras de bienes y servicios para su consumo. Para esto se tomó en consideración el gasto en alimentos, alcohol y tabaco, vestido y calzado, vivienda, salud, limpieza, cristalería y blancos, educación, recreación, comunicaciones, cuidado personal, accesorios personales, transporte y otros gastos.

---

<sup>2</sup> Consultar la siguiente dirección electrónica:

<http://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Programacalculopobreza2015/Pobreza2015CONEVALSPSS.zip>

<sup>3</sup> En la ENIGH los gastos son reportados a través de claves, las cuales permiten identificar el gasto específico del que se trata.

IE=GCM= (alimentos + vestido y calzado + cristalería y blancos + vivienda + salud + limpieza + educación + recreación + comunicaciones+ cuidado personal+ accesorios personales+ alcohol y tabaco + transporte + otros gastos)

3. El **Gasto en Alimentación (GA)** es la cantidad que los hogares gastan en todos los alimentos que se consumen en el hogar, excluyendo el gasto de bebidas alcohólicas y tabaco. Para los fines de esta investigación este gasto se refiere al **Gasto Monetario en Alimentos (GMA)**, el cual es el resultado de la suma del gasto monetario de los hogares correspondiente a las claves A001 a A222 y del A242 a A247, en los que se descuentan los gastos en bebidas alcohólicas, cigarros y puros (claves A223 a A241).

$$GA= GMA= (A001 + A002+... A222+ A242 + A243 +... A247)$$

4. Después se obtuvo el **Gasto de Subsistencia del Hogar (GSH)**, el cual es definido por la OMS como:

El gasto de subsistencia es el gasto mínimo requerido para mantener un nivel de vida básico. (...) Para estimar el nivel de subsistencia se utiliza una línea de pobreza basada en la proporción del gasto en alimentos. La línea de pobreza se define como el gasto promedio *per capita* en alimentos de aquellos hogares cuya proporción de gasto en alimentos del gasto total se encuentra entre el 45 y el 55 percentil de toda la muestra de la encuesta. (2005:4)

Se obtuvo de la siguiente manera:

- a) Se calculó la proporción del **gasto en alimentos (GMA)** respecto al gasto corriente del hogar (**GCH**):

$$Proporcion\ del\ GMA = \frac{GMA}{GCH}$$

- b) Después, se obtuvo el **factor de ajuste (fa)** con la escala de equivalencia para cada uno de los hogares:

$$fa = tamhogar^{0.56}$$

Donde el valor del parámetro es 0.56, el cual es un valor estimado con base en 59 países. Así, el procedimiento a seguir es:

- c) Se calcula el **gasto en comida equivalente** (*gce*) el cual se obtiene de la división del *GMA* entre el *fa*:

$$gce = \frac{GMA}{fa}$$

- d) A continuación, se identifican los hogares en los que la proporción del gasto en alimentos se encuentre entre los percentiles 45 y 55, en este procedimiento se aplica el factor de expansión o ponderador (*Ibíd*em, 5)

- e) Se calcula el gasto *per capita* de subsistencia equivalente (*LP*). La *LP* es igual al promedio del **gce de los hogares que forman parte de los percentiles** del 45 a 55. (*Xu, 2005: 3*)

- f) Por último se obtiene el *GSH* como:

$$GSH = LP * fa$$

**5. La Capacidad de Pago de los Hogares** (*CPH*) se refiere a los **IE** (*GCM*) del hogar que están por encima del (*GSH*). Sin embargo algunos hogares pueden reportar que su gasto en alimentos es menor a su gasto de subsistencia ( $GSH > GMA$ ).

Esto indica que el gasto en alimentos del hogar es menor que el estándar estimado de pobreza de ese país. Esta situación puede ser debida al hecho de que el gasto en alimentos reportado no haya tenido en cuenta los cupones de alimentos o los subsidios alimentarios o los productos elaborados por la propia familia, o si algunas familias pagan precios inferiores por los alimentos. En este caso en particular se utiliza el gasto no alimentario. (*Ibíd*em, 5)

Es decir, la **CPH** se calculó de la siguiente manera:

$$CPH = GCM - GSM \text{ si } GSH \leq GMA$$

$$CPH = GCM - GMA \text{ si } GCM > GMA$$

6. La proporción del GBS con respecto a la CPH, se obtuvo de la siguiente manera:

$$PGBS = \frac{GBS}{CPH}$$

7. Finalmente, el **GCS** se refiere a aquellos hogares en los que el **GBS** representó el 30% de su **CPH**. Este se obtiene creando una variable dicotómica que toma el valor 1 cuando el hogar cae en gasto catastrófico y el valor 0 cuando el hogar no cae en gasto catastrófico, siguiendo la siguiente regla:

$$PGBS \geq 0.30 \rightarrow \text{Cayó en gasto catastrófico}$$

$$PGBS < 0.30 \rightarrow \text{No cayó en gasto catastrófico}$$

### **3.5 Identificación de los hogares con beneficiarios del programa PAM**

La identificación de nuestra población objetivo se realizó a partir de la selección, en ambos años de la ENIGH, de aquellos hogares que tuvieran por lo menos un integrante de 70 años o más. Posteriormente, de entre los hogares con adultos de 70 años o más se identificó a aquellos que reportaran ingresos por transferencia por parte del programa PAM. Así, el programa PAM es observado en dos momentos, primero, cuando este opera como programa universal (que corresponde a la ENIGH 2010) y segundo, cuando opera como programa focalizado (en la ENIGH 2014).

Al respecto, es necesario señalar que la decisión de trabajar sólo con los hogares que cuentan con adultos de 70 años pese al cambio que el programa tuvo en 2013 (año en el que se redujo la edad de ingreso al programa a 65

años), se debió a que al delimitar bajo este criterio la selección de hogares en la ENIGH 2014 la información de ambos años puede ser comparable con base en el principal criterio de asignación del programa.

### 3.6 Técnicas estadísticas

La técnica de análisis estadístico utilizada en el presente estudio fue la prueba de hipótesis para diferencia de medias y la prueba de hipótesis para diferencia de proporciones.

#### 3.6.1 Prueba de hipótesis de diferencia de medias para muestras independientes

La prueba de hipótesis de diferencia de medias se utiliza para probar una afirmación con respecto a dos poblaciones bajo el supuesto de que son dos muestras aleatorias independientes de poblaciones normales, con medias desconocidas y varianzas desconocidas pero iguales.

En nuestro caso la población  $X$  corresponde al año 2010 y la población  $Y$  al año 2014, donde las medias son  $\mu_{2010}$  y  $\mu_{2014}$  y las varianzas  $\sigma_{2010}^2$  y  $\sigma_{2014}^2$ .

La hipótesis de éste trabajo se refiere a que la política pública focalizada de apoyo a los adultos mayores muestra una mayor reducción en la proporción de hogares con gasto catastrófico en salud con respecto de la política de carácter universal. En este caso,  $\mu_{2010}$  se refiere al promedio del GBS cuando el programa era universal en 2010 y  $\mu_{2014}$  se refiere al promedio del GBS 2014 cuando el programa ya opera como focalizado. De manera que la hipótesis nula ( $H_0$ ) que se quiere contrastar en esta investigación frente a la hipótesis alternativa ( $H_1$ ) se operacionaliza como:

$$H_0: \mu_{2010} \leq \mu_{2014} \text{ vs. } H_1: \mu_{2010} > \mu_{2014}$$

El estadístico  $t^*$  es la prueba a través de la cual se realiza el contraste de medias y se obtiene con la siguiente fórmula:

$$t^* = \frac{(\bar{X} - \bar{Y})}{\sqrt{\frac{S_c^2}{n} + \frac{S_c^2}{m}}}$$

En donde  $\bar{X}$  corresponde a la media del GBS de 2010 e  $\bar{Y}$  corresponde a la media del GBS en 2014;  $n$  es el tamaño de muestra de 2010 y  $m$  el tamaño de muestra de 2014.

Por otro lado,  $S_c^2$  se refiere a la varianza conjunta, la cual utiliza las dos varianzas muestrales para obtener una sola estimación de la varianza poblacional, donde  $S^2$  corresponde a la varianza de cada muestra y  $n$  y  $m$  el tamaño de la muestra de cada año. La varianza conjunta se obtiene con base en la siguiente fórmula:

$$S_c^2 = \frac{(n-1)S_{2010}^2 + (m-1)S_{2014}^2}{n+m-2}$$

La región de rechazo de la prueba de hipótesis se construye a partir de todos los valores para los cuales rechazamos  $H_0$ , los cuales identificamos a partir de un valor crítico ( $t^*$ ), el cual marca el inicio de los valores de la región de rechazo. “La región crítica, región o zona de rechazo de una prueba de hipótesis es el área de la distribución del estadístico que corresponde al conjunto de valores del estadístico de prueba que se encuentran alejados de  $H_0$ , por lo cual hacen que se rechace. De manera que la probabilidad que se acumula en ella es igual al nivel de significancia ( $\alpha$ )” (Luna, 2015: 44). En este caso la prueba de diferencia de medias es de cola derecha, por lo que la regla de decisión es: se rechaza  $H_0$  si  $t^* \geq t_{(n+m-2, \alpha)}$ , no rechazar  $H_0$  en caso contrario.

### 3.6.2 Prueba de hipótesis de diferencia de proporciones para dos poblaciones independientes

Se asume que ambas muestras son independientes, aleatorias y con un tamaño de muestra suficiente para que la distribución de ésta pueda ser normal. En esta prueba, se contrastan las siguientes hipótesis:

$$H_0: p_{2010} \leq p_{2014} \text{ vs } H_1: p_{2010} > p_{2014}$$

Donde  $p$  se refiere a que la proporción de hogares que caen en GCS y que en la hipótesis nula ( $H_0$ ) se plantea que dicha proporción es **menor o igual** en hogares con beneficiarios del programa PAM cuando este opera a través de un sistema universal con respecto a cuándo el programa opera de manera focalizada. En contraparte, la hipótesis de trabajo ( $H_1$ ) plantea que la proporción de hogares que caen en GCS en los hogares con beneficiarios del programa PAM **es mayor** cuando el programa se opera como universal que cuando se opera como focalizado.

El estadístico de prueba es el siguiente:

$$Z^* = \frac{(\hat{p}_{2010} - \hat{p}_{2014})}{\sqrt{(1 - \hat{p}_c) \left( \frac{1}{n} + \frac{1}{m} \right)}}$$

Donde  $\hat{p}_c$  es la proporción conjunta de ambas muestras y se obtiene de multiplicar el tamaño de muestra de cada año por la proporción estimada de su respectivo año y de dividir el resultado obtenido entre la suma de los dos tamaños de muestra ( $n$  corresponde al tamaño de muestra 2010 y  $m$  al de 2014), es decir:

$$\hat{p}_c = \frac{n \hat{p}_{2010} + m \hat{p}_{2014}}{n + m}$$

La región de rechazo para la prueba se construye de la misma manera que en la prueba de diferencia de medias, por lo que finalmente, la regla de decisión en esta prueba de diferencia de proporciones (también de cola derecha) es: rechazar  $H_0$  si  $Z^* \geq Z_\alpha$  no rechazar  $H_0$  en caso contrario.

Finalmente, el procesamiento de la ENIGH 2010 y 2014 se realizó en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) V.22 y los resultados de las pruebas de hipótesis se realizaron en Excel.



## Capítulo 4. Análisis de resultados

El presente apartado consiste en la descripción de las principales características sociodemográficas de la población objetivo, como lo son escolaridad del jefe del hogar, promedio de adultos mayores por hogar, tipo de localidad, etcétera. Además, se presenta el análisis del Gasto de Bolsillo en Salud y del que se vuelve Gasto Catastrófico en Salud para los años 2010 y 2014.

### 4.1 Características sociodemográficas de los hogares

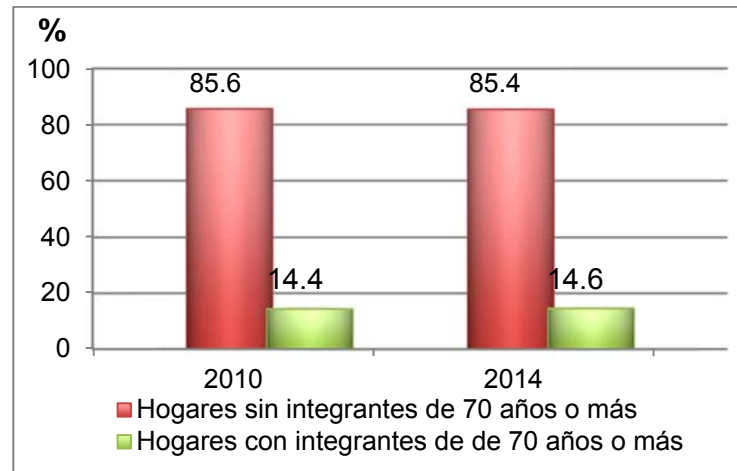
Con base en los descriptivos se observa que los hogares 2010 y 2014 que conforman la población objetivo son parecidos en su composición, jefatura, escolaridad del jefe del hogar, entre otros. El tipo de localidad sí es una diferencia entre ambas poblaciones, mientras en 2010 los hogares beneficiarios residen principalmente en localidades rurales, en 2014 dicha población es predominantemente urbana, lo que se explica por el cambio en las Reglas de Operación del Programa en 2012.

#### a) Número de hogares con presencia de adultos mayores de 70 años o más.

Con la información recolectada por el INEGI a través de la ENIGH 2010 y 2014 podemos saber algunas de las características de los hogares donde hay adultos mayores y, específicamente, aquellos donde hay por lo menos un beneficiario del programa PAM. A nivel nacional se contabilizaron 29,556,772 hogares en 2010 y 31,671,002 hogares en 2014. De estos hogares, en uno de cada cinco vive por lo menos un adulto mayor de 70 años o más. En la **Gráfica 1** se observa que no hubo un cambio estadísticamente significativo en el porcentaje de hogares con adultos de 70 años o más de 2010 a 2014, la diferencia de 0.2 puntos porcentuales entre ambos años responde al proceso de envejecimiento de la población mexicana, sin que se observe que en el

periodo de cuatro años (entre una medición y otra) el incremento de dicha población se haya visto acelerado.

**Gráfica 1. México. Distribución de los hogares según si tienen o no integrantes de 70 años o más, 2010 y 2014**



N<sub>2010</sub>=29,556,772  
N<sub>2014</sub>= 31,671,002

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

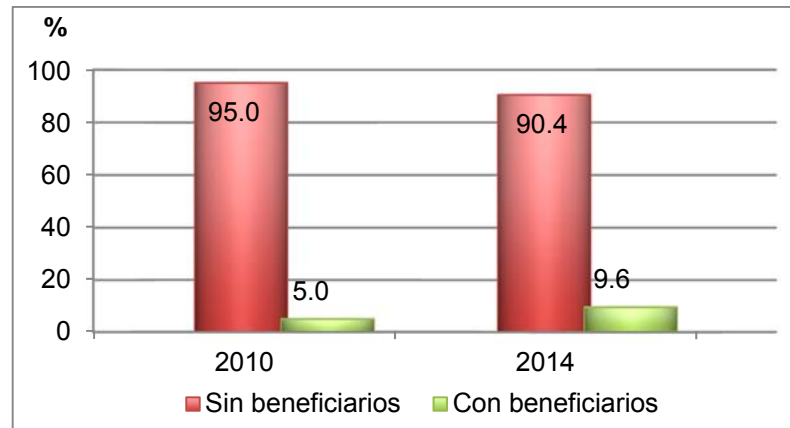
A nivel nacional, en ambos años de la ENIGH el promedio de adultos de 70 años o más por hogar es de 0.18 adultos por hogar, es decir, menos de un adulto de 70 años o más por hogar, lo que se explica porque la presencia en los hogares de adultos de 70 años o más a nivel nacional es de menos de una quinta parte.

Limitados a los hogares en los que se sabe que hay presencia al menos de un adulto de 70 años o más en la ENIGH 2010 y 2014, el promedio de adultos de 70 años o más por hogar permanece sin cambios estadísticamente significativos: en 2010 hay en promedio 1.28 adultos de 70 años o más por hogar y en 2014 dicho promedio fue de 1.27 adultos por hogar.

Ahora bien, de los hogares con presencia de por lo menos un adulto mayor de 70 años o más, sólo en el 5.0 por ciento en 2010 reportó un beneficiario del entonces programa *70 y más*, esta cifra aumentó al 9.6 por ciento en 2014 (**Gráfica 2**). Lo que nos muestra lo anterior es que pese a que disminuyó la

edad de ingreso al programa y se amplió a zonas urbanas (en las que a partir de ese momento predominarían los beneficiarios), en cuatro años sólo aumentó 4.6 puntos porcentuales el número de beneficiarios.

**Gráfica 2. México. Distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más según si tiene beneficiarios del programa Pensión para Adultos Mayores, 2010 y 2014**



N<sub>2010</sub>= 29,556,772

N<sub>2014</sub>= 31,671,002

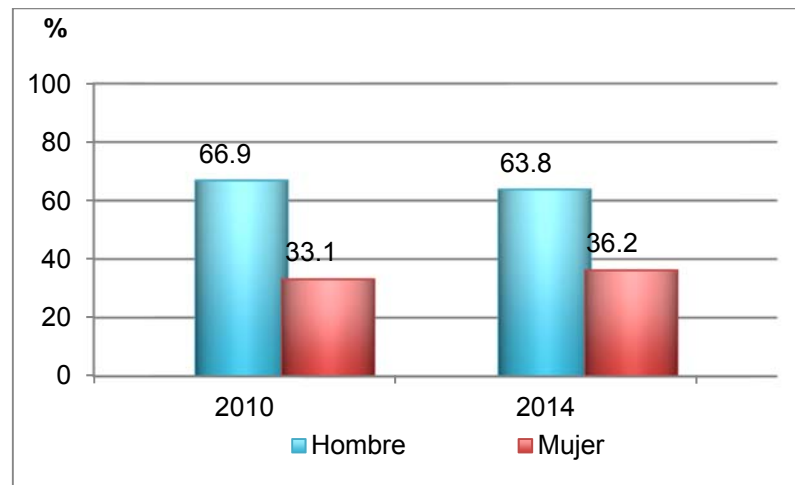
Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

Los hogares en los que se identificó por lo menos un adulto de 70 años o más que fuera beneficiario del programa PAM, son los que componen nuestra población objeto de estudio en ambos años. A éste grupo de hogares, nos referiremos de ahora en adelante como **población objetivo**, a la cual describiremos a continuación.

### b) Sexo del jefe del hogar

En los hogares de nuestra población objetivo, en ambos años, la jefatura del hogar es predominantemente masculina. Dos terceras partes de los hogares son jefaturados por hombres. Cabe señalar que de 2010 a 2014 se da un incremento de 3.1 puntos porcentuales de los hogares que son dirigidos por una mujer. (Ver Gráfica 3).

**Gráfica 3. Distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiario del programa Pensión para Adultos Mayores según el sexo del jefe del hogar, 2010 y 2014**



n 2010= 1,459,554

n 2014= 2,374,763

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014

### **c) Edad del jefe del hogar**

La presencia y papel de los adultos mayores en los hogares no se limita a ser sujetos al cuidado de otros miembros del hogar, sino que en muchos casos son ellos quienes tienen el rol de jefe del hogar, que les es asignado ya sea por su edad y/o una cuestión de respeto y en otros casos, porque son ellos quienes efectivamente dirigen el hogar. En la mayoría de los hogares de nuestra población objetivo se observa que es un adulto de 70 años o más el jefe del hogar (78.7 por ciento en 2010 y 79.5 por ciento en 2014).

En los hogares analizados, la edad promedio de los jefes del hogar es alta; 72.3 años en 2010 y de 72.11 años en 2014, lo que se explica como ya lo referimos, por la forma en la que al adulto mayor les es asignado el rol dentro de la familia.

Por otro lado, es en localidades rurales donde con más frecuencia se observa que el jefe del hogar tenga 70 años o más. Como era de esperarse,

tras la ampliación del tamaño de localidades donde el programa operaba, en 2014 se observa un incremento de jefes del hogar de 70 años o más en localidades urbanas.

**Tabla 1. Distribución los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiarios del PAM según la edad del jefe del hogar y el tamaño de localidad, 2010 y 2014**

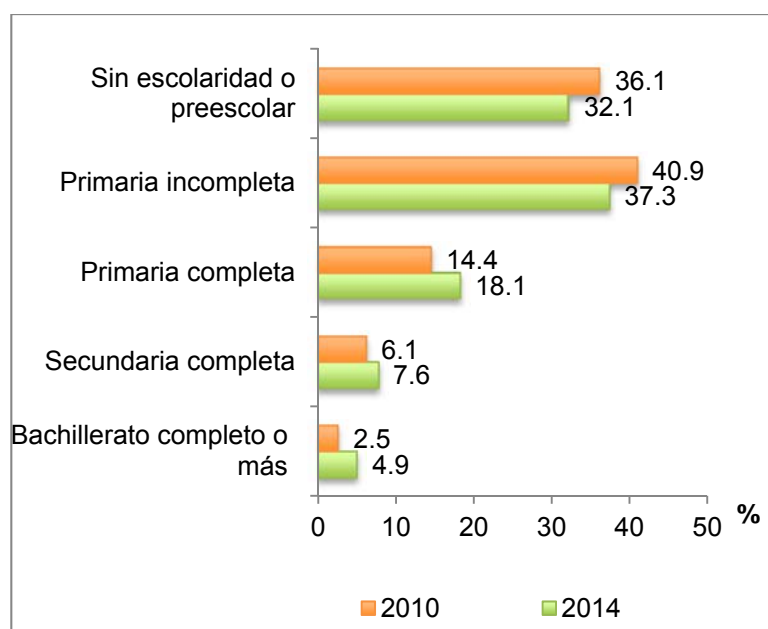
Tamaño de localidad	2010		2014	
	69 años o menos	70 años o más	69 años o menos	70 años o más
Localidades con 100,000 y mas habitantes	17.7	9.3	30.8	24.1
Localidades con 15,000 hasta 99,000 habitantes	6.4	9.3	14.0	15.7
Localidades con 2,500 hasta 14,999 habitantes	21.3	28.9	24.7	21.3
Localidades con menos de 2500 habitantes	54.6	52.5	30.5	38.9
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

#### **d) Escolaridad del jefe del hogar**

En general, el nivel educativo del jefe del hogar de nuestra población objetivo es bajo, es decir, una tercera parte de ellos, en ambos años, no cuenta con escolaridad y más de una tercera parte apenas reporta primaria incompleta. Por otro lado, son muy pocos los casos en los que el jefe del hogar cuenta con un nivel educativo mayor a primaria completa y aún son menos los casos en los que éste cuenta con bachillerato o nivel profesional. (**Ver Gráfica 4**).

**Gráfica 4. Distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiario del programa Pensión para Adultos Mayores según la escolaridad del jefe del hogar, 2010 y 2014**



n 2010= 1,459,554

n 2014= 2,374,763

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

Al observar el nivel de escolaridad del jefe del hogar según su edad se aprecia que en los casos en los que tienen 69 años o menos la escolaridad es mayor, es decir, cuentan en mayor proporción con primaria y secundaria completa en comparación con quienes tienen 70 años o más.

**Tabla 2. Distribución del grado de escolaridad del jefe del hogar según su edad en los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiario del programa Pensión para Adultos Mayores, 2010 y 2014**

	2010		2014	
	69 años o menos	70 años o más	69 años o menos	70 años o más
<b>Sin instrucción o preescolar</b>	11.9	42.6	11.1	37.6
<b>Primaria incompleta</b>	35.9	42.3	25.5	40.4
<b>Primaria completa</b>	21.2	12.5	26.0	16.0
<b>Secundaria completa</b>	22.3	1.7	24.7	3.1
<b>Bachillerato completo o más</b>	8.7	0.9	12.7	2.9
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>

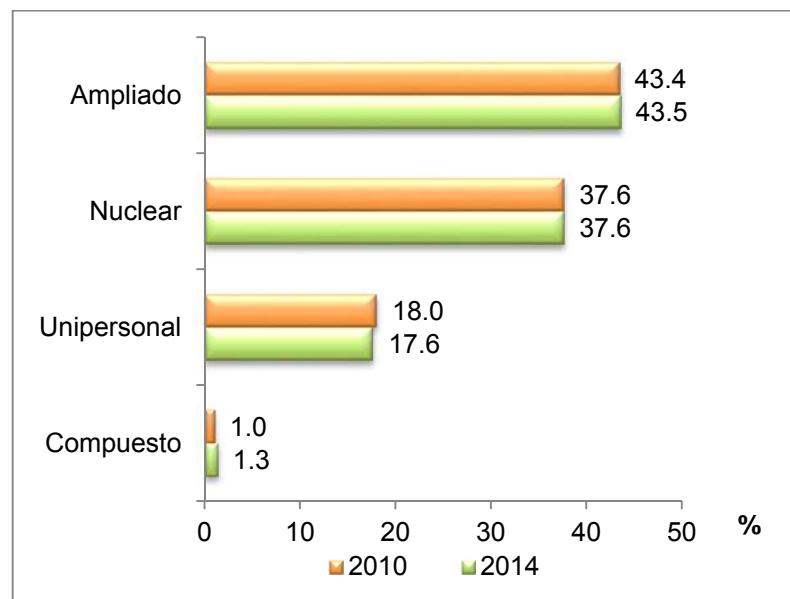
Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

### e) Tipo de hogar

El tipo de hogar en el que residen las personas de 70 años o más beneficiarias del programa en cuestión son principalmente hogares ampliados. En la **Gráfica 5** se observa que una tercera parte de los adultos mayores viven en compañía de su pareja y/o hijos (nucleares); menos de la mitad (43.4 por ciento en 2010 y 43.5 por ciento en 2014) viven en hogares ampliados, es decir, con otros familiares como tíos, primos, nietos, hermanos y demás personas con quienes haya algún vínculo familiar con el jefe del hogar.

En menor medida se observan casos en los que el hogar donde vive el adulto mayor incluye miembros con los que no existe vínculo familiar con el jefe del hogar (en uno de cada 100 casos) y menos de una quinta parte de los hogares está compuesto sólo por el adulto mayor, es decir, son hogares unipersonales. En general, no se observan diferencias sustanciales en la composición de los hogares entre 2010 y 2014.

**Gráfica 5. Distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiarios del programa Pensión para Adultos Mayores según tipo de hogar en el que reside, 2010 y 2014**



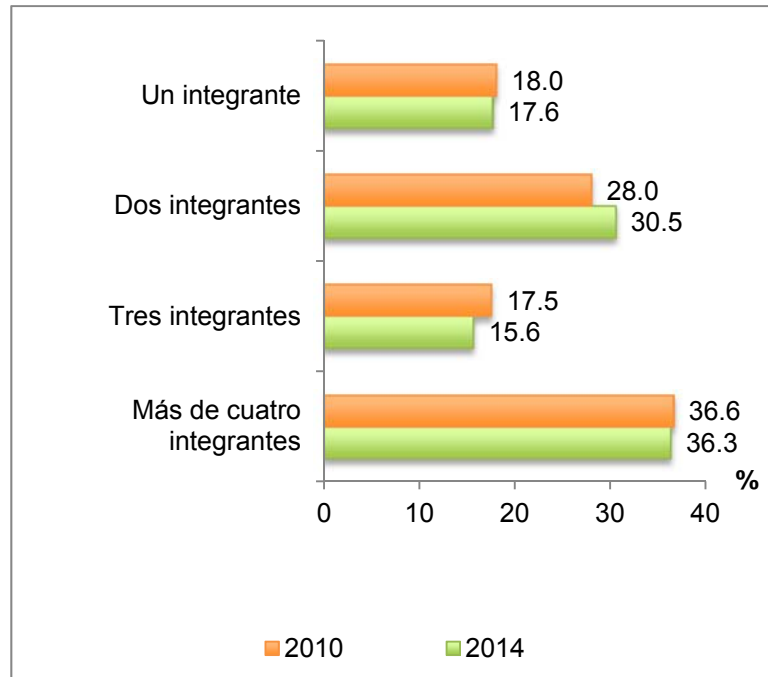
n 2010=1,459,554  
n 2014=2,374,763

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

### f) Número de integrantes y composición etaria del hogar

A excepción de los hogares unipersonales, en poco más de una tercera parte de los hogares en los que hay un beneficiario del programa PAM estos se componen por cuatro o más personas (**Ver Gráfica 6**). En 2014 se observa un ligero aumento de hogares con dos integrantes con respecto a 2010 (en 2.5 puntos porcentuales). Sin embargo, en general no se observan cambios sustanciales en el número de integrantes del hogar de un año a otro.

**Gráfica 6. Distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiario del programa Pensión para Adultos Mayores según el número de integrantes del hogar, 2010 y 2014**



n 2010=1,459,554  
n 2014=2,374,763

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

Por otro lado, en la mayoría de los hogares de la población objetivo no hay niños menores de cinco años (en 2010 el 86.6 por ciento y en 2014 en el 85.3 por ciento de los hogares no hay menores), en aquellos hogares en los que sí hay menores, el promedio de niños menores de 5 años por hogar es de 1.28 en



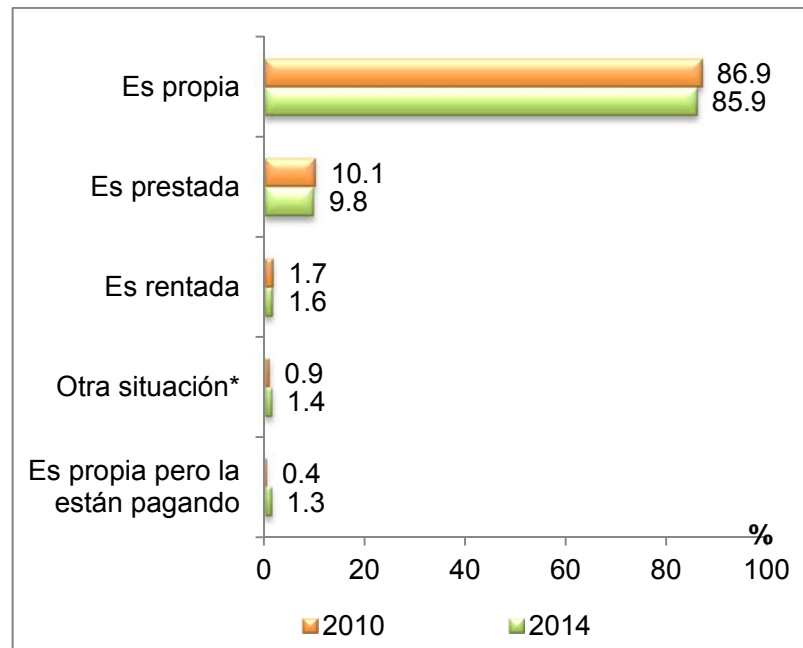
2010 y de 1.35 niños por hogar en 2014. Si bien la proporción de hogares, en nuestra población, en los que hay adultos de 70 años o más y niños de hasta cinco años es baja, este dato es relevante porque se sabe que la presencia de uno de estos grupos o de los dos en el hogar es un factor que hace más vulnerable al hogar de caer en GCS: “La existencia de niños menores a 5 años está asociada a una CGB [carga del gasto de bolsillo en salud] claramente superior.” (Peticara, 2008:30). Además, esta información nos da un mejor panorama sobre el entorno en el que los adultos mayores viven.

#### **g) Tenencia de la vivienda**

La relevancia de conocer cuál es la situación de la tenencia de la vivienda en los hogares de nuestra población objetivo ya que saberlo nos permite formarnos un panorama más claro de los posibles gastos que en el hogar se realizan además del pago de servicios y bienes básicos.

Según lo observado, son pocos los hogares en los que se hace un gasto extra por el pago de renta (en dos de cada 100 hogares); por otro lado, en tres cuartas partes de los casos la vivienda en la cual residen estos hogares es propia (2010, 86.9 por ciento es propia y 0.4 es propia y la están pagando; 2014, 85.9 por ciento es propia y 1.3 por ciento es propia pero la están pagando) y, sólo en uno de cada diez casos la vivienda es prestada.

**Gráfica 7. Situación patrimonial de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiario del programa Pensión para Adultos Mayores, 2010 y 2014**



n 2010=1,459,554

n 2014=2,374,763

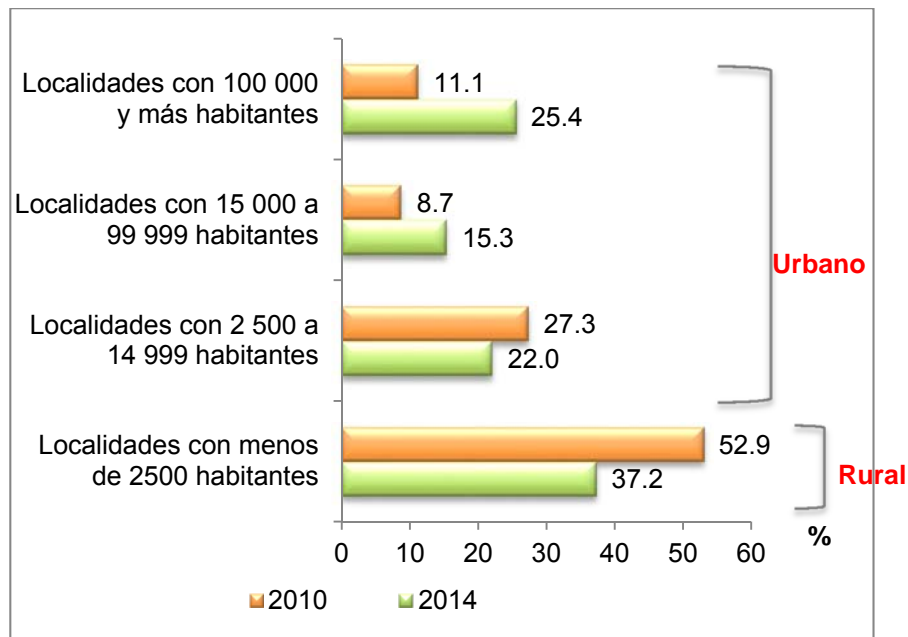
\**Otra situación* se refiere al dominio o posesión legal que los habitantes tienen sobre la vivienda, si esta se encuentra en litigio o intestada.

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

## h) Tamaño de la localidad

Durante el 2010, poco más de la mitad de los hogares con beneficiarios se encontraba en localidades pequeñas de hasta 2,500 habitantes, lo que el INEGI define como localidades rurales (**Gráfica 8**). Dicha información coincide con lo establecido en los inicios del programa, donde según sus Reglas de Operación 2010, éste llegaba a poblaciones de hasta 30,000 habitantes. Para 2014 se observa una clara disminución de beneficiarios en poblaciones rurales y un aumento de éstos en zonas urbanas, es decir, sólo una tercera parte de los beneficiarios se encuentra en localidades rurales, lo que coincide con la ampliación del programa en 2012.

**Gráfica 8. México. Distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiario del programa Pensión para Adultos Mayores según tamaño de localidad, 2010 y 2014**



n 2010=1,459,554

n 2014=2,374,763

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

### i) Ingresos

Con información de la ENIGH de ambos años y a precios constantes de agosto de 2014, sabemos que el promedio mensual del **Ingreso Corriente Monetario (ICM)**<sup>4</sup> de los hogares en 2010 fue de \$4,998.15 pesos mientras que en 2014 fue de \$6,021.22 pesos, en cuatro años el aumento en el ICM de los hogares fue de \$1,023.07 pesos. La importancia de conocer cuál es el ICM reside en que este nos da una idea del poder adquisitivo en bienes y servicios de los hogares observados.

<sup>4</sup> El Ingreso Corriente Monetario se obtiene de la suma de todas las percepciones que los integrantes del hogar reciben por su trabajo en una empresa, institución o bajo un patrón ya sea en especie o en efectivo de trabajos agropecuarios y no agropecuarios, rendimientos derivados de cooperativas, los ingresos obtenidos de activos físicos y no físicos además de transferencias recibidas e ingresos corrientes.

Por otro lado el **Ingreso Corriente No Monetario (ICNM)**<sup>5</sup> en 2010 fue de \$801.04 pesos y en 2014 de \$ 564.94 pesos, este ingreso corresponde a la suma de las remuneraciones y transferencias que el hogar recibe en especie y cuenta la estimación del alquiler de la vivienda. Al igual que el ICM, éste nos permite conocer con más detalle a nuestra población objeto de estudio.

## 4.2 Gasto de bolsillo en salud y el que se vuelve catastrófico

### a) Gastos de Bolsillo en salud

El GBS representó en 2010 el 12.98 por ciento y en 2014 el 9.03 por ciento del ICM de los hogares observados, es decir, en promedio una décima parte de los ingresos del hogar son destinados a cubrir el GBS, el cual es alto considerando que existen otros rubros que cubrir como alimentación, transporte, vivienda, entre otros.

En los hogares de nuestra población objetivo se registró que hubo Gasto de Bolsillo en Salud (**GBS**) en el 52.6 por ciento en 2010 de los casos, dicho porcentaje disminuyó 0.6 puntos porcentuales para 2014. Es importante señalar que los porcentajes referidos sólo contabilizan los casos en los que el hogar hizo gastos en salud.

La ausencia de gasto en salud obedece a diversas razones, ya sea la falta de ingresos que permitan realizar el gasto en el momento en el que se presenta alguna enfermedad, la ausencia de eventos de morbilidad, entre otros. En los hogares en los que hubo gasto en salud, específicamente el **GBS**, el gasto promedio mensual<sup>6</sup> en 2010 fue de \$480.66 pesos, mientras que en 2014 fue

---

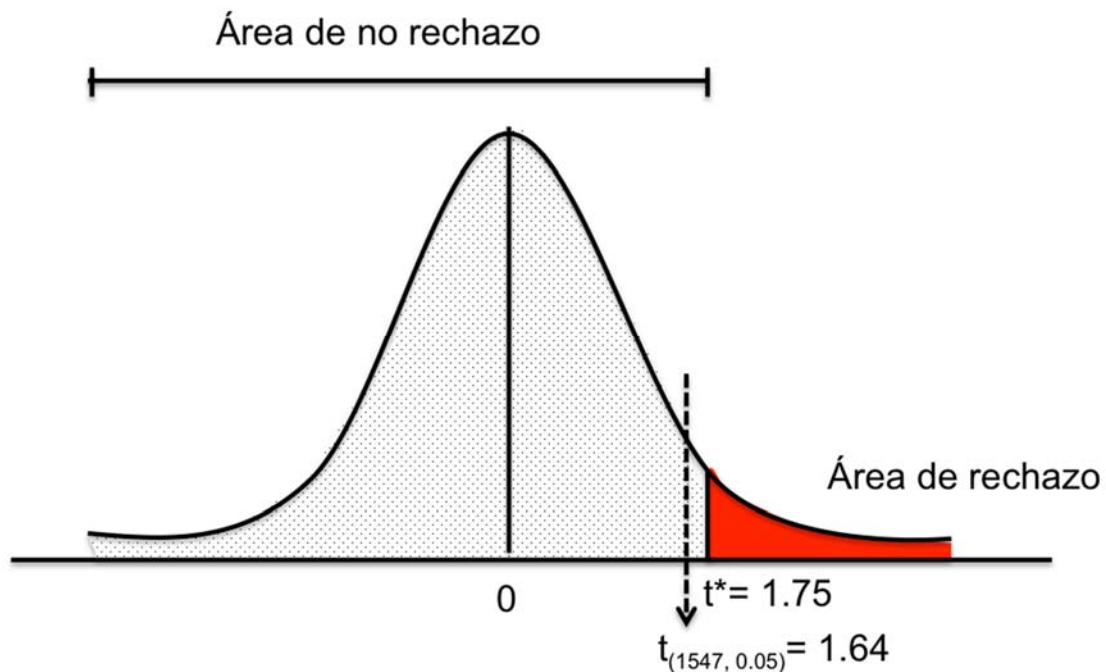
<sup>5</sup> El Ingreso Corriente No Monetario se obtiene de la suma de las variables *autoconsumo, remuneraciones en especie, regalos y estimación del alquiler* de la tabla Concentrado Hogar.

<sup>6</sup> El gasto en salud promedio mensual monetario 2010 fue deflactado con base en el INPC a precios de agosto de 2014, además, para obtener el promedio se descontaron en ambos años los hogares que no reportan gastos en salud.

de \$366.58 pesos, es decir, hubo una disminución en 2014 de \$114.08 pesos con respecto a 2010.

Para ver si esta disminución es estadísticamente significativa se realizó una prueba de hipótesis de diferencia de medias para dos poblaciones independientes, donde la  $H_0$  es:  $\mu_{2010} \leq \mu_{2014}$  y  $H_1: \mu_{2010} > \mu_{2014}$ . Los resultados obtenidos (Ver **Tablas 3** y **Figura 1**) muestran que  $t^* = 1.75 >$  que  $t_{(1547,0.05)} = 1.64$ , de manera que siguiendo la regla de decisión en la que se establece que se rechaza  $H_0$  si  $t^* \geq t_{(1547,0.05)}$  y no rechazar  $H_0$  en caso contrario, se llega a la conclusión de rechazar  $H_0$  con un nivel de confianza del 95%. Dicho de otra forma, la hipótesis de trabajo no se rechaza y asumimos que la  $H_0$  no es verdadera.

**Figura 1. Región de rechazo y aceptación de una prueba de hipótesis de cola derecha para la diferencia de media de dos muestras independientes con un nivel de confianza del 95 por ciento.**



Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

**Tabla 3. Valor de los estadísticos descriptivos y de prueba para la prueba de hipótesis de diferencia de medias de dos poblaciones independientes**

	2010*	2014*
	*A precios constantes de 2014	
<b>Tamaño de muestra (n)</b>	725	824
<b>Media del GBS (<math>\mu</math>)</b>	480.6648	366.5891
<b>Desviación estándar (<math>\sigma</math>)</b>	1,307.9044	1,252.4954
<b>Error estándar (S)</b>	48.5744	43.6327
<b>Varianza (<math>S^2</math>)</b>	1,710,613.948	1,568,744.742
<b>Varianza conjunta (<math>S^2_c</math>)</b>	1,635,139.8974	
<b><math>t^*</math></b>	1.7520	
<b><math>t_{1547,0.05}</math></b>	1.6458	

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

Se observa entonces que en los hogares con beneficiarios del PAM en el 2014, el promedio del GBS se redujo cuando el programa opera focalizado con respecto a cuándo operaba de manera universal.

El principal gasto en los hogares de la población objetivo, en ambos años, es la atención hospitalaria, seguida de los gastos en la compra de medicamentos con receta y finalmente el pago de consultas<sup>7</sup>. Si bien en 2014 el monto disminuye con respecto a 2010 en los rubros de medicamentos sin receta (\$110.7 pesos) y en consultas externas (\$75.72 pesos menos), en el rubro de atención hospitalaria el gasto promedio aumentó.

<sup>7</sup> El gasto promedio mensual se obtuvo sólo de aquellos hogares que reportaron haber gastado en el rubro.

**Tabla 4. Promedio de gasto mensual en los hogares que reportaron gasto en salud y que cuentan con al menos un adulto de 70 años ó más beneficiario del Programa de Adultos Mayores según rubros del GBS, 2010 y 2014**

Rubro de gasto	2010*	2014*
*A precios constantes de 2014		
<b>Consulta externa</b>	\$237.80	\$162.08
<b>Atención hospitalaria</b>	\$1,942.06	\$2,566.36
<b>Medicamentos recetados<sup>8</sup></b>	\$290.84	\$180.14

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

Al realizar la prueba de hipótesis para la diferencia de medias en cada uno de los rubros del GBS, y saber si éstos son significativos, se obtuvieron los siguientes resultados:

**Tabla 5. Valor de los estadísticos de prueba para la prueba de hipótesis de diferencia de medias de dos poblaciones independientes correspondientes a los rubros de GBS, 2010 y 2014**

Rubro de gasto	$t^*$	$t_{(n+m-2,0.05)}$
<b>Consulta externa</b>	3.1289	1.6468
<b>Atención hospitalaria</b>	-0.8478	1.6669
<b>Medicamentos recetados</b>	3.7625	1.6465

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

Con la información obtenida podemos decir que en los casos que reportaron haber realizado GBS en el rubro de consulta externa la disminución del gasto sí es significativa y siguiendo las reglas de decisión establecidas, se observa que  $t^*=3.1289 > t_{(796,0.05)}=1.6468$ , es decir, la reducción del gasto en consulta externa sí es significativa. En cuanto al rubro de medicamentos recetados se observa que  $t^*=3.7625 > t_{(926,0.05)}=1.6465$ , al igual que en el rubro previo,

<sup>8</sup> Las claves en las que se especifican los medicamentos recetados en ambos años de la ENIGH van de J020 a J035, para mayor detalle de estas consultar el documento *Descripción de la base de datos: nueva construcción de variables*, disponible en la página web del INEGI.

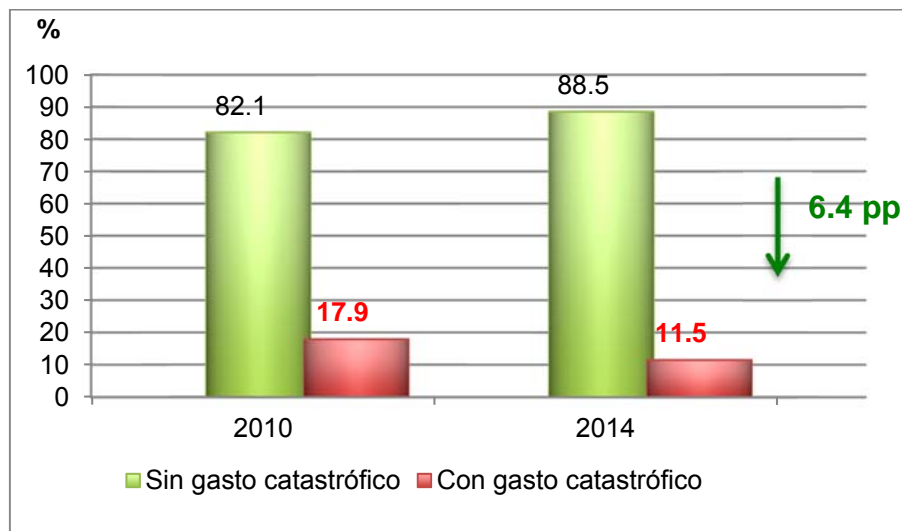
significa que la reducción en los gastos por compra de medicamentos recetados en los hogares sí es significativo.

A diferencia de los dos rubros previos, en el gasto en atención hospitalaria no se observa una disminución, por el contrario, se dio un incremento en estos. Los resultados obtenidos fueron que  $t^* = -0.8478 < t_{(70,0.05)} = 1.6669$ .

### b) Gasto de bolsillo en salud que se vuelve catastrófico

En cuanto al gasto de bolsillo en salud que se vuelve catastrófico los hogares de nuestra población objetivo que cayeron en dicho gasto fueron el 17.9 por ciento en 2010 y el 11.5 por ciento en 2014 (ver **Gráfica 9**), 6.4 puntos porcentuales menos con respecto a 2010, sólo tomando en cuenta los hogares que reportaron tener gasto en salud.

**Gráfica 9. México. Distribución de los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiario del programa Pensión para Adultos Mayores y que registró gasto de bolsillo en salud que se convirtió en gasto catastrófico, 2010 y 2014**



n 2010=725

n 2014=824

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.



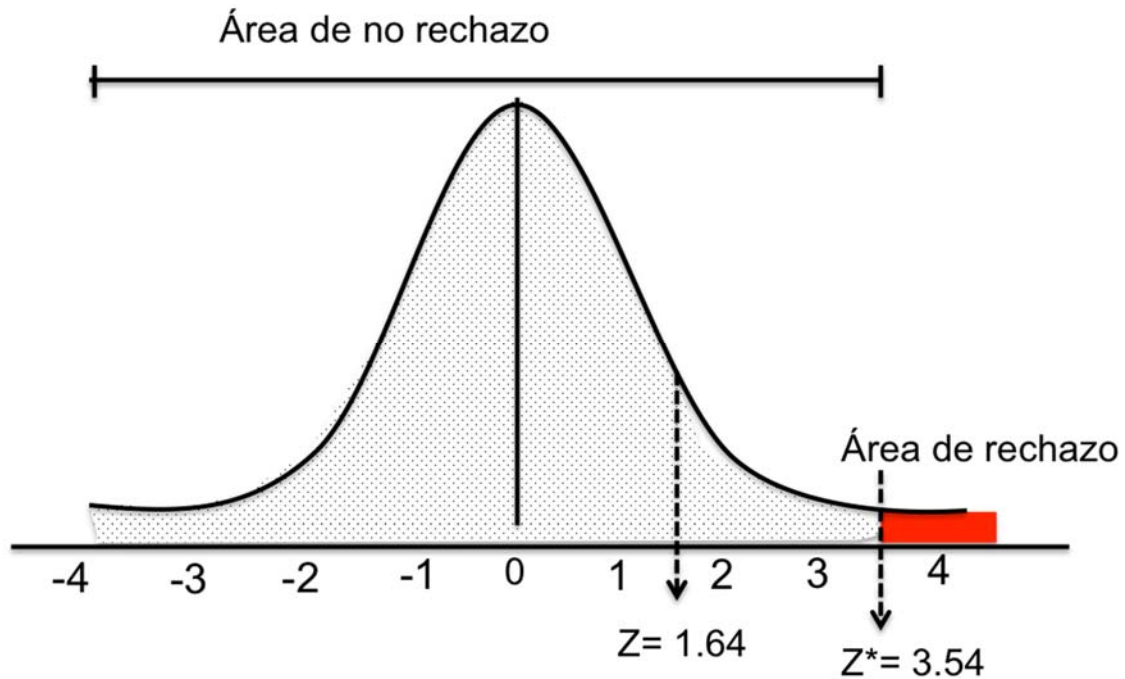
Por otro lado, de la prueba de hipótesis sobre diferencia de proporciones ( $H_0: p_{2010} \leq p_{2014}$  vs  $H_1: p_{2010} > p_{2014}$ ) del GBS que se vuelve catastrófico cuando el programa opera como universal y de 2014 cuando éste opera como focalizado, y siguiendo la regla de decisión (se rechaza  $H_0$  si  $Z^* \geq Z_{(0.05)}$ , no rechazar en caso en contrario), se obtienen los siguientes resultados (ver **Tabla 6** y **Figura 2**):  $Z^* = 3.58 > Z_{0.05} = 1.64$ , lo que significa que con 95% de confianza hay evidencia para aprobar  $H_1$ .

**Tabla 6. Estadísticos descriptivos y valor de estadísticos de prueba  $Z^*$  y  $Z$  para la prueba de hipótesis de diferencia de proporciones de dos poblaciones independientes.**

	2010	2014
Tamaño de muestra (n)	725	824
Proporción estimada ( $\hat{p}$ )	0.1789	0.1246
Proporción conjunta ( $pc$ )	0.1447	
$Z^*$	3.5894	
$Z_{0.05}$	1.6449	

Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

**Figura 2. Región de rechazo y aceptación de una prueba de hipótesis de cola derecha para la diferencia de proporciones de dos muestras independientes con un nivel de confianza del 95 por ciento.**



Fuente: Elaboración propia con base en la ENIGH 2010 y 2014.

En este punto sabemos que en los hogares con personas de 70 años o más beneficiarios del programa PAM en 2014 la proporción de hogares que realizó GBS y que este se convirtió en GCS es menor que en 2010. Hubo una reducción de los casos en GCS en los hogares de la población objetivo al operar el programa de manera focalizada con respecto a cuando aún operaba de manera universal en 2010.

En ambas pruebas de hipótesis la  $H_0$  se rechaza. Los resultados obtenidos se sustentan en las pruebas de hipótesis realizadas y en las que se observa que en 2010 el promedio mensual del gasto de bolsillo en salud fue mayor con respecto a 2014; la proporción de hogares que cayeron en gasto catastrófico por motivos de salud también fue mayor en 2010 (17.89 por ciento) que en 2014.

Con la información estadística obtenida, se cuenta con elementos para suponer que cuando el programa PAM es focalizado es más efectivo en el apoyo a la reducción del GBS y del GCS en los hogares. Sin embargo, no sabemos hasta qué punto influyeron en la reducción del GBS y el GC otras variables como el cambio que hubo en las ROP en 2012, la situación de derechohabiencia de los miembros del hogar, si están o no afiliados al Seguro Popular, entre otros aspectos, ya que esta no es una evaluación de impacto.

## Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

Como parte de la discusión entre las concepciones de la política social el presente trabajo planteó abonar elementos a ésta a partir de la acción tomada frente al problema público en cuestión, es decir, se analizó la posible efectividad del programa PAM frente al GBS y al que se vuelve GCS con base en la información disponible de la ENIGH 2010 y 2014.

Frente al problema de cómo los adultos mayores enfrentan sus gastos en materia de salud, específicamente el GBS y aquel que se vuelve catastrófico en los hogares de la población objetivo, y con base en los resultados obtenidos de la comparación de 2010 y 2014 y de las pruebas de hipótesis realizadas, podemos decir que se observa que el cambio en la operación del programa muestra resultados positivos en la atención del problema público al ser focalizado.

Con base en la información obtenida podemos decir que **la composición de los hogares de la población objetivo de 2010 y 2014 es similar, por lo que la comparación de ambas poblaciones es válida**. Lo anterior se sustenta en que según lo observado en variables como el número de integrantes del hogar, escolaridad del jefe del hogar, sexo de la jefatura del hogar, tipo de hogar y distribución de hogares con adultos de 70 años o más beneficiarios del PAM las poblaciones son parecidas. Lo ya referido nos permite inferir que los hogares de la población objetivo de ambos años de la ENIGH sí son comparables<sup>9</sup>.

**El cambio de perspectiva de la política social en el programa federal PAM parece haber favorecido la reducción del GBS y del que se vuelve**

---

<sup>9</sup> Es importante tomar en cuenta que existen análisis estadísticos de mayor complejidad para la comparación de poblaciones, del cual se hablará en las recomendaciones para análisis futuros.

**GCS (aunque la reducción del primero no implica la reducción del segundo).** La búsqueda de la reducción de la vulnerabilidad económica (y con ello en lo referente al GBS) de este grupo etario a través del programa PAM, en el contexto específico de los hogares observados de la ENIGH 2010 y 2014, muestra resultados favorables frente al rezago en la cobertura en seguridad social que el país vive.

Si bien, parte del resultado podría atribuirse al programa PAM y a la focalización de los recursos, también es cierto que existen otros elementos que pueden influir en dicha reducción, ya que los beneficiarios reciben otros servicios por parte del programa en los lugares donde opera la *Red Social*, la cual busca a través de servicios complementarios ayudar a aminorar los problemas de salud y deterioro físico y disminuir los riesgos por pérdida de ingresos y salud en la población beneficiaria.

**Así, el principal rubro de gasto de bolsillo en salud que se hace en los hogares con beneficiarios del PAM es el que tiene que ver con atención hospitalaria.** En ambos años se observa que este es el principal gasto en hogares con AM, sin embargo, en este rubro no hubo disminución del gasto, por el contrario, éste aumento.

De acuerdo a **los resultados obtenidos en los rubros de consulta externa y medicamentos recetados del GBS en los hogares de la población objetivo el programa parece tener mayor efectividad en esos rubros cuando es focalizado que cuando opera como universal.** La compra de medicamentos recetados es el segundo lugar de gasto de bolsillo que se realiza y en tercer lugar está el gasto por consultas médicas. Ambos rubros muestran una disminución significativa del gasto promedio.

La proporción que el GBS representa del ingreso corriente monetario del hogar no es poco, como tampoco lo son los casos en los que los hogares

cayeron en GCS. Es importante recordar que los hogares con adultos mayores podrían ser más propensos a tener un GBS que pueda convertirse en GCS al no contar con recursos familiares o económicos (como el del programa PAM) en el cual apoyarse para hacerles frente.

Tanto el programa PAM como el Seguro Popular son programas independientes que trabajan de forma vinculada en el apoyo a la protección social de la población. En ese sentido, el ingreso al programa PAM es un facilitador no solo de recursos económicos de manera bimestral, sino del acceso a servicios de salud al vincularse con el Seguro Popular y de descuentos en diversos bienes y servicios a través del INAPAM. Sin embargo, la potencial influencia del Seguro Popular es objeto de otro estudio y no del presente.

**Al operar el programa PAM bajo los lineamientos de la focalización se observa un mayor número de hogares con al menos un beneficiario de éste en 2014 con respecto a 2010.** Es de notar que desde su creación el programa anualmente amplió su alcance geográfico y con ello la cantidad de hogares con beneficiarios del programa PAM, sin embargo, pese a que a partir de 2012 sus ROP se modifican y el programa se comienza a ejecutar en todo el país sin importar el tamaño de localidad, el incremento de hogares con beneficiarios sólo fue de 4.6 puntos porcentuales entre 2010 y 2014. Es cierto que también los criterios expuestos en las ROP, y como característica de la focalización, reducen y delimitan el número de potenciales beneficiarios lo que en teoría lleva a la optimización de los recursos que el programa otorga. En este caso, con la focalización se amplió la cobertura geográfica del programa.

La decisión de cambiar la perspectiva del programa PAM de universal a focalizado no sólo tiene una implicación económica respecto a la forma en la que se distribuyen los recursos, sino que tiene tras de sí el intento de enmendar las fallas que la política social y el Estado de Bienestar que en el siglo pasado

dejaron, específicamente la vulnerabilidad de adultos mayores en materia de seguridad social, en donde el tema del GBS en los hogares con adultos mayores sirve de ejemplo sobre la elección del Estado de la perspectiva a través de la cual intervendrá para apoyar un problema específico que los hogares con adultos mayores enfrentan.

**La focalización del programa tiene una mayor reducción del GBS y de aquel que se vuelve GCS en los hogares con beneficiarios que el sistema universal.** Si bien con la perspectiva universal el programa logró cubrir casi al cien por ciento de los adultos mayores que vivían en localidades rurales de alta marginación, la focalización del programa ha logrado ampliar los beneficios del programa a la población de adultos mayores a través de un proceso de selección en el que los recursos llegan a quienes lo necesitan. Muestra de lo anterior es la reducción del promedio de GBS y de la proporción de hogares que cayeron en GCS.

**En la mayoría de los casos los adultos de 70 años o más beneficiarios del programa PAM no viven solos, por lo que conviven con su pareja, hijos o algún otro familiar.** Es la familia y la red de apoyo que puedan tener quienes en su conjunto respaldan al adulto mayor para hacerle frente a los GBS que éste tiene que hacer ante la falta de recursos, por no ser derechohabiente de algún sistema de salud, falta de insumos y calidad en los servicios de la institución a la que esté afiliado (Guzmán, 2002).

En concordancia con lo anterior, se observó que **la presencia de adultos mayores en los hogares tuvo un ligero incremento**, el aumento de la población de adultos mayores y de aquellos, específicamente de 70 años o más coincide con lo planteado en la justificación del problema y con los elementos presentados allí, sobre el proceso de envejecimiento de la población y de una mayor presencia de adultos mayores en los hogares como lo han referido CONAPO e INEGI en diversos estudios y proyecciones publicados.

Así, y con base en los resultados obtenidos, **se concluye que hay evidencia suficiente para que la hipótesis de trabajo (H<sub>1</sub>) no sea rechazada** y los resultados, puedan atribuirse, en parte, a la forma de operación del programa, es decir, a través de un sistema focalizado y no de uno universal.

El debate teórico cuenta entonces con el programa PAM como ejemplo a favor de la focalización de los recursos frente al problema público, ya que el resultado obtenido apoya, en la medida de lo posible, a través de recursos a los hogares con adultos de 70 años o más a hacer frente al GBS.

## 5.2 Recomendaciones

El tema del gasto de los adultos mayores, específicamente de aquellos que son beneficiarios del PAM no ha sido abordado por las instancias ejecutoras desde 2008 en el que se concluyó que el dinero que se les otorgaba a los adultos mayores los empoderaba, les hacía mas participes en las decisiones del hogar, entre otros, específicamente en el informe cualitativo de la evaluación se especificaba que los beneficiarios usaban el dinero en servicios de salud. Sin embargo, no se cuenta con información detallada sobre el gasto que hacen del recurso que les es otorgado, por lo que hace falta realizar un estudio cuantitativo que nos permita saber en qué gastan los beneficiarios del programa los recursos económicos que se les otorgan precisar los rubros y darle seguimiento.

Lo recomendación se deriva de que si el GBS es una de los principales con erogaciones de los hogares con adultos mayores es necesario disponer de información estadística precisa sobre el GBS así como de dónde se obtienen los recursos.

Ante la falta de fuentes de información precisas sobre el uso de los recursos del programa, se podría realizar entre los beneficiarios una breve encuesta



sobre el uso que hacen de los recursos que se les otorgan, ya sea al adulto mayor o a su representante cuando acude o acuden a comprobar supervivencia a las sedes de atención o módulos del programa cada bimestre o cada seis meses como periodo máximo. Un ejercicio de este tipo podría no dar información en lo inmediato sobre el gasto que se hace del recurso y de la condición actual de los beneficiarios en materia de salud y en el mediano plazo sobre posibles cambios al programa.

Por otro lado, aunque el programa tiene una amplia cobertura y desde sus primeros años se observaban resultados auspiciadores, pese a las constantes modificaciones en la población objetivo y en su cobertura geográfica hace falta realizar una evaluación de impacto que permita ver el alcance del programa entre sus beneficiarios.

Una evaluación de impacto aportaría elementos que nos permitirían saber con mayor certeza los ámbitos en los que el programa ha influido, específicamente, en el rubro de salud. De esa manera se podría contar con mayores elementos que permitieran atribuir o no a la ejecución del programa resultados específicos.

En ese sentido, las acciones de política pública enfocada a este grupo etario, deberían actualizar sus mediciones e incorporar nuevas variables e indicadores (como el uso y gasto que el beneficiario hace del recurso recibido por el programa PAM), que les permitan sustentar la permanencia de un programa a través de la perspectiva de política social que mayores beneficios ha reportado. Si bien en el caso que nos atañe los resultados han sido satisfactorios a la perspectiva focalizadora, la precisión de la información sobre el programa y los impactos en los beneficiarios puede mejorarse.

### **5.3 Limitaciones y futuras líneas de investigación**

Si bien, los resultados obtenidos son representativos a nivel nacional en los hogares con al menos un adulto de 70 años o más beneficiario del programa PAM, el presente trabajo no es una evaluación de impacto del programa en cuestión, por lo que no se exploraron el peso que distintas variables pueden tener en el problema público referido.

La falta de información precisa con respecto a en qué gastan las personas de la tercera edad y que reciben el PAM dificultó la elaboración de la prueba de hipótesis, ya que si bien sabemos por otros estudios que los gastos en servicios de salud son uno de sus principales egresos, se tomó el hogar donde vive por lo menos un adulto de 70 años o más que fuera beneficiario del PAM como fuente de información que nos aproximará al GBS de los adultos de 70 años o más.

Lo anterior implica que los resultados tienen que ser vistos a la luz de que el GBS reportado es del hogar y no del adulto mayor, por lo que no sabemos con precisión si éste destina o no el recurso que el programa le da al gasto en salud. Es decir, el gasto no es observado de manera individual, sino a través del hogar, que es nuestra unidad de observación, por lo que tampoco sabemos con certeza por cuál o cuáles de los integrantes del hogar se realizó el gasto. Los resultados presentados son válidos para los hogares con al menos un adulto mayor beneficiario del programa y no para el individuo beneficiario.

Una futura línea de investigación que podría seguirse sobre el tema es la de comparar, en un mismo año, qué pasa con el GBS y aquel que se vuelve CGS en los hogares con adultos mayores que no reciban el programa frente a los que sí lo reciben, ya sea cuando el programa es focalizado o cuando éste operaba como universal. También podría realizarse la simulación de un experimento tomando grupos de control y tratamiento que permitan comparar los resultados obtenidos y atribuirlos o no con mayor certeza al programa, lo

anterior podría hacerse a través de un análisis estadístico más complejo utilizando el Pareamiento por puntaje de propensión (*Propensity Score Matching, PSM*). Dicha técnica de análisis, cuasi experimental, trata de imitar las condiciones de un experimento, la utilización de esta en un estudio futuro compararía el efecto observado en nuestra población de análisis con una población lo más parecida posible en características relevantes como edad, si reciben o no ingresos por pensión, etcétera, y evidentemente con el PAM como tratamiento.

Por último, el programa tiene pendiente la realización de una evaluación de impacto, ya que la única realizada fue en 2008. Sin embargo, los cambios que el programa ha tenido respecto a su población, objetivo general y reglas de operación, ha generado muchas preguntas sobre sus efectos en la población beneficiaria. Sin duda, la disponibilidad de un estudio de impacto con información reciente podría aclarar y mejorar las investigaciones que sobre el programa se han hecho y fundar nuevas líneas de investigación al respecto.

## BIBLIOGRAFÍA

Águila, Emma, et. al. 2011. "Envejecer en México: Condiciones de vida y salud", 1-112. AARP, RAND Corporation y Centro Fox

Aguirre et al. 2010."Fundamentos de probabilidad y estadística", 2ª ed. México: Just in Time Press

Andrenacci, Luciano y Repetto, Fabián. 2006. "Universalismo, ciudadanía y estado en la política social latinoamericana" 1-27 Washington D.C.: INDES. <[http://www.ciesu.edu.uy/universalismo/\(04\)\\_andrenacci-repetto.pdf](http://www.ciesu.edu.uy/universalismo/(04)_andrenacci-repetto.pdf)> 28 noviembre 2015

Brawermann, Josette & Minujin, Alberto: "Focalización; fábula o herramienta". UNICEF Argentina. Documento de Trabajo No. 2. Agosto 1991. Buenos Aires, Argentina.

CONAPO. 2014. "La situación demográfica de México 2014" 1-264. 5 noviembre 2015 <[http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2422/1/images/La\\_Situacion\\_Demografica\\_de\\_Mexico\\_2014.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2422/1/images/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2014.pdf)>

CONAPO. 2014. "Proyecciones de la población 2010-2050" <<http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Proyecciones>> 3 septiembre 2015

CONEVAL. 2012. "Anexo Estadístico 2010-2012: Medición de la pobreza, Estados Unidos Mexicanos" Cuadro 12 <<http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medición/Pobreza%202012/Anexo-estad%C3%ADstico-pobreza-2012.aspx>> 11 marzo 2015

Del Castillo y Méndez de Hoyos. 2014-2105. "Guía de estudio de la materia: Introducción a la Teoría de las Políticas Públicas: Segunda Parte" 1-50 México: FLACSO-México

Del Tronco, José. 2014. "Guía de estudio de la materia: Desarrollo en América Latina y Políticas Públicas Comparadas. Primera parte", 1-33. México: FLACSO-México

Esping-Andersen, Gösta. 1993. "Introducción y Capitulo I" en Los tres mundos del Estado del Bienestar, 12-47. Valencia: Ediciones Alfons El Magnanim, Institució Valenciana d'estudis i Investigació

Filgueira, Fernando et. al. 2006. "Universalismo básico" en *Universalismo básico: una nueva política social para América Latina*, Carlos Gerardo Molina (Ed.) 19-55. Washington, D.C.: BID y Editorial Planeta

Guzmán, Miguel José. 2002. "Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe" en CEPAL Serie Población y Desarrollo, No. 28. 1-51. Santiago de Chile: Naciones Unidas, Santiago de Chile

INEGI. 2011. "Cuéntame..."  
<<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/hogares.aspx?tema=P>> 28 agosto 2016

INEGI. 2011. "Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2010. ENIGH: Descripción de la base de datos" 1-172. México: INEGI

INEGI. 2013. "Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 ENIGH. Nueva construcción de ingresos y gastos. Diseño conceptual y definición de categorías y variables." 1-23. México: Instituto Nacional de Geografía y Estadística

INEGI. 2014. "La situación demográfica de México 2014" enero 15 2016  
<[http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2422/1/images/La\\_Situacion\\_Demografica\\_de\\_Mexico\\_2014.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2422/1/images/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2014.pdf)>

INEGI. 2014. "Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre): Datos nacionales" septiembre 23 2014  
<[http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2422/1/images/La\\_Situacion\\_Demografica\\_de\\_Mexico\\_2014.pdf](http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/2422/1/images/La_Situacion_Demografica_de_Mexico_2014.pdf)>

Instituto Nacional de Salud Pública. 2015. "Adultos Mayores" septiembre 5 2016  
<<https://www.insp.mx/lineas-de-investigacion/salud-y-grupos-vulnerables/investigacion/adultos-mayores.html>>

Ke Xu. 2005. "Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: Metodología" 1-9. World Health Organization Geneva

Knauth et al., 2005. "Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de Salud en México" en Salud Pública de México, Vol. 47, 54-65. México: Instituto Nacional de Salud Pública

Lipsky, Michael. 1996. "Los empleados de base en la elaboración de políticas públicas" en *Lecturas de gestión pública*, 281-297. Madrid, España: Instituto Nacional de Administración Pública/ Boletín oficial del Estado

Luna, Contreras Marisol. 2013. "Metodología III: Introducción a los Métodos Cuantitativos. Segunda parte", 1-71. México: FLACSO-México

Medina, Octavio. 2014. "Universalismo y focalización", en Politikon. 18 septiembre 2015 <<http://politikon.es/2014/07/02/universalismo-y-focalizacion/#>>

Mishra, Ramesh. 1989. "El Estado de Bienestar después de la crisis: los años ochenta y más allá" en *Crisis y futuro del Estado de Bienestar*, Rafael Muñoz de Bustillo (comp.), 55-79. Madrid, España: Alianza Editorial

Ocampo, José Antonio. 2008. "Las concepciones de la política social: universalismo versus focalización", en *Nueva Sociedad*, No. 215 Mayo-Junio, 36-61. Argentina

Ortiz, Isabel. 2007. "Política Social" 1-75. New York: Naciones Unidas DAES

Paes, de Barros Ricardo y Mirela de Carvalho. s/f. "La focalización y la universalización como instrumentos para reducir inequidades" 1-33. BID <<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/4404/La%20Focalización%20y%20la%20Universalización%20como%20Instrumentos%20para%20Reducir%20Inequidades.pdf?sequence=2>> 30 noviembre 2015

Parsons, Wayne. 2007. "Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas" 1-813. México: FLACSO, Sede Académica de México

Pérez, González Guillermo J. Et al. 2011. "Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia" 1-175. Guadalajara, Jalisco: Universidad de Guadalajara/Centro Universitario de Ciencias de la Salud

Perticara, Marcela. 2008. "Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos" en *Serie Políticas sociales*, No. 141. Santiago de Chile: CEPAL-División de Desarrollo Social <<http://www.cepal.org/es/publicaciones/6146-incidencia-de-los-gastos-de-bolsillo-en-salud-en-siete-paises-latinoamericanos>>

PNUD. 2011. "Políticas públicas para la inclusión social de la población afrodescendiente", 1-69. Panamá: PNUD

Ponce, Esteban María Enriqueta. "Situación jurídica de la vejez en México frente al panorama mundial" en *Jurídica anuario del departamento de derecho del a universidad iberoamericana*, 81-99. México: Universidad Iberoamericana-Departamento de Derecho <<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/jurid/cont/38/pr/pr0.pdf>>

PROFECO. 2012. "Encuesta sobre los adultos mayores y la salud" 8 febrero 2016 <[http://www.profeco.gob.mx/encuesta/mirador/2012/Encuesta\\_salud\\_de\\_adultos\\_mayores.pdf](http://www.profeco.gob.mx/encuesta/mirador/2012/Encuesta_salud_de_adultos_mayores.pdf)>

Rodríguez, Cabrero Gregorio. 2004. "El Estado del Bienestar en España: debates, desarrollo y retos", 1-370. Madrid, España: Editorial Fundamentos

Rubio, Gloria M. y Francisco Garfías. 2010. “Análisis comparativo sobre los programas para adultos mayores en México”, 1-51. Santiago de Chile: CEPAL-Naciones Unidas

Secretaría de Salud. 2015. “Gasto catastrófico y empobrecedor en salud”, 1-4. México: Secretaría de Salud, Unidad de Análisis Económico

SEDESOL. 2015. “Pensión para Adultos Mayores” <[http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Pension\\_para\\_adultos\\_mayores](http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Pension_para_adultos_mayores)> 20 agosto 2015

Serrano, Claudia. 2005. “La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina” 1-78. Santiago de Chile: CEPAL-Naciones Unidas

Sesma-Vázquez, Sergio et al. 2005. “Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes.” en *Salud pública de México*, Vol. 47, 37-46. México: Instituto Nacional de Salud Pública

Sotelo, Alonso et al. 2012. “La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención” en *Archivos de medicina familiar*, Vol. 14, 5-13. México: Asociación Latinoamericana de Profesores de Medicina Familiar A.C.

Torres, Ana Cristina y Felicia Marie Knaul. “Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000” en *Caleidoscopio de la Salud*

Zavala, María Eugenia. 2014. “La transición demográfica de 1985-2010: ¿una transición original?” en *Los mexicanos. Un balance del cambio demográfico*, Cecilia Rabell Romero Coord. 80-114. México: Fondo de Cultura Económica