

INDICADORES

de acceso y uso efectivo de los servicios de
salud de afiliados al Seguro Popular

CONSEVAL

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social



INDICADORES

de acceso y uso efectivo de los servicios de
salud de afiliados al Seguro Popular

CONSEVAL

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular

Primera edición, noviembre, 2014

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
Boulevard Adolfo López Mateos 160
Col. San Ángel Inn
CP. 01060
Delegación Álvaro Obregón
México, Distrito Federal

ISBN: 978-607-9384-02-9

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Citación sugerida:

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. México, DF: CONEVAL, 2014

DIRECTORIO



CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL

INVESTIGADORES ACADÉMICOS **María del Rosario Cárdenas Elizalde**
2010-2014 Universidad Autónoma Metropolitana

Fernando Alberto Cortés Cáceres
El Colegio de México

Agustín Escobar Latapí
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social-Occidente

Salomón Nahmad Sifón
Centro de Investigaciones y Estudios
Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur

John Scott Andretta
Centro de Investigación y Docencia Económicas

Graciela María Teruel Belismelis
Universidad Iberoamericana

SECRETARÍA EJECUTIVA **Gonzalo Hernández Licona**
Secretario Ejecutivo

Thania Paola de la Garza Navarrete
Directora General Adjunta de Evaluación

Ricardo C. Aparicio Jiménez
Director General Adjunto de Análisis de la Pobreza

Edgar A. Martínez Mendoza
Director General Adjunto de Coordinación

Daniel Gutiérrez Cruz
Director General Adjunto de Administración

COLABORADORES

CONSEJO NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE DESARROLLO SOCIAL

Equipo técnico Thania Paola de la Garza Navarrete
Janet Zamudio Chávez

Luis Fernando Cervantes García Rulfo
Curtis Huffman Espinosa
Stephany Lozada Salas
David Tonatiu Moreno González
Rasec Niembro Urista
Iván Paredes Reséndiz
Maricela Pestaña Bautista
Ixchel Valencia Juárez
Michelle Adriana Zempoalteca Nava

CONTENIDO



LISTA DE GRÁFICAS	6
LISTA DE CUADROS	9
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	11
GLOSARIO	12
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO 1. EL DERECHO A LA SALUD Y LA MEDICIÓN DE POBREZA EN MÉXICO	17
CAPÍTULO 2. ACCESO Y USO EFECTIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	23
Dimensiones del acceso y uso efectivo de los servicios de salud	25
CAPÍTULO 3. INDICADORES DE ACCESO Y USO EFECTIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD: EL CASO DEL SEGURO POPULAR	29
Disponibilidad	33
Accesibilidad	42
Utilización	46
Calidad	53
CONCLUSIONES	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXO 1. GRÁFICAS DE INDICADORES DE LAS DIMENSIONES DE ACCESO Y USO EFECTIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	68
ANEXO 2. ESTIMACIONES DE LOS INDICADORES DE LAS DIMENSIONES DE ACCESO Y USO EFECTIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y PRECISIÓN ESTADÍSTICA	85

LISTA DE GRÁFICAS

- Gráfica 1 Población afiliada al Seguro Popular según fuente de información, 2002-2012
- Gráfica 2 Unidades de consulta externa por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010
- Gráfica 3 Hospitales por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010
- Gráfica 4 Camas censables por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010
- Gráfica 5 Médicos en contacto con pacientes y en otras actividades por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010
- Gráfica 6 Tiempo de traslado al hospital para atender la más reciente emergencia, por tipo de afiliación, 2008 y 2010
- Gráfica 7 Tiempo que las familias estiman que tardarán en llegar al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación, 2008 y 2010
- Gráfica 8 Porcentaje de personas cuyos problemas de salud les han impedido realizar sus actividades diarias en los últimos doce meses, por tipo de afiliación, 2008 y 2010
- Gráfica 9 Lugar de atención de las personas afiliadas al Seguro Popular, 2008 y 2010
- Gráfica 10 Porcentaje de personas que reportaron tener problemas de salud y fueron atendidas, por tipo de afiliación, 2008 y 2010
- Gráfica 11 Distribución porcentual de personas afiliadas al Seguro Popular que fueron hospitalizadas, según lugar de atención, 2006 y 2012
- Gráfica 12 Porcentaje de personas que reportaron tener problemas de salud y no fueron atendidas, por tipo de afiliación, 2008 y 2010
- Gráfica 13 Motivos por los cuales las personas no recibieron atención a sus problemas de salud, 2008 y 2010
- Gráfica 14 Calidad del lugar donde se atendió reportada por las personas hospitalizadas de acuerdo con la institución a la que están afiliadas, 2006

- Gráfica 15 Calidad del lugar donde se atendió reportada por las personas hospitalizadas de acuerdo con la institución a la que están afiliadas, 2012
- Gráfica 16 Porcentaje de personas hospitalizadas que consideran “muy buena o buena” la calidad de atención del lugar al que acudieron, según razones, por tipo de afiliación, 2006
- Gráfica 17 Porcentaje de personas hospitalizadas que consideran “muy buena o buena” la calidad de atención del lugar al que acudieron, según razones, por tipo de afiliación, 2012
- Gráfica 18 Porcentaje de personas que fueron hospitalizadas y que regresarían al lugar donde se atendieron, por tipo de afiliación, 2006 y 2012

ANEXO 1

- Gráfica 1 Camas no censables por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010
- Gráfica 2 Incubadoras por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010
- Gráfica 3 Quirófanos por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010
- Gráfica 4 Salas de expulsión por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010
- Gráfica 5 Bancos de sangre por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010
- Gráfica 6 Laboratorios de análisis por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010
- Gráfica 7 Equipo de mamografía por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010
- Gráfica 8 Unidades de hemodiálisis por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010
- Gráfica 9 Equipo de ultrasonido por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010



- Gráfica 10 Enfermeras en contacto con pacientes por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010
- Gráfica 11 Tiempo de traslado al hospital en la última emergencia, por tipo de afiliación, según tamaño de localidad, 2008
- Gráfica 12 Tiempo de traslado al hospital en la última emergencia, por tipo de afiliación, según tamaño de localidad, 2010
- Gráfica 13 Personas cuyos problemas de salud les han impedido realizar sus actividades diarias, por tipo de afiliación, 2008 y 2010
- Gráfica 14 Lugar de atención de las personas no afiliadas a ninguna institución de servicios de salud, 2008 y 2010
- Gráfica 15 Personas que reportaron tener problemas de salud y que fueron atendidas, por tipo de afiliación, 2008 y 2010
- Gráfica 16 Porcentaje de personas que sí recibieron atención a sus problemas de salud en las últimas dos semanas, por tipo de afiliación, 2006 y 2012
- Gráfica 17 Porcentaje de personas hospitalizadas que consideran "muy buena o buena" la calidad de atención del lugar al que acudieron, según razones, por tipo de afiliación, 2012
- Gráfica 18 Proporción de personas según el tipo de personal que las atendió durante su problema de salud, por tipo de afiliación, 2012
- Gráfica 19 Porcentaje de personas que estuvieron hospitalizadas, por tipo de afiliación, 2006 y 2012
- Gráfica 20 Porcentaje de personas hospitalizadas que consideran "regular, mala o muy mala" la calidad de atención del lugar donde se atendieron, según razones, por tipo de afiliación, 2006
- Gráfica 21 Porcentaje de personas hospitalizadas que consideran "regular, mala o muy mala" la calidad de atención del lugar donde se atendieron, según razones, por tipo de afiliación, 2012
- Gráfica 22 Porcentaje de personas que fueron hospitalizadas y que no regresarían al lugar donde se atendieron, según razones, por tipo de afiliación, 2006
- Gráfica 23 Porcentaje de personas que fueron hospitalizadas y que no regresarían al lugar donde se atendieron, según razones, por tipo de afiliación, 2012

LISTA DE CUADROS



- Cuadro 1 Carencia por acceso a los servicios de salud, México, 2010 y 2012
- Cuadro 2 Indicadores complementarios de salud, México, 2010 y 2012
- Cuadro 3 Indicadores para medir disponibilidad de los servicios de salud
- Cuadro 4 Indicadores para medir accesibilidad a los servicios de salud
- Cuadro 5 Indicadores para medir utilización de los servicios de salud
- Cuadro 6 Indicadores para medir calidad de los servicios de salud
- Cuadro 7 Indicadores sobre disponibilidad de los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular
- Cuadro 8 Indicadores sobre accesibilidad a los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular
- Cuadro 9 Indicadores sobre utilización de los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular
- Cuadro 10 Indicadores sobre calidad de los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular

ANEXO 2

- Cuadro 1 Población afiliada al Seguro Popular por estado, 2008 y 2010
- Cuadro 2 Tiempo promedio y tiempo estimado para llegar al hospital en caso de emergencia
- Cuadro 3 Tiempo promedio de traslado al hospital en localidades de 100,000 y más habitantes y en localidades de 15,000 a 99,000 habitantes, por tipo de afiliación
- Cuadro 4 Tiempo promedio de traslado al hospital en localidades de 2,500 a 14,999 habitantes y en localidades de menos de 2,500 habitantes, por tipo de afiliación
- Cuadro 5 Proporción de personas cuyos problemas de salud les han impedido realizar sus actividades diarias en los últimos doce meses, por tipo de afiliación
- Cuadro 6 Número de personas cuyos problemas de salud les han impedido realizar sus actividades diarias en los últimos doce meses, por tipo de afiliación



- Cuadro 7 Proporción de personas que recibieron y que no recibieron atención médica a sus problemas de salud, por tipo de afiliación
- Cuadro 8 Número de personas que recibieron atención médica a sus problemas de salud, por tipo de afiliación
- Cuadro 9 Lugar de atención médica de las personas afiliadas al Seguro Popular
- Cuadro 10 Lugar de atención médica, por tipo de afiliación
- Cuadro 11 Motivos de no atención médica, por tipo de afiliación
- Cuadro 12 Distribución porcentual de personas afiliadas al Seguro Popular que fueron hospitalizadas, según lugar de atención
- Cuadro 13 Calidad del lugar de atención reportada por las personas hospitalizadas de acuerdo con la institución a la cual se encuentran afiliadas
- Cuadro 14 Proporción de personas hospitalizadas que consideran "muy buena o buena" la calidad de atención del lugar al que acudieron, según razones, por tipo de afiliación 2006
- Cuadro 15 Proporción de personas hospitalizadas que consideran "muy buena o buena" la calidad de atención del lugar al que acudieron, según razones, por tipo de afiliación 2012
- Cuadro 16 Proporción de personas que fueron hospitalizadas y que regresarían a donde se atendieron, por tipo de afiliación
- Cuadro 17 Proporción de personas que sí recibieron atención a sus problemas de salud en las últimas dos semanas, por tipo de afiliación
- Cuadro 18 Proporción de personas que estuvieron hospitalizadas, por tipo de afiliación
- Cuadro 19 Proporción de personas según el tipo de personal que las atendió durante su problema de salud, por tipo de afiliación
- Cuadro 20 Proporción de personas hospitalizadas que consideran "regular, mala o muy mala" la calidad de atención del lugar al que acudieron, según razones, por tipo de afiliación
- Cuadro 21 Proporción de personas que fueron hospitalizadas y que no regresarían al lugar donde se atendieron, según razones, por tipo de afiliación

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS



CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CIDE	Centro de Investigación y Docencia Económicas
CIESAS	Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social
CONEVAL	Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
SINAIS	Sistema Nacional de Información en Salud

GLOSARIO

Aportación solidaria federal: aportación del Gobierno Federal por un monto equivalente al menos a 1.5 veces la cuota social en promedio nacional. La distribución en las entidades federativas de esta aportación federal por persona al año se realiza de acuerdo con la fórmula establecida en el artículo 87 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Protección Social en Salud. Este monto varía entre entidades federativas.

Camas censables: camas en servicio instaladas en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos; se debe contar con los recursos materiales, de personal y de espacio indispensables para la atención médica del paciente. El servicio de admisión la asigna al paciente al momento de ingresar al hospital para ser sometido a observación, diagnóstico, cuidado o tratamiento. Es la base numérica a partir de la cual se produce la información sobre egresos hospitalarios, de ocupación y días estancia.

Camas no censables: camas que se destinan a la atención transitoria o provisional para observar al paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También son denominadas camas de tránsito y su característica fundamental es que no generan egresos hospitalarios. Se consideran inclui-

das en esta definición las camas de servicios de urgencias, terapia intensiva, trabajo de parto, corta estancia, así como las camillas, canastillas y cunas de recién nacido.

Carencia por acceso a los servicios de salud: situación en que se encuentran las personas cuando no cuentan con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular y las instituciones públicas de seguridad social. Tener servicios médicos privados se considera como no carencia.

Catálogo Universal de Servicios de Salud: documento descriptivo para la atención de la salud de las personas afiliadas al Seguro Popular. Éste define, además de los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención a los que tienen derecho los afiliados, las carteras de servicios del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos y del Seguro Médico para una Nueva Generación.

Cuota social: aportación anual realizada por el Gobierno Federal por familia beneficiaria equivalente a 3.92 por ciento de un salario mínimo vigente en el Distrito Federal, que se actualiza cada año de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor.

Estrategia de Embarazo Saludable: forma parte del Sistema de Protección Social en Salud y fue creada como un complemento al Programa Seguro Médico para una Nueva Generación; su propósito es proteger la salud de la mujer durante el embarazo y la del recién nacido.

Gastos catastróficos: un hogar incurre en un gasto catastrófico cuando el gasto en salud del hogar representa una proporción igual o superior a treinta por ciento de su ingreso disponible (ingreso total monetario menos el gasto monetario en alimentos). Estos desembolsos derivan de los tratamientos y medicamentos asociados y definidos por el Consejo de Salubridad General que satisfagan las necesidades de salud mediante la combinación de intervenciones de tipo preventivo, diagnóstico, terapéutico, paliativo y de rehabilitación, con criterios explícitos de carácter clínico y epidemiológico, seleccionados con base en su seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social, que impliquen un alto costo en virtud de su grado de complejidad o especialidad y el nivel o frecuencia con que ocurren.

Población atendida: población beneficiada por un programa en un ejercicio fiscal.

Pobreza: una persona se encuentra en situación de pobreza cuando tiene al

menos una carencia social (en los seis indicadores: rezago educativo, acceso a servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación) y su ingreso es insuficiente para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias.

Pobreza multidimensional: definición que se deriva de la medición de la pobreza en México especificada en la Ley General de Desarrollo Social. La palabra multidimensional se refiere a que la metodología de medición de pobreza utiliza varias dimensiones o factores económicos y sociales en su concepción y definición.

Seguro Popular: otorga cobertura de servicios de salud a través de un aseguramiento público y voluntario a las personas que no cuentan con empleo o trabajan por cuenta propia y, por tanto, no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social, como el IMSS o el ISSSTE.

Zonas rurales: localidades menores de 2,500 habitantes (de acuerdo con el INEGI).

Zonas urbanas: localidades con 2,500 y más habitantes (de acuerdo con el INEGI).



INTRODUCCIÓN

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), de acuerdo con el artículo 81 de la Ley General de Desarrollo Social, debe establecer los lineamientos y criterios para definir, identificar y medir la pobreza en México. La medición de la pobreza considera las dimensiones asociadas a los derechos sociales (rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, acceso a la alimentación, calidad y espacios de la vivienda, así como servicios básicos en la vivienda) y la dimensión asociada al espacio del bienestar económico (ingreso corriente por persona).

Una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a servicios de salud, de acuerdo con el CONEVAL, cuando no cuenta con afiliación, adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social o los servicios médicos privados. En este sentido, la medición de pobreza se refiere al mínimo que el Estado debe garantizar para que una persona pueda ejercer su derecho a la salud.

La carencia por acceso a los servicios de salud ha disminuido de manera pronunciada en los últimos años. Sin embargo, la afiliación es tan sólo el primer paso para que los individuos cuenten con acceso a los servicios de salud. Para identificar si existe acceso y uso efectivo a estos servicios, es necesario analizar diversos elementos sobre si se obtiene atención, de calidad, cuando se requiere y es resuelto el problema de salud, independientemente de factores como el ingreso, la residencia, la condición laboral o étnica. Por ello, con el fin de aportar información del ejercicio efectivo del derecho a la salud, en este documento se presentan indicadores que buscan aproximar una medición del acceso y uso efectivo de los servicios de salud por medio de cuatro dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, utilización y calidad.

Este análisis da cumplimiento al Presupuesto de Egresos de la Federación 2012, el cual establece que el CONEVAL deberá contar con indicadores de seguimiento y evaluar el Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) con base en indicadores que consideren el acceso y uso efectivo, así como el impacto en las condiciones de salud de la población beneficiaria.

Además de la propuesta de indicadores relacionados con el acceso y uso efectivo a los servicios de salud, el documento presenta, a partir de un análisis descriptivo de indicadores, un diagnóstico del uso y acceso efectivo de los servicios de salud, con énfasis en las personas afiliadas al Seguro Popular.

Este informe no busca construir un índice que mida el acceso y uso efectivo a los servicios de salud; más bien se privilegió el contar con indicadores que proporcionen información sobre diferentes dimensiones y, así, identificar oportunidades de mejora en los servicios de salud. El análisis es un primer acercamiento al acceso y uso efectivo a éstos en virtud de que sólo se utiliza información pública, lo cual delimita su alcance.

La construcción de los indicadores se realizó con información proveniente del Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (MCS-ENIGH), el Censo de Población y Vivienda 2010, ambos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del Instituto Nacional de Salud Pública, registros administrativos del Seguro Popular hasta 2010 y las bases de datos de recursos (infraestructura, materiales y humanos) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2000-2010, producidas por el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). Además, se incluyen los resultados del estudio cualitativo "Trayectorias maternas y el papel de los servicios de salud",¹ efectuado por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).

El informe está estructurado en tres capítulos. En el primero se presentan los antecedentes sobre el derecho a la salud y la medición de pobreza del CONEVAL. En el segundo se incluye una propuesta de las dimensiones asociadas al acceso y uso efectivo de los servicios de salud, así como de indicadores en cada una de estas dimensiones, contruidos a partir de la información proveniente de bases de datos públicas. En el tercero se aborda el caso del Seguro Popular con base en los indicadores de acceso y uso efectivo propuestos. Finalmente, se formulan conclusiones derivadas del análisis.

¹ CIESAS, 2013, proyecto de investigación en proceso coordinado por Angélica Rojas Cortés.

CAPÍTULO 1

El derecho a la salud
y la medición de pobreza
en México



El derecho a la salud en México emana de la Constitución, la cual lo reconoce dentro de las garantías individuales en el cuarto párrafo del artículo 4º: "... toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general". Este reconocimiento del derecho se ajusta a los lineamientos internacionales en la materia, tales como recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como los compromisos adquiridos al ratificar los distintos tratados internacionales sobre derechos humanos.

En México, el derecho a la salud forma parte de los derechos sociales, lo que obliga al Estado a garantizarlo y protegerlo ofreciendo una serie de prestaciones y medios necesarios para satisfacer las necesidades relativas a dicho derecho; es decir, el Estado interviene a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de que el derecho a la salud pueda ejercerse plenamente.

El derecho a la salud es reglamentado a través de la Ley General de Salud. En ésta se establecen las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en esta materia. Su observancia es general y dispone que el derecho a la protección de la salud permita: alcanzar el bienestar físico y mental de los mexicanos; proteger y acrecentar los valores para coadyuvar a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social; alargar y mejorar la calidad de vida de todos los mexicanos, con especial atención en los sectores más vulnerables; promover servicios de salud y asistencia social adecuados y aptos para satisfacer las necesidades de salud de la población; dar a conocer e impulsar el aprovechamiento y utilización de los servicios de salud; y estimular la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Sin embargo, aunque en materia de reglamentación el derecho a la salud en México está garantizado por la Constitución y alineado con reglamentaciones internacionales, esto no siempre implica su pleno ejercicio, por lo que es necesario conocer la brecha que existe entre el reconocimiento de este derecho y su ejercicio efectivo. Una aproximación en este sentido lo constituye la medición de pobreza que considera dimensiones relacionadas con los derechos sociales.

De acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social, la medición de la pobreza en México considera las dimensiones que tienen que ver con los derechos sociales (educación, salud, seguridad social, alimentación, vivienda y sus servicios) y la dimensión asociada al espacio del bienestar económico (ingreso corriente per cápita). Esto supone la identificación de insuficiencias en cada dimensión con base en criterios adecuados a cada aspecto, lo que implica conceptualmente, desde el enfoque de derechos, medir un piso mínimo de cada uno de los derechos, que se desea satisfacer de manera universal para toda la población.

En el caso del acceso a los servicios de salud, como parte de la medición de la pobreza realizada por el CONEVAL, se considera que una persona se encuentra en una situación de carencia por acceso a servicios de salud cuando no cuenta con afiliación, adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social –Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), Ejército o Marina– o los servicios médicos privados. La medición de la pobreza proporciona datos sobre la población que declara estar afiliada al Seguro Popular y a instituciones de salud, con desagregación por institución.

Entre 2010 y 2012, la carencia por acceso a servicios de salud disminuyó (ver cuadro 1) debido, principalmente, al incremento en la afiliación al Seguro Popular, la cual aumentó tanto en porcentaje como en número de personas.



Cuadro 1. Carencia por acceso a los servicios de salud, México, 2010 y 2012

Indicadores	Porcentaje		Millones de personas	
	2010	2012	2010	2012
Carencia por acceso a los servicios de salud	29.2	21.5	33.5	25.3
Composición de la población sin carencia por acceso a los servicios de salud, según institución de afiliación				
Población afiliada al Seguro Popular	30.5	40.8	35.0	47.8
Población afiliada al IMSS	31.8	32.1	36.4	37.6
Población afiliada al ISSSTE	5.6	5.8	6.4	6.8
Población afiliada al ISSSTE estatal	1.7	0.8	2.0	0.9
Población afiliada a Pemex, Defensa o Marina	0.9	0.9	1.1	1.0
Población con seguro privado de gastos médicos	0.9	0.9	1.0	1.1
Población con acceso a servicios médicos por seguridad social indirecta*	2.5	1.8	2.9	2.2
Población afiliada a otra institución médica distinta de las anteriores	1.4	1.7	1.6	2.0

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y 2012.

Nota: Una persona puede estar afiliada a más de una institución.

*Son aquellas personas que tienen acceso a servicios médicos por parentesco directo con algún familiar y que no cuentan con Seguro Popular.

Además de la medición de la carencia por acceso a la salud, se generan indicadores complementarios sobre elementos asociados al derecho a la salud. Estos datos (ver cuadro 2) muestran que, aunque la carencia por acceso a servicios de salud ha disminuido, los indicadores sobre el acceso oportuno a la atención médica y el acceso efectivo a los servicios de salud no han tenido una variación similar y, en el caso de servicios preventivos, el porcentaje de población que no los utiliza, como el control de peso y la medición y detección de hipertensión arterial, ha aumentado, contrario a lo que se esperaría en tanto que un mayor número de personas cuenta con afiliación a servicios de salud.

Cuadro 2. Indicadores complementarios de salud, México, 2010 y 2012

Indicadores	Porcentaje	
	2010*	2012*
Porcentaje de hogares cuyos integrantes tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de emergencia ¹	3.7	2.9
Porcentaje de población que en los últimos doce meses sufrió algún dolor, malestar, enfermedad o accidentes que le haya impedido realizar sus actividades cotidianas y no recibió atención médica ²	3.1	2.9
Utilización de los servicios preventivos Porcentaje de población que en los últimos doce meses no ha sido pesada o medida por un médico o enfermera (control de peso y medida)	30.4	30.8
Porcentaje de población de treinta años de edad o más a la cual en los últimos doce meses no se le ha tomado una muestra de sangre mediante punción de alguno de sus dedos para detectar diabetes (detección de diabetes)	48.2	46.9
Porcentaje de población de treinta años de edad o más a la cual en los últimos doce meses no se le ha medido la presión arterial (detección de hipertensión arterial)	30.1	30.7

Fuente: Estimaciones del CONEVAL con base en el MCS- ENIGH 2010 y 2012.

¹ Se considera como acceso oportuno a la atención médica.

² Se considera como acceso efectivo a los servicios de salud.

* Cifras expandidas conforme a las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población, actualizadas en abril de 2013.

En este sentido, dado que la afiliación a servicios de salud no es un indicador suficiente para medir el acceso y uso de los servicios de salud, es necesario analizar información adicional que complemente los datos que ya reporta el CONEVAL y que contribuyan a determinar hasta qué punto se ejerce efectivamente el derecho a la salud. En el siguiente capítulo se presenta una propuesta de indicadores sobre el acceso y uso efectivo de los servicios de salud.

CAPÍTULO 2

Acceso y uso efectivo
de los servicios de salud



El acceso y uso efectivo a la salud se refiere a la posibilidad de obtener atención en salud cuando se requiere y que ésta sea independiente de características como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría. De acuerdo con la OMS, el acceso a los servicios de salud puede medirse a través de la utilización de los servicios de salud por parte de los individuos, lo cual, a su vez, es influido por la estructura del sistema de servicios (disponibilidad de servicios, organización y financiamiento) y por la naturaleza de los requerimientos (recursos para los consumidores potenciales) (OPS/ OMS, 2000).

La afiliación a un sistema de salud no asegura que se esté recibiendo el servicio y que, en su caso, éste sea de calidad y resolutivo. Para ello, es conveniente considerar elementos de análisis que permitan identificar si la cobertura de los servicios de salud se traduce en que, al demandarlos, éstos sean otorgados y en qué medida son accesibles, de calidad y corresponden a las necesidades de las y los beneficiarios.

Diversas razones pueden determinar el que una persona afiliada a un sistema de salud no reciba los servicios a los que tiene derecho: pueden ir desde la inexistencia del servicio específico que es requerido hasta la falta de información sobre los servicios a los que pueden acceder o la desconfianza en los que son ofrecidos.

El análisis de acceso y uso efectivo de los servicios de salud puede ser realizado desde la perspectiva de diferentes dimensiones a través de las cuales se pueden construir indicadores que informen sobre la existencia de las características de los servicios que permitan garantizar el derecho a la salud. De acuerdo con la OMS, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas adoptó en el año 2000 una observación general sobre el derecho a la salud en la que se afirma que éste abarca cuatro elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.²

Con base en estos últimos y con la revisión de fuentes de información pública,³ se definieron dimensiones para analizar el acceso y uso efectivo, las

² Consultado el 27 de septiembre de 2013 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

³ Para definir las dimensiones del análisis realizado, se consultaron las fuentes de información existentes, entre las que se encuentran el MCS-ENIGH, el Censo de Población y Vivienda 2010, ambos realizados por el INEGI, la ENSANUT del Instituto Nacional de Salud Pública, registros administrativos del Seguro Popular hasta 2010 y las bases de datos de recursos (infraestructura, materiales y humanos) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2000-2010 producidas por el SINAIS.

cuales incluyen tres de los elementos considerados por la OMS: disponibilidad, accesibilidad y calidad,⁴ y la utilización de los servicios de salud. Se construyeron indicadores que corresponden a una aproximación de cada una de las dimensiones, considerando que la información no siempre fue suficiente para cubrir todos los aspectos relevantes en cada dimensión. A continuación se presentan las dimensiones analizadas y los indicadores en cada una de ellas.

DIMENSIONES DEL ACCESO Y USO EFECTIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Disponibilidad

Se refiere a la obligación del Estado de garantizar la suficiencia de infraestructura y establecimientos, bienes y servicios de salud. La disponibilidad de servicios de salud se basa en la puesta en marcha de las unidades médicas y hospitales mediante la existencia de los recursos materiales, humanos y presupuestarios necesarios para la atención a la salud de la población.

En este sentido, la disponibilidad se mide como los recursos humanos y unidades existentes, así como sus características, para dar atención a problemas de salud de la población en relación con la población que potencialmente se está obligado a atender. En el cuadro 3 se presentan los indicadores identificados sobre disponibilidad de servicios de salud.

⁴ Respecto a la aceptabilidad, la cual se refiere a que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, la información con que se cuenta no permite tener datos sobre este aspecto, por lo que no se consideró en el análisis.



Cuadro 3. Indicadores para medir disponibilidad de los servicios de salud

Atributo	Indicador	Fuente	Años disponibles
Recursos físicos y materiales	Establecimientos de salud por cada mil personas afiliadas	SINAIS MCS-ENIGH	2008 y 2010
	Camas censables disponibles por cada mil personas afiliadas	SINAIS MCS-ENIGH	2008 y 2010
	Camas no censables disponibles por cada mil personas afiliadas	SINAIS MCS-ENIGH	2008 y 2010
	Otro equipo médico disponible por cada mil personas afiliadas: ¹ incubadoras, quirófanos, salas de expulsión, bancos de sangre, laboratorios de análisis clínico, equipos de mamografía, unidades de hemodiálisis, equipo de ultrasonido	SINAIS MCS-ENIGH	2008 y 2010
Recursos humanos	Médicos en contacto con pacientes por cada mil personas afiliadas	SINAIS MCS-ENIGH	2008 y 2010
	Enfermeras en contacto con paciente por cada mil personas afiliadas	SINAIS MCS-ENIGH	2008 y 2010

Fuente: Elaboración del CONEVAL.

¹El equipo médico son los aparatos, accesorios e instrumental para uso específico, destinados a la atención médica en procedimientos de exploración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de pacientes. Según la clasificación del SINAIS, el equipo médico está integrado por camas censables, camas no censables y otro equipo médico. La clasificación de otro equipo médico se integra por incubadoras, quirófanos, sala de expulsión, banco de sangre, laboratorio de análisis clínicos, equipo de ultrasonido, gabinete de radiología, equipo de electrocardiografía, electroencefalógrafo, tomógrafo, unidad de radioterapia, unidad de resonancia magnética, litotriptores, unidad de hemodiálisis, equipos de mamografía y equipo de resonancia magnética (NOM-197-SSA1-2000). Para efectos de este documento, el indicador contiene datos de los elementos que constituyen otro equipo médico para los cuales se cuenta con información.

Accesibilidad

Se refiere a la no existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean éstos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender. En este caso, la accesibilidad se mide con indicadores que sólo consideran el tiempo que los individuos requieren para trasladarse al hospital en una emergencia médica,⁵ ya que, aunque se estima que una mejor aproximación de la accesibilidad a los servicios médicos debería incluir datos sobre barreras económicas o de información, así como medidas georreferenciadas de la ubicación de los individuos respecto a las unidades de salud, no se dispone de información pública suficiente para construir indicadores al respecto. En el cuadro 4 se muestran los indicadores utilizados en esta dimensión.

⁵ La información únicamente permite recuperar tiempos de traslado a hospitales y no a unidades médicas ambulatorias en tanto que los datos corresponden a las preguntas: "Desde que viven aquí, ¿cuánto tiempo tardaron en llegar a un hospital la última vez que tuvieron una emergencia? Y en caso de una emergencia y considerando el medio de transporte que utilizaría, ¿cuánto tiempo cree que tardaría en llegar a un hospital en el que lo pudieran atender?".

Cuadro 4. Indicadores para medir accesibilidad a los servicios de salud

Atributo	Indicador	Fuente	Años disponibles
Física	Tiempo promedio de traslado al hospital la última vez que se tuvo una emergencia	MCS-ENIGH	2008 y 2010
	Tiempo promedio estimado de traslado al hospital en caso de presentarse una emergencia	MCS-ENIGH	2008 y 2010

Fuente: Elaboración del CONEVAL.

Utilización

Se refiere al uso que hacen los individuos de la infraestructura o establecimientos, bienes y servicios de salud cuando lo requieren. En este caso, utilizando la información que se tiene disponible, se consideran indicadores sobre el reporte de atención médica en caso de enfermedad y el uso de servicios médicos específicos (ver cuadro 5).

Cuadro 5. Indicadores para medir utilización de los servicios de salud

Atributo	Indicador	Fuente	Años disponibles
Tipo de servicio de salud utilizado	Porcentaje de personas que se atienden cuando tienen problemas de salud en centros de salud, hospitales o institutos de la Secretaría de Salud; hospitales del IMSS; IMSS-Oportunidades; hospitales o clínicas privadas; consultorios de farmacias	MCS-ENIGH	2008 y 2010
Atención a la demanda de servicios	Porcentaje de personas que reportan sí haber recibido atención a sus problemas de salud ¹ en los últimos doce meses	MCS-ENIGH	2008 y 2010
	Porcentaje de personas que reportan haber recibido atención a sus problemas de salud en las últimas dos semanas ²	ENSANUT	2006 y 2012
	De las personas que recibieron atención por sus problemas de salud, porcentaje de personas que sí fueron atendidas por personal de salud	ENSANUT	2006 y 2012
	Porcentaje de personas hospitalizadas en el último año	ENSANUT	2006 y 2012
	Porcentaje de personas cuya hospitalización fue en instalaciones de la Secretaría de Salud, así como en unidades de seguridad social	ENSANUT	2006 y 2012

Fuente: Elaboración del CONEVAL.

¹La existencia de problemas de salud se refiere a la existencia de una enfermedad o padecimiento de algún dolor, malestar o accidente que le haya impedido al individuo realizar sus actividades cotidianas (MCS, 2010).

² Este porcentaje proviene del grupo de individuos que declaran haber presentado problemas de salud en los últimos doce meses.

Calidad

Se refiere a que la infraestructura o los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados a las necesidades de salud de los pacientes, lo cual requiere, entre otros aspectos, de personal suficiente, medicamentos apropiados y suficientes, equipamiento adecuado, condiciones sanitarias y

de higiene adecuadas, y buen trato por parte del personal de salud hacia las y los beneficiarios.

Para aproximar una medida de la calidad del servicio de salud, se utilizan indicadores relacionados con la percepción de los individuos sobre la adecuación de los servicios a sus necesidades; es decir, el enfoque se dirigió a la calidad del servicio desde el punto de vista del paciente en cuanto al tratamiento y la atención que recibió, considerando que las características de los elementos que conforman los servicios de salud que reciben los individuos determina la percepción que ellos tienen de éstos, aunque no se puedan evaluar directamente aspectos como aprobación de medicamentos, equipamiento adecuado o el grado de la capacitación del personal. En el cuadro 6 se muestran los indicadores referidos a calidad de los servicios de salud.

Cuadro 6. Indicadores para medir calidad de los servicios de salud

Atributo	Indicador	Fuente	Años disponibles
Atención a la salud	Porcentaje de personas que no fueron atendidas al presentar un problema de salud	MCS-ENIGH	2008 y 2010
	Motivo por el que las personas no fueron atendidas al presentar un problema de salud	MCS-ENIGH	2008 y 2010
Hospitalización	Porcentaje de personas hospitalizadas que consideran muy buena o buena la calidad del servicio durante su hospitalización	ENSANUT	2006 y 2012
	Motivos por los que las personas hospitalizadas consideran muy buena o buena la calidad del servicio durante su hospitalización	ENSANUT	2006 y 2012
	Porcentaje de personas que no regresarían al lugar de hospitalización	ENSANUT	2006 y 2012
	Motivos por los que las personas no regresarían al lugar de hospitalización	ENSANUT	2006 y 2012

Fuente: Elaboración del CONEVAL.

Los indicadores en cada dimensión permiten analizar diversos aspectos del acceso y uso efectivo, lo cual facilita la identificación de elementos que contribuyen al ejercicio del derecho a la salud y elementos que podrían inhibirlo. En el siguiente capítulo se retoma el análisis de estos indicadores con datos correspondientes a 2008 y 2010, con énfasis en el caso del Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular).

CAPÍTULO 3

Indicadores de acceso
y uso efectivo de los
servicios de salud:
el caso del Seguro
Popular

De acuerdo con la Ley General de Salud, se entiende por Seguro Popular a las acciones que en esta materia provean los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud. El Seguro Popular busca otorgar cobertura de los padecimientos indicados en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) a través de un aseguramiento público y voluntario para aquellas personas que no son derechohabientes de ninguna institución de seguridad social.

El Seguro Popular inició con una prueba piloto durante 2002 y 2003 que se llevó a cabo en cinco entidades federativas (Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco); no fue sino con las modificaciones y adiciones a diversas disposiciones de la Ley General de Salud decretadas en mayo de 2003, cuando se instituyó y, en 2004, comenzó operaciones.

La incorporación al Seguro Popular es voluntaria a petición del jefe de familia y tiene una vigencia de un año para familias ubicadas en el régimen contributivo, es decir, familias que deben pagar una cuota familiar por afiliación de acuerdo con el decil de ingreso al que pertenecen, y de tres años para familias ubicadas en el régimen no contributivo, con posibilidad de reafiliación indefinida.⁶ Las familias beneficiarias acceden a un conjunto de beneficios de atención médica comprendidos en el CAUSES, que prevé 284 intervenciones médicas, así como 58 intervenciones correspondientes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.⁷

El Seguro Popular es el vehículo financiero para la atención médica de las y los afiliados, y los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud son los responsables de promover y gestionar los servicios de protección en salud, administrar los recursos, supervisar a los prestadores de servicios y el pago de éstos, así como afiliar a quienes se interesen en recibir el programa. De este modo, la responsabilidad de la prestación del servicio no corresponde exclusivamente al programa, sino que requiere un trabajo coordinado entre la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud y los proveedores de servicios de salud públicos o privados en las entidades federativas.

Los beneficios que se obtienen a través del Seguro Popular no pueden ser equiparados a la derechohabencia a instituciones de seguridad social,

⁶ Seguro Popular, 2013. Consultado el 3 de julio de 2013 en http://www.seguropopular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=272&Itemid=286.

⁷ Seguro Popular, 2013. Consultado el 3 de julio de 2013 en http://www.seguropopular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=340&Itemid=371

como el IMSS o el ISSSTE, ya que los derechohabientes a estas instituciones cuentan con mayores beneficios, como la cobertura completa de los padecimientos, el sistema de pensiones, los beneficios para la adquisición de vivienda, entre otros, además de que la protección social que reciben está ligada al empleo con que cuentan. Por ello, la afiliación al Seguro Popular no se considera como un símil de derechohabiencia y, en todo caso, los datos presentados correspondientes a instituciones de seguridad social sirven como un referente para contextualizar la información sobre el Seguro Popular y sólo se refieren al acceso a servicios de salud.

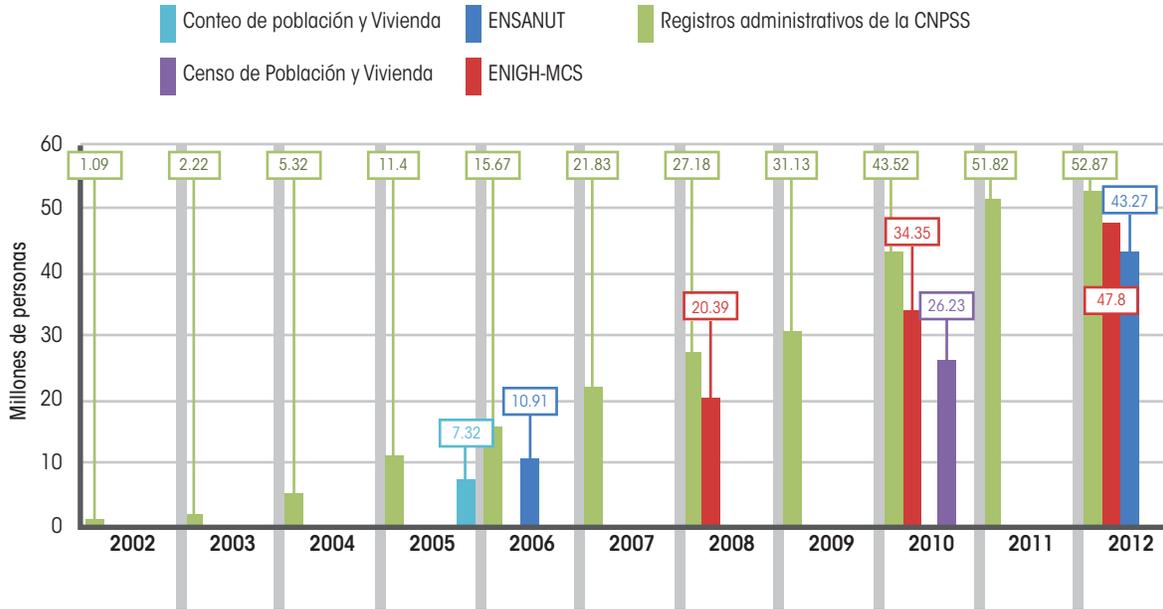
La afiliación al Seguro Popular se ha incrementado en los últimos años; de acuerdo con datos del propio programa, en 2012 aproximadamente 53 millones de mexicanos estaban afiliados a nivel nacional.⁸ Sin embargo, las cifras provenientes de registros administrativos del Seguro Popular presentan diferencias respecto a lo reportado por la población en el censo o conteo poblacionales y en encuestas sobre el tema. La gráfica 1 muestra la evolución del número de afiliados al Seguro Popular con base en diferentes fuentes de información; en todos los casos, los datos de afiliación de registros administrativos son mayores a lo obtenido en las fuentes poblacionales o las encuestas. Este es un elemento de particular relevancia, puesto que podría estar reflejando desconocimiento de los individuos sobre su afiliación y, por tanto, sobre los servicios de salud que les proporciona.⁹

⁸ Seguro Popular, 2013. Consultado el 3 de julio de 2013 en http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=272&Itemid=286

⁹ El problema de las diferencias en el número de afiliados según la fuente llama a reforzar la integración efectiva de un padrón nominal de los beneficiarios del Seguro Popular y garantizar, con ello, la congruencia de las cifras entre diferentes fuentes. Derivado de lo anterior, se hace necesaria una campaña de información a los afiliados responsables (jefes de familia) que asegure su concientización como beneficiarios del Seguro Popular.



Gráfica 1. Población afiliada al Seguro Popular según fuente de información, 2002-2012



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006 y 2012, Conteo de Población y Vivienda 2005, Censo de Población y Vivienda 2010, MCS-ENIGH 2010 y registros administrativos del Seguro Popular, consultados el 26 de marzo de 2013 en http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=272&Itemid=287 y http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=552&Itemid=481

Por un lado, dada la importante cobertura que en la actualidad tiene el Seguro Popular y la rapidez con que se ha expandido en los últimos años, la incidencia que ha tenido la afiliación al Seguro Popular en la evolución de la carencia por acceso a servicios de salud ha sido de gran trascendencia, lo que marca una diferencia importante en los resultados de la medición de pobreza; por lo tanto, conocer la brecha entre la afiliación como puerta de entrada al derecho a la salud y su ejercicio efectivo es de interés particular.¹⁰

Por otro lado, el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2012 (DPEF 2012) estableció que el CONEVAL deberá contar con indicadores de acceso y uso efectivo del Seguro Popular, lo cual ofrece un área de oportunidad específica para el análisis del acceso y uso efectivo a un caso en particular.

¹⁰ En 2012, el porcentaje de la población en situación de pobreza era de 45.5. Si no se consideraran las personas afiliadas al Seguro Popular, este porcentaje habría aumentado a 45.6 (el número de personas pobres habría pasado de 53.3 a 53.5 millones). En 2010, las cifras respectivas serían 46.1 y 46.2 por ciento (52.8 y 52.9 millones de personas pobres).

Por ello, con el fin de proveer información útil para la toma de decisiones y cumplir con lo establecido en el DPEF 2012, en este capítulo se brinda un análisis descriptivo de los veinte indicadores de las dimensiones consideradas del acceso y uso efectivo a los servicios de salud de los afiliados al Seguro Popular. En la dimensión de disponibilidad, los indicadores se muestran sólo para el Seguro Popular; en cambio, las otras dimensiones contienen los datos para el Seguro Popular y se comparan con otros servicios de salud, como el IMSS o ISSSTE. Esto, porque en el MCS-ENIGH y la ENSANUT es posible desagregar los datos de acuerdo con el servicio de salud al cual se encuentran afiliados los individuos; para la dimensión de disponibilidad de servicios de salud, la construcción de los indicadores con desagregación requiere datos particulares de cada sistema de salud; por lo tanto, como el objeto de esta sección es la presentación sólo de los indicadores para el Seguro Popular, no se incluyen los indicadores de los otros sistemas.

Las estimaciones de los indicadores provenientes de las encuestas utilizadas, ENIGH y ENSANUT, implican un error derivado de la generalización a toda la población, el cual es mayor conforme se aumenta el número de categorías en que se desglosan las variables. El desglose de las variables por tipo de afiliación, aunado a la reducción de muestra por considerar a individuos con determinadas características, hace difícil obtener estimaciones precisas y con errores pequeños.

Con el propósito de mostrar el nivel de precisión de las estimaciones de cada uno de los indicadores derivados de información proveniente de la ENIGH y la ENSANUT, se calcularon los errores estándar y los coeficientes de variación de dichas estimaciones. En este sentido, éstas pueden tener un buen nivel de precisión que permita utilizar el dato del indicador con confianza, un nivel de precisión aceptable o un nivel de precisión tal que se tengan que usar los datos con precaución, sólo con fines descriptivos. En el anexo se muestran cada una de las estimaciones realizadas, el error estándar y el coeficiente de variación asociado, lo que ayuda a que el lector identifique el nivel de precisión del dato presentado.

DISPONIBILIDAD

Respecto a la disponibilidad de los servicios de salud, la información proviene del SIN AIS sobre recursos humanos, físicos y materiales de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud. En virtud de que la atención a los afiliados al Seguro Popular se brinda de manera directa en las unidades



médicas de la Red de Prestadores de Servicios, integrada principalmente por centros de salud y hospitales de los Servicios Estatales de Salud, se considera que la disponibilidad potencial de los afiliados al Seguro Popular se puede medir a través de los servicios disponibles en este rubro. El cuadro 7 contiene los datos correspondientes a los indicadores de disponibilidad a nivel nacional para afiliados al Seguro Popular.

Cuadro 7. Indicadores sobre disponibilidad de los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular

Indicador	2008	2010
Establecimientos de salud por cada mil afiliados al Seguro Popular		
Unidades de consulta externa	0.629	0.391
Unidades de hospitalización	0.032	0.020
Camas censables disponibles por cada mil afiliados al Seguro Popular	1.720	1.082
Camas no censables disponibles por cada mil afiliados al Seguro Popular	1.292	0.789
Equipo médico disponible por cada mil afiliados al Seguro Popular		
Incubadoras	0.095	0.063
Quirófanos	0.076	0.050
Salas de expulsión	0.212	0.126
Bancos de sangre	0.006	0.004
Laboratorios de análisis clínico	0.044	0.028
Equipos de mamografía	0.008	0.005
Unidades de hemodiálisis	0.002	0.001
Equipo de ultrasonido	0.031	0.025
Médicos en contacto con pacientes por cada mil afiliados al Seguro Popular	3.894	2.500
Enfermeras en contacto con paciente por cada mil afiliados al Seguro Popular	4.744	3.127

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del SINAIS y de la ENIGH 2008 y 2010.

En los siguientes apartados se revisa cada uno de los indicadores con desagregación a nivel estatal.

a) Establecimientos de salud

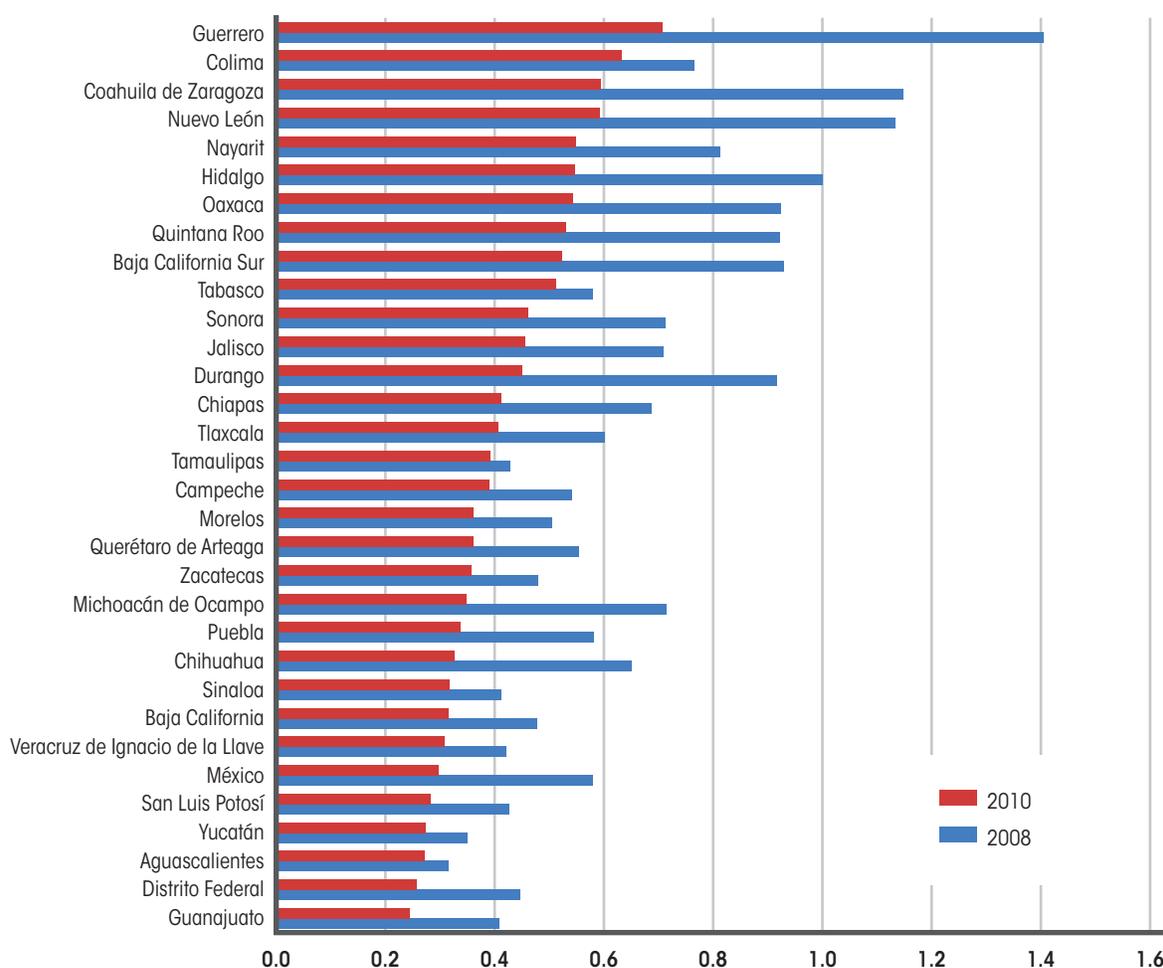
El número de unidades para consulta externa y hospitales constituye una medida para conocer el nivel de disponibilidad del sistema de salud. Las unidades para consulta externa incluyen consultorios rurales, consultorios urbanos, centros avanzados de atención primaria a la salud, centros de salud con servicio ampliado, consultorio delegacional, unidad de ministerio público, casa de salud, brigada móvil, unidad móvil, clínica de especialidades, centro de salud con hospitalización (unidad híbrida) y unidad de especialidades médicas.

- **Unidades para consulta externa**

El promedio de unidades para consulta externa para todo el país disminuyó de 2008 a 2010 (ver gráfica 2). En general, hay menos unidades disponibles

para el número creciente de personas afiliadas al Seguro Popular; comparado con 2008, los afiliados en 2010 tienen menos disponibilidad de unidades para consulta externa. En ambos años, Guerrero es el estado con más unidades de este tipo. Esta disminución no se debe a que el número de unidades se haya reducido, sino al crecimiento en la cifra de afiliados que se deben atender.

Gráfica 2. Unidades de consulta externa por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010



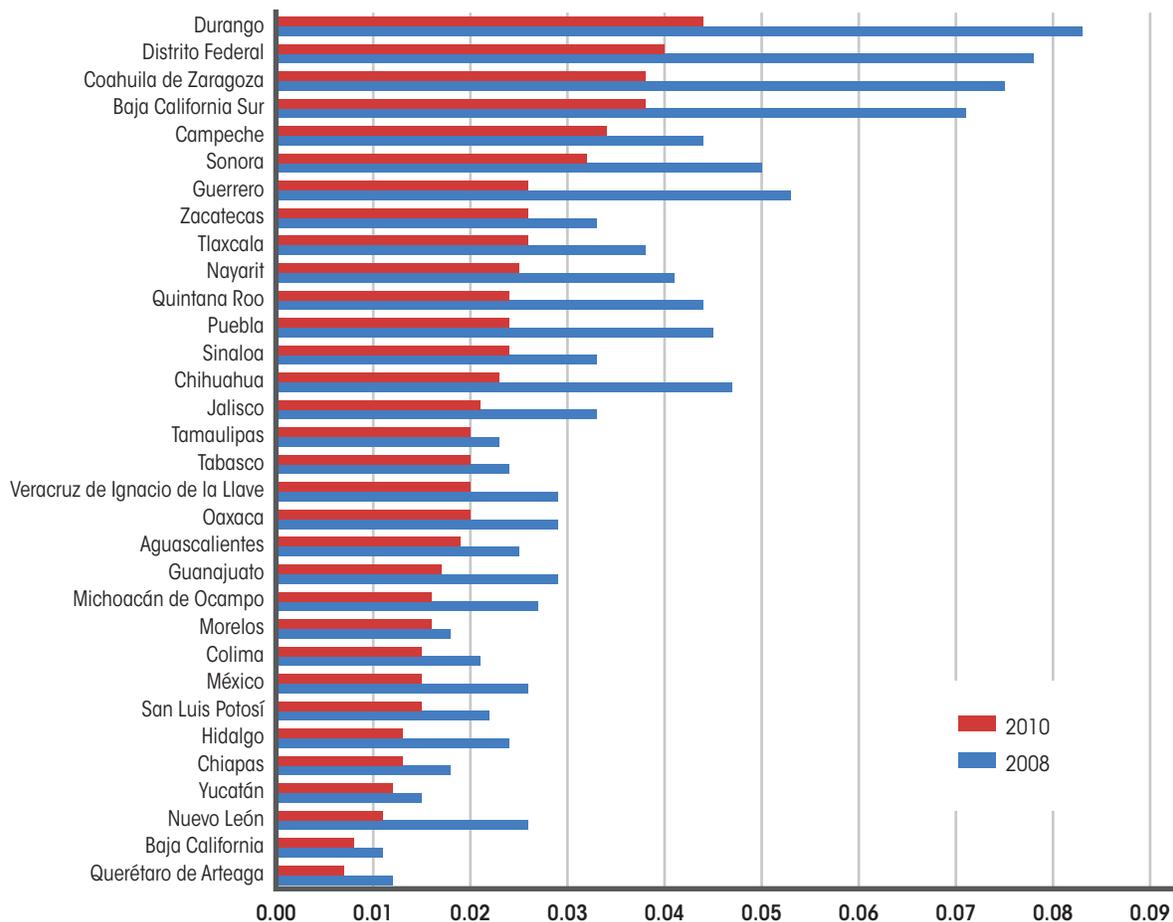
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del SINAIS y la ENIGH 2008 y 2010.

• Hospitales

En cuanto al número relativo de hospitales respecto a personas afiliadas al Seguro Popular en el ámbito estatal, los datos incluyen hospitales generales,

integrales, especializados y psiquiátricos. De acuerdo con datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE),¹¹ en México existían 0.011 y 0.012 hospitales públicos por cada mil habitantes en 2008 y 2010; estas cifras son cercanas a los mínimos identificados en 2008. Si se compara la evolución del indicador de 2008 a 2010, de nuevo se observa que, en promedio, debido al gran número de afiliados nuevos en esos años, se tiene un menor número relativo de hospitales en promedio en todos los estados. Durango, el Distrito Federal, Coahuila y Baja California Sur son, en los dos años, los estados con mayor número relativo de hospitales, aunque para todos ellos este indicador disminuyó.

Gráfica 3. Hospitales por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del SINAIS y la ENIGH 2008 y 2010.

¹¹ OCDE, 2013. Datos consultados el 26 de junio de 2013 en <http://stats.oecd.org>

b) Camas censables disponibles

Para conocer la capacidad instalada del sistema público de salud del país, se cuenta con información del número de camas para tratamiento de pacientes, las cuales están divididas en camas censables y no censables. Ambas medidas indican la capacidad de atender pacientes en los hospitales, pero con pequeñas diferencias.

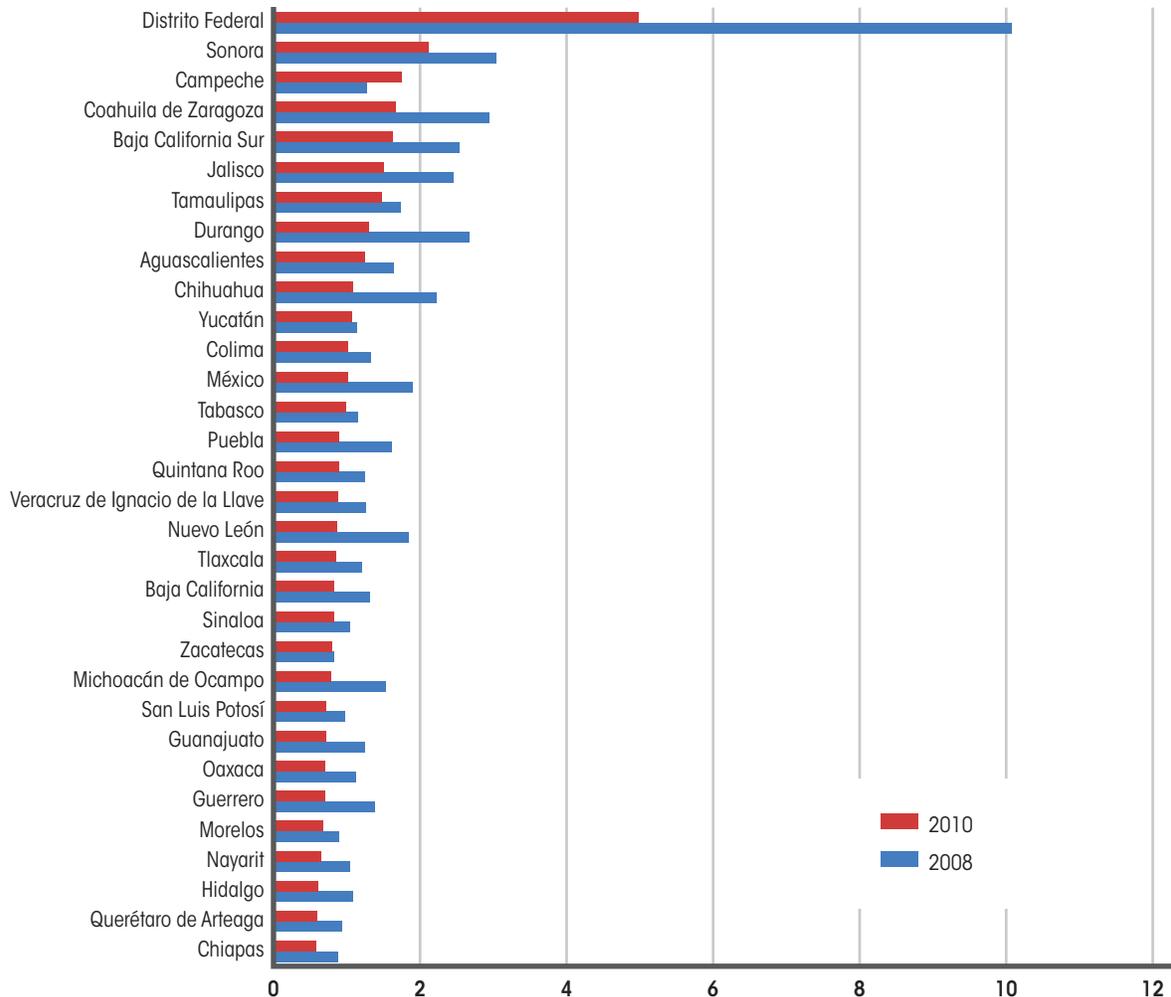
Primero se analizarán las camas censables, las cuales forman parte de los servicios no ambulatorios, es decir, se encuentran en el servicio instalado en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos e incluyen incubadoras para la atención a pacientes recién nacidos en estado patológico. Una de las características de estas camas es que generan un egreso hospitalario (NOM-035-SSA3-2012).

En relación con el indicador de camas censables por cada mil afiliados al Seguro Popular, en 2008 y 2010, el Distrito Federal contó con más del doble que el segundo lugar, Sonora, en los dos años analizados. En el Distrito Federal había 10.06 y 4.97 camas por cada mil afiliados al Seguro Popular en 2008 y 2010, respectivamente, mientras que en Sonora, 3.04 y 2.10 en los mismos años. Los tres estados con menos camas censables en 2008 fueron Morelos, Chiapas y Zacatecas, y en 2010, Hidalgo, Querétaro y Chiapas.

En general, de 2008 a 2010 se observa una disminución del promedio de camas censables por cada mil afiliados al Seguro Popular en todo el país; posiblemente, esto se deba al incremento en el número de afiliados, lo que refleja que el crecimiento en la infraestructura del sistema de salud quizá no ha seguido los ritmos de afiliación ni de requerimientos de hospitalización.



Gráfica 4. Camas censables por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del SINAIS y la ENIGH 2008 y 2010.

c) Camas no censables disponibles

Las camas no censables se destinan a la atención transitoria o provisional para observación del paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos. También se denominan camas de tránsito (ver gráfica 1 del anexo). Una de sus características es que no generan un egreso hospitalario (NOM-035-SSA3-2012).

El Distrito Federal se colocó de nuevo a la cabeza de la lista en ambos años, pero la diferencia con el segundo lugar no fue tan grande: la disminución fue de 43 por ciento en 2008 y 34 por ciento en 2010. En 2008, 22 estados

contaban al menos con una cama no censable por cada mil afiliados al Seguro Popular y, en 2010, sólo ocho estados disponían al menos de una cama no censable por cada mil afiliados. Los 24 estados restantes registraron, en 2010, cifras inferiores a una cama no censable. San Luis Potosí, Chiapas y Zacatecas son las entidades que menos camas no censables tenían en 2010, con 0.34, 0.34 y 0.42, respectivamente.

Una manera de dimensionar este hecho es examinando la información reportada para México por la OCDE.¹² En el país, el número de camas de hospitalarias por cada mil personas permaneció prácticamente sin cambios en 2008 y 2010 (1.7 y 1.68, en ese orden); esto lo situó en el último lugar del grupo de la OCDE,¹³ debajo de Chile, el cual tenía 2.4. El país con más camas hospitalarias por cada mil habitantes en 2010 fue Japón, con 13.51, y el promedio de todos los países fue de 4.85 camas hospitalarias por cada mil habitantes.¹⁴

Estos datos indican¹⁵ que, desde 2008, muchos de los estados de la república se encontraban en niveles muy bajos de disponibilidad de servicios de salud medidos por este indicador con relación a los países de la OCDE. Además, si se compara a México con países en donde existe cobertura universal que se ubican tanto en la parte alta de la distribución (Francia, con 6.43 camas por cada mil habitantes) como en la parte baja (Reino Unido, con tres camas por cada mil habitantes), se advierte que el sistema de salud mexicano tiene aún grandes retos para alcanzar niveles aceptables de disponibilidad de servicios medida con este indicador.

d) Equipo médico disponible

En cuanto a la disponibilidad de equipo médico, se observa también que, aunque el número absoluto de equipo creció de 2008 a 2010, debido a que la cifra de personas afiliadas se elevó más rápido, ahora hay menor cantidad de equipo médico por cada mil afiliados. No obstante, se incrementaron todos los tipos de equipo médico. El número total de incubadoras pertenecientes a la Secretaría de Salud pasó de 1,943 en 2008 a 2,202 en 2010. De una mag-

¹² OCDE, 2013. Datos consultados el 26 de junio de 2013 en <http://stats.oecd.org>

¹³ Los países de la OCDE para los cuales se tienen datos de camas hospitalarias en ambos años, ordenados de mayor a menor de acuerdo con esta variable en 2010, son Japón, Corea, Alemania, Austria, Hungría, República Checa, Polonia, Eslovaquia, Bélgica, Francia, Finlandia, Luxemburgo, Estonia, Suiza, Eslovenia, Australia, Islandia, Italia, Dinamarca, Portugal, Israel, Noruega, España, Irlanda, Estados Unidos, Reino Unido, Canadá, Nueva Zelanda, Suecia, Turquía, Chile y México.

¹⁴ *Ídem*.

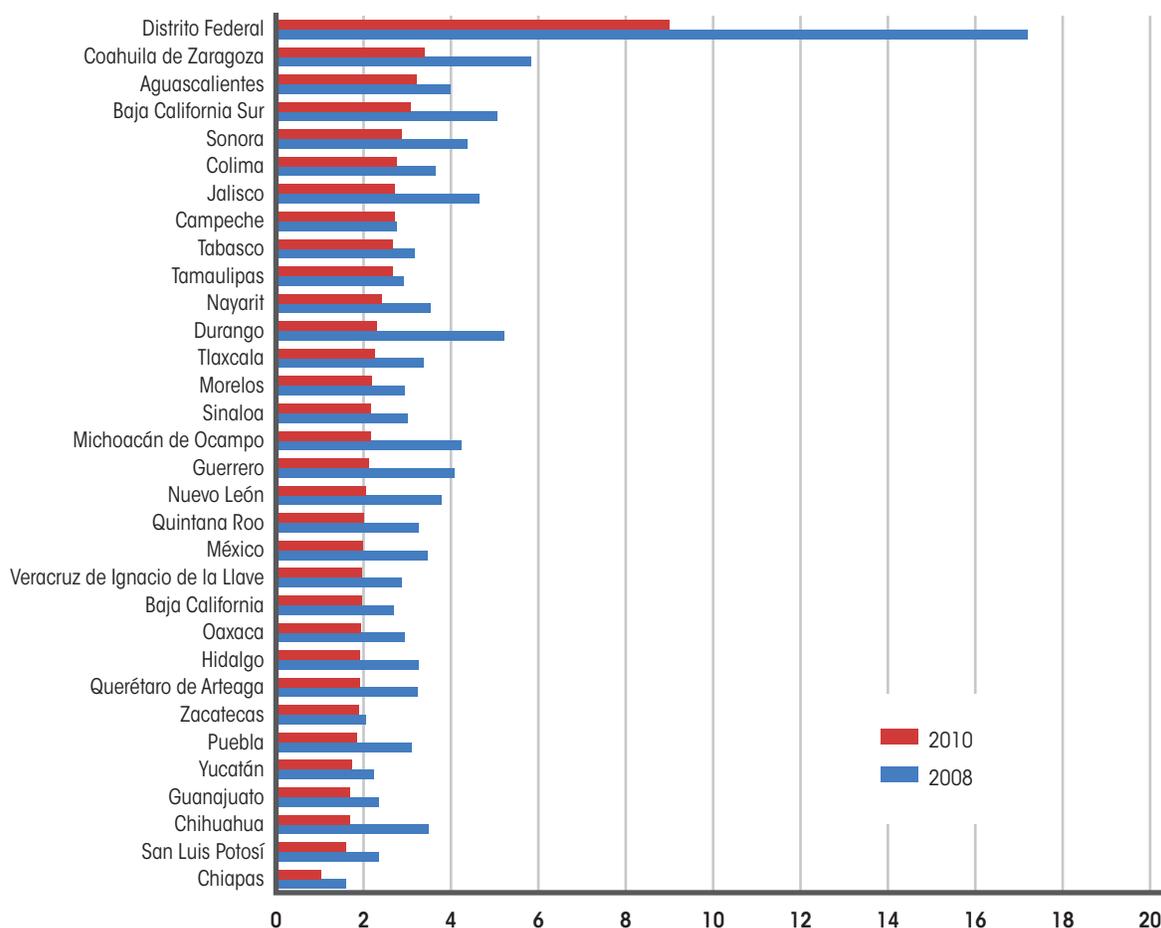
¹⁵ Obviando los problemas de comparación que puedan surgir de que se dividan las camas hospitalarias en dos categorías (censables y no censables); además, se están comparando camas por cada mil afiliados al Seguro Popular frente a camas por cada mil habitantes.

nitid similar fue el aumento en el número total de quirófanos, que pasó de 1,544 en 2008 a 1,735 en 2010. El número de salas de expulsión pasó en los dos años de observación de 4,318 a 4,403; el de bancos de sangre, de 124 a 142; y el de laboratorios de análisis clínicos, de 902 a 986. La información gráfica de estos indicadores en el orden federal se muestra en el anexo.

e) Médicos y enfermeras en contacto con paciente

La disponibilidad de recursos humanos (médicos y enfermeras) se redujo de manera general a casi la mitad. Los datos en 2008 y 2010 (ver gráficas 5 y 10 del anexo) referentes a los médicos y enfermeras en contacto con paciente revelan tendencias similares a las encontradas para consultorios y camas de hospitales. Mientras que Chiapas fue el estado con menor disponibilidad de recursos humanos, el Distrito Federal reportó la mayor disponibilidad en todos los casos. Es de notar la reducción relativa de médicos respecto a afiliados que se experimentó en 2010. En 2008, el Distrito Federal resultó la entidad con más médicos por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular, con 19.6, y en 2010 este número bajó casi a la mitad (10.2). En 2010, sólo Campeche mantuvo constante el número relativo de médicos; en las demás entidades disminuyó. El Distrito Federal, Durango y Michoacán mostraron los mayores descensos en esta medida. Una vez más, la disminución de este indicador se debió al fuerte aumento del número de afiliados al Seguro Popular.

Gráfica 5. Médicos en contacto con pacientes y en otras actividades por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular, 2008 y 2010



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del SINAS y la ENIGH 2008 y 2010.

La gráfica 10 del anexo muestra el número de enfermeras en contacto con paciente por cada mil afiliados al Seguro Popular en 2008 y 2010. De nuevo, Campeche fue el único estado en donde el número relativo de enfermeras no se redujo, incluso se incrementó ligeramente, mientras que el Distrito Federal estuvo a la cabeza en 2008 y 2010 y fue la entidad que experimentó mayor disminución en el número relativo. El promedio de la OCDE¹⁶ en los países en donde existe cobertura universal de servicios de salud por parte

¹⁶ OCDE, 2013. Datos consultados el 26 de junio de 2013 en <http://stats.oecd.org>

del Estado, es decir, donde todas las personas tienen derecho a recibir servicios de salud, es de 9.69 enfermeras profesionales y activas por cada mil habitantes. Todos los estados, a excepción del Distrito Federal, tienen cifras menores que éstas tanto en 2008 como en 2010.

En términos de disponibilidad de servicios de salud, ya sea que se analicen los recursos físicos o humanos, la conclusión es que, de 2008 a 2010, los indicadores disminuyeron debido a que, mientras la población afiliada continuó acrecentándose, la infraestructura y los recursos humanos en todos sus aspectos no aumentaron en proporción al incremento de la afiliación.

ACCESIBILIDAD

Para aproximar la dimensión de accesibilidad a los servicios de salud, se utilizó información sobre el tiempo que los individuos tardan en llegar a un hospital para atender una emergencia. Los hogares encuestados en la ENIGH 2010 fueron interrogados acerca de cuánto les tomó llegar a un servicio de emergencias de un hospital la última vez que requirieron estos servicios (ver cuadro 8). Aunque no se sabe a qué tipo de hospital recurrieron las personas, se puede suponer que, en promedio, acudieron a la unidad de salud que les corresponde según su lugar de afiliación.

Cuadro 8. Indicadores sobre accesibilidad a los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular

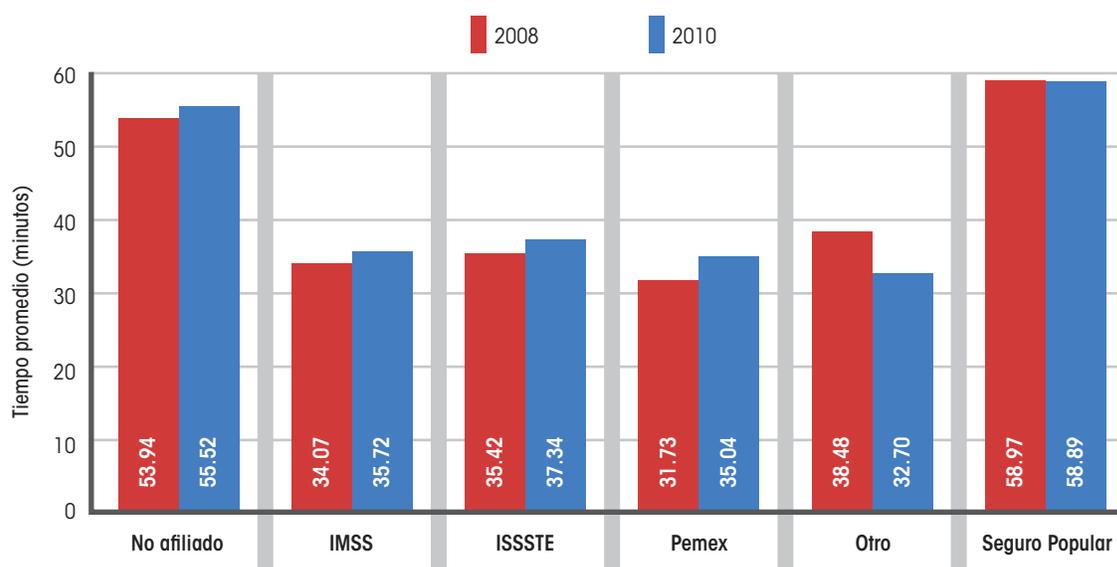
Indicador	2008	2010
Tiempo promedio de traslado al hospital la última vez que se tuvo una emergencia (minutos)	58.97	58.89
Tiempo promedio estimado de traslado al hospital en caso de presentarse una emergencia (minutos)	51.94	57.97

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

Con el propósito de contextualizar los datos anteriores, la gráfica 6 muestra que los afiliados al Seguro Popular son quienes, en promedio, tardan más en llegar a los servicios de salud respecto a los individuos que declaran estar afiliados o inscritos para recibir atención médica de instituciones diferentes a las de la Secretaría de Salud. En 2010, las personas afiliadas al Seguro Popular tardaron aproximadamente una hora en promedio, mientras que quienes declararon no tener afiliación o inscripción para recibir atención médica de alguna institución ocuparon el segundo lugar, con cerca de cincuenta y

cinco minutos. El tiempo de traslado a un hospital para afiliados al Seguro Popular, además de ser el más alto, se mantuvo sin cambios significativos entre 2008 y 2010.

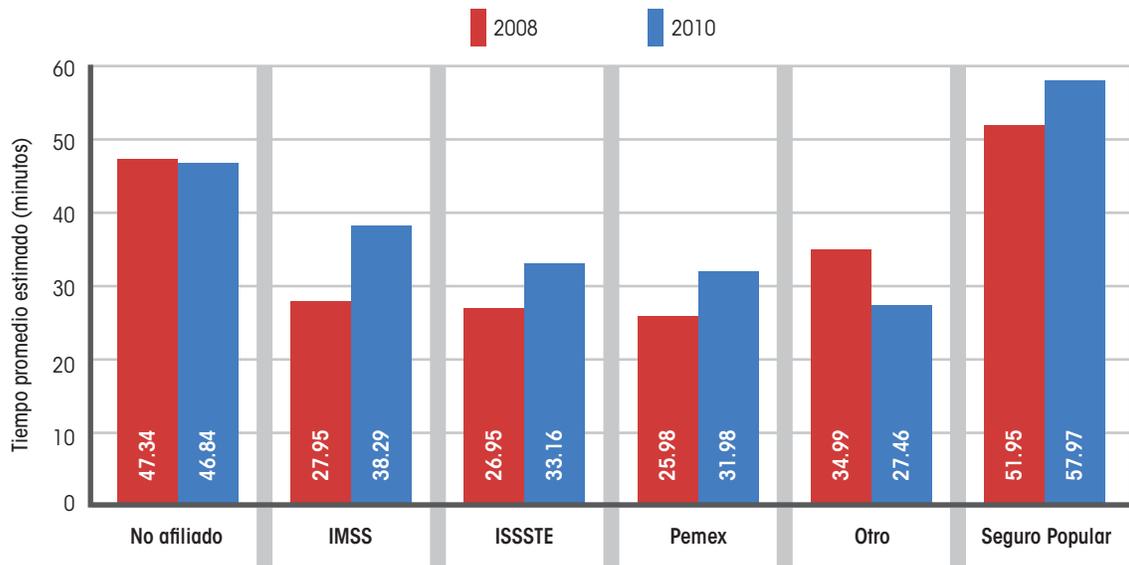
Gráfica 6. Tiempo de traslado al hospital para atender la más reciente emergencia, por tipo de afiliación, México, 2008 y 2010



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

Para aquellas personas que no reportaron haber tenido una emergencia desde que viven en ese domicilio, la gráfica 7 muestra el tiempo que los individuos estimaron que tardarían en llegar al hospital que les corresponde en caso de que ésta se presentara. La tendencia es muy similar al caso anterior: los afiliados al Seguro Popular son quienes consideraron los mayores tiempos para llegar al hospital.

Gráfica 7. Tiempo que las familias estiman que tardarán en llegar al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación, 2008 y 2010



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

Al observar el tiempo promedio que toma a los individuos llegar al hospital en caso de emergencia por tamaño de localidad (ver gráficas 11 y 12 del anexo), dos hallazgos llaman la atención. Primero, las personas que viven en las localidades de menor tamaño (de menos de 2,500 habitantes) son, en promedio, las que tardan más en llegar a un hospital en caso de emergencia. Segundo, en ambos años de estudio, los beneficiarios del Seguro Popular de las localidades de menor tamaño son quienes, junto con los no afiliados, demoran más en llegar al hospital en caso de emergencia. En localidades menores, las personas afiliadas al Seguro Popular (junto con los no afiliados a ningún régimen) invirtieron, en promedio, más de una hora en llegar al hospital. Estos promedios son similares para 2008 y 2010.

Para complementar esta información, se incluyen hallazgos del proyecto "Traectorias maternas y el papel de los servicios de salud", cuyo principal objetivo fue conocer la experiencia que tienen las mujeres durante el embarazo y la maternidad y la atención prestada por los servicios de salud. Se analizó la operación del Seguro Popular, el Seguro Médico Siglo XXI (antes llamado Seguro Médico para una Nueva Generación) y su Estrategia de Embarazo Saludable en el proceso de salud-enfermedad-atención materna de las mujeres. De este

análisis se obtuvo valiosa información cualitativa proveniente directamente de las experiencias de las afiliadas y sus familias, relacionada con el acceso a los servicios de salud, en particular sobre el proceso materno y otras experiencias enmarcadas en el conjunto de procedimientos a los que da cobertura el Seguro Popular.¹⁷ El estudio resalta la importancia de conocer las características de las comunidades en donde se llevaron a cabo las entrevistas, ya que los servicios de salud disponibles determinan en gran medida su acceso, como se encontró en las entrevistas. Tanto en Jalisco como en Mérida, las comunidades urbanas tienen mayor oferta de salud, a diferencia de las comunidades rurales, en donde el tiempo que se emplea para transportarse y recibir dichos servicios es un factor clave para el acceso a éstos.

A fin de tener un panorama completo de los obstáculos que surgen para un acceso efectivo al Seguro Popular desde la experiencia de las familias, el estudio previó el análisis de todo el proceso de operación del programa, desde los requerimientos para la afiliación hasta la resolución del padecimiento.

Un primer elemento de análisis fue la afiliación, considerada como la condición mínima de accesibilidad a los servicios de salud. Al respecto, el primer problema es que las familias muchas veces no cuentan con los recursos necesarios para obtener los documentos que se requieren para afiliarse al Seguro Popular. Esta problemática se presenta con mayor frecuencia en zonas rurales, donde los servicios de expedición de documentos se encuentran alejados de las comunidades y no existe información disponible y accesible de cómo tramitar los documentos. La migración también afecta el proceso de afiliación, ya que en numerosos casos no puede afiliarse a la familia completa porque uno o más de los miembros está trabajando en otro lado o alguno de los miembros no nació en el estado o en el país y no se tienen documentos que acrediten la nacionalidad mexicana. También se observó que la afiliación se dificulta más para aquellos que residen en comunidades distintas a donde se inscribieron.

¹⁷ El análisis se realizó a través de las experiencias de familias afiliadas al Seguro Popular con el objetivo de definir si todos los embarazos y partos en las regiones estudiadas contaron con los servicios de salud, y en caso negativo, en qué proporción carecieron de ellos. La evidencia fue recolectada en 2013 y los embarazos en cuestión se iniciaron desde fines de 2011. Las fechas previstas o efectivas de los partos o de la terminación del embarazo ocurrieron a partir de 2012. El trabajo de campo se llevó a cabo en zonas marginadas rurales y urbanas, con y sin presencia indígena, de los estados de Jalisco y Yucatán. Se trabajó en Jalisco por tener un índice de muerte materno medio y relativamente constante y en Yucatán, por el descenso en sus cifras de mortalidad materna de 2002 a 2011. Las localidades se eligieron de acuerdo con el número de muertes maternas y el índice de marginación, considerando zona rural indígena, zona rural no indígena y zona urbana. Se realizaron veinte entrevistas semiestructuradas por localidad, y de ahí se seleccionaron a diez mujeres para realizarles entrevistas en profundidad.



Las mujeres embarazadas que desean afiliarse a la Estrategia de Embarazo Saludable, además de los documentos, deben presentar una prueba de embarazo de un laboratorio, pero en muchas comunidades no existe este servicio en los centros de salud, por lo que tienen que acudir a un laboratorio particular y pagar para que les realicen la prueba. En el caso de los recién nacidos, el principal problema es que no cuentan con acta de nacimiento a temprana edad y, por tanto, no se afilian a tiempo al Seguro Médico Siglo XXI.

En general, los usuarios del Seguro Popular percibieron que los trámites son excesivos y los documentos que tienen que exhibir son bastantes y a veces difíciles de conseguir; además, la información que se les proporciona sobre los requisitos en muchos casos es errónea, por lo que no pueden completar el proceso de afiliación.

Una vez que las familias logran cumplir con la documentación requerida, el siguiente obstáculo al que se enfrentan es la falta de Módulos de Atención y Orientación del Seguro Popular, ya que en numerosas comunidades no hay módulos fijos, sino que acuden brigadas cada cierto tiempo a afiliar a grupos de personas; esto implica que la espera para realizar el trámite sea muy larga y que el propio proceso también requiera mucho tiempo, ya que se pasa a consulta segura a cada miembro de la familia, y en gran parte de los casos la familia no acude completa.

UTILIZACIÓN

Para medir la utilización de servicios de salud, se muestran indicadores sobre el reporte de uso de servicios de salud de los afiliados al Seguro Popular con base en la información disponible (ver cuadro 9).

Cuadro 9. Indicadores sobre utilización de los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular

Indicador	2006	2008	2010	2012
Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular que se atienden cuando padecen problemas de salud en:				
Centros de Salud, hospitales o institutos de la Secretaría de Salud		90.88	80.59	
Hospitales del IMSS		3.09	5.87	
IMSS-Oportunidades		4.25	3.68	
Hospitales o clínicas privadas		11.17	11.90	
Consultorios de farmacias		9.66	12.71	
Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular que reportan haber recibido atención a sus problemas de salud en los últimos doce meses		91.87	87.26	
Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular que reportan haber recibido atención a sus problemas de salud en las últimas dos semanas	67.86			58.24
De las personas que recibieron atención por sus problemas de salud, porcentaje de afiliados al Seguro Popular que sí fueron atendidos por personal de salud	60.35			61.18
Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular hospitalizadas o internadas en el último año	10.67			39.60
Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular cuya hospitalización fue en instalaciones de la Secretaría de Salud	66.78			77.26

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010 y la ENSANUT 2006 y 2012.

En los siguientes apartados se describen los indicadores sobre utilización y se compara en cada uno de los casos a los afiliados del Seguro Popular con los individuos que declaran en las encuestas estar inscritos o afiliados a otras instituciones para recibir atención en salud, así como aquellos que no cuentan con ninguna afiliación o inscripción.

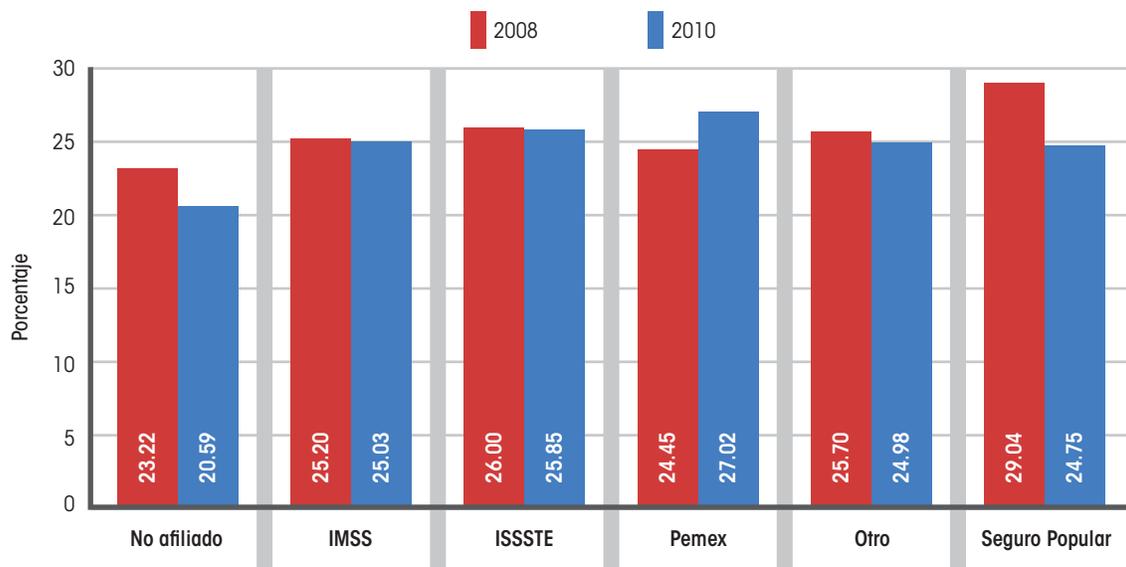
a) Demanda de servicios de salud

Para poner en contexto los indicadores de utilización de servicios de salud, los datos de morbilidad provenientes de lo declarado por personas mayores de doce años en la ENIGH acerca de la existencia de problemas de salud que les hayan impedido realizar sus actividades cotidianas ayudan a conocer la magnitud de la demanda por servicios de salud (ver gráfica 8). En promedio, una cuarta parte de la población total reporta haber tenido problemas de salud o accidentes que les han impedido efectuar sus actividades normales; sin embargo, esta prevalencia de morbilidad no es homogénea entre la población. En 2008, la población no afiliada a ningún régimen de seguridad social registró la incidencia más baja de morbilidad, con 23.22 por ciento, mientras que para el resto de la población, es decir, para quienes están afiliados a algún sistema de seguridad social, ésta fue de 27 por ciento.

Es probable que esta diferencia en morbilidad entre quienes cuentan con algún tipo de seguridad social y quienes no se deba a que los individuos que sí tienen seguridad social sean más propensos a tomar mayores riesgos para su salud, ya que les cuesta menos tratarse, o incluso que acudan más a recibir tratamiento por enfermedades menores en promedio que las personas que no están afiliadas a ningún régimen.

Aunque en términos porcentuales la incidencia de morbilidad para cada uno de los regímenes de seguridad social es similar, en términos absolutos el número de personas que ese porcentaje representa es muy diferente (ver gráfica 13 del anexo); por ejemplo, el IMSS y el Seguro Popular enfrentan una mayor demanda por servicios, pues son los que tienen mayor número de afiliados. En 2008, había más de ocho millones de beneficiarios del IMSS que reportaron haber tenido problemas de salud, mientras que en el Seguro Popular fueron casi seis millones. En la gráfica 13 del anexo destaca el rápido crecimiento de la demanda por servicios del Seguro Popular, así como la disminución del número de personas que padecen problemas de salud y no tienen afiliación. En 2010, el Seguro Popular registró una demanda mayor que la del IMSS en términos absolutos.

Gráfica 8. Porcentaje de personas cuyos problemas de salud les han impedido realizar sus actividades diarias en los últimos doce meses, por tipo de afiliación, 2008 y 2010



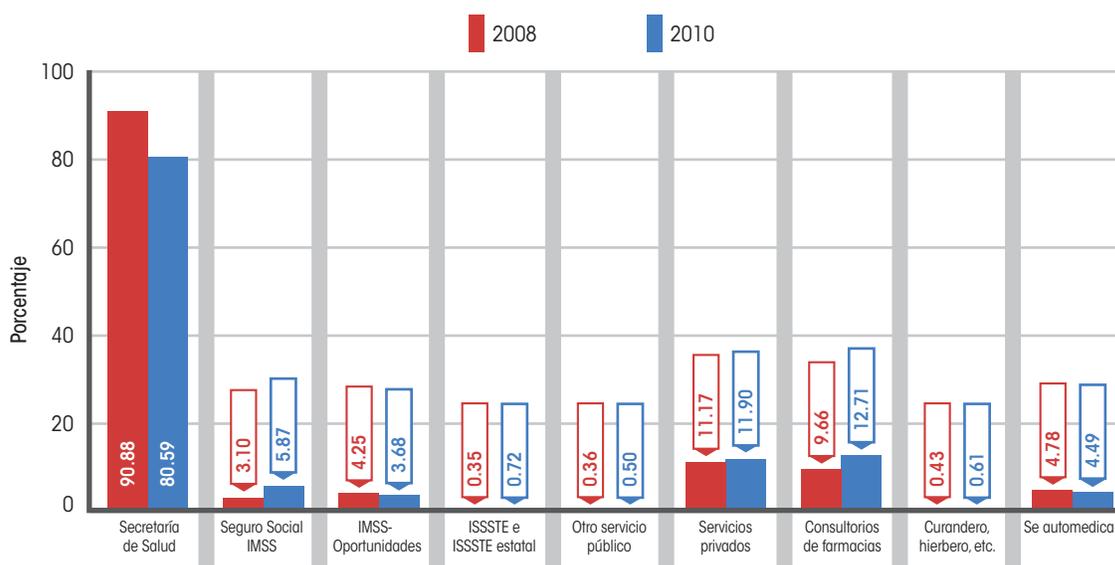
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

b) Lugar de atención médica

En cuanto al lugar específico donde se atienden los afiliados al Seguro Popular (ver gráfica 9), es de notar que, de 2008 a 2010, el porcentaje de atención de éstos en los hospitales y las clínicas de la Secretaría de Salud disminuyó en casi diez puntos porcentuales, mientras que la atención en servicios privados y consultorios de farmacias aumentó. Esto supone que los afiliados pueden no conocer su estatus de afiliado al Seguro Popular y, por ello, no acuden al servicio de salud que les corresponde, o bien, prefieren otros servicios de salud, aun con el gasto que esto pudiera implicar.

En contraste, los individuos que no cuentan con afiliación a algún sistema de seguridad social (ver gráfica 14 del anexo) acuden en mayor medida a servicios privados y consultorios de farmacias, y una parte importante también recurre a servicios provistos por la Secretaría de Salud; esto aumenta, en cierta medida, la presión en la demanda de servicios que corresponden a las personas afiliadas al Seguro Popular, aunque estos individuos, al no ser derechohabientes de la seguridad social, son parte de la población potencial de este programa.

Gráfica 9. Lugar de atención de las personas afiliadas al Seguro Popular, 2008 y 2010

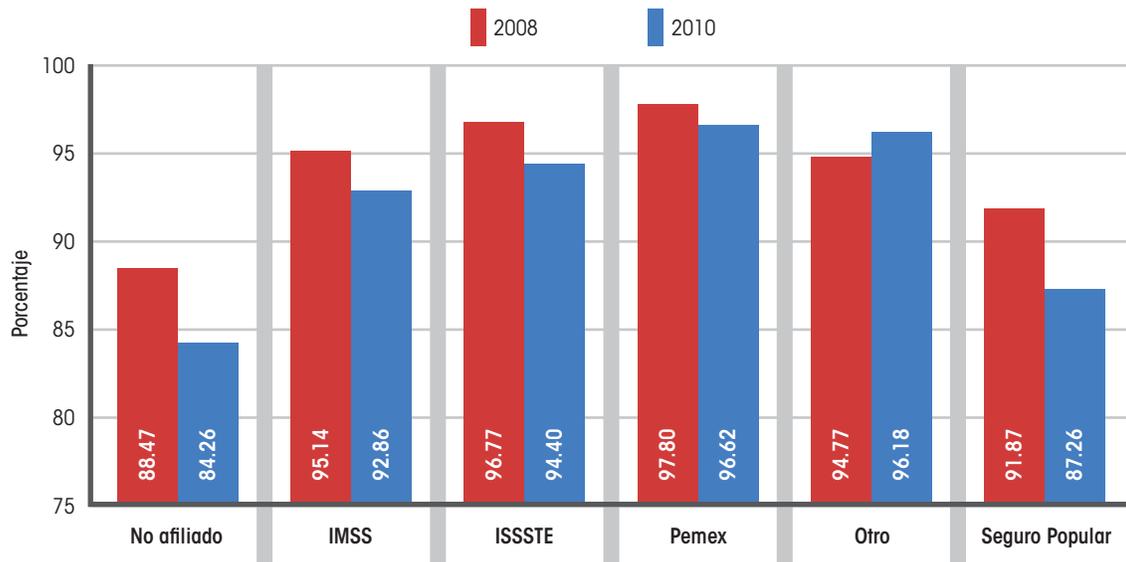


Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

c) Atención médica

Respecto a las personas que reportaron haber tenido problemas de salud y fueron tratadas, los servicios de salud en el país sufrieron una pequeña disminución de la demanda en el periodo comprendido entre ambos años de estudio, y atendieron a menos personas en 2010 que en 2008. Este cambio pudiera ser el resultado de variaciones en el tiempo de las condiciones de salud de la población o de los esfuerzos de prevención; sin embargo, con estos datos no es posible aportar a esta hipótesis.

Gráfica 10. Porcentaje de personas que reportaron tener problemas de salud y que fueron atendidas, por tipo de afiliación, 2008 y 2010



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

Si se observa el comportamiento de este indicador de acuerdo con el régimen de seguridad social de las personas, se aprecia que los rubros del Seguro Popular y de no afiliación son los únicos que registraron grandes modificaciones entre 2008 y 2010. En 2008, de los afiliados del Seguro Popular que padecieron problemas de salud, se atendió a 92 por ciento, sólo por encima del correspondiente a quienes no tienen afiliación a alguna institución para recibir atención médica y cuyos problemas de salud fueron atendidos (88 por ciento).

En 2010, de los afiliados al Seguro Popular con problemas de salud, 87 por ciento fueron atendidos, de nuevo sólo por encima de las personas sin afiliación a alguna institución (84 por ciento). Esto, en términos porcentuales, ya que en términos absolutos la oferta de servicios de salud del Seguro Popular creció (ver gráfica 15 del anexo). Lo anterior permite inferir que gran parte de los nuevos afiliados al Seguro Popular provienen del rubro de población no derechohabiente; por esto, gracias al incremento en el número de personas atendidas por el Seguro Popular, el rubro de personas sin afiliación experimentó una disminución en términos absolutos entre 2008 y 2010.

Estos resultados pueden ser complementados con datos de la ENSANUT 2006 y 2012 (ver gráfica 16 del anexo), los cuales confirman el hecho de que las personas afiliadas al Seguro Popular, lo mismo que las no afiliadas a alguna institución para recibir atención médica, son quienes en menor proporción declaran recibir atención a sus problemas de salud, así como la reducción en la atención reportada de 2006 a 2012. Esto podría ser indicativo de que la capacidad de atención de los servicios de salud está disminuyendo como resultado del aumento importante de los afiliados al Seguro Popular, que no ha estado acompañado de un incremento significativo en la disponibilidad de servicios de salud.

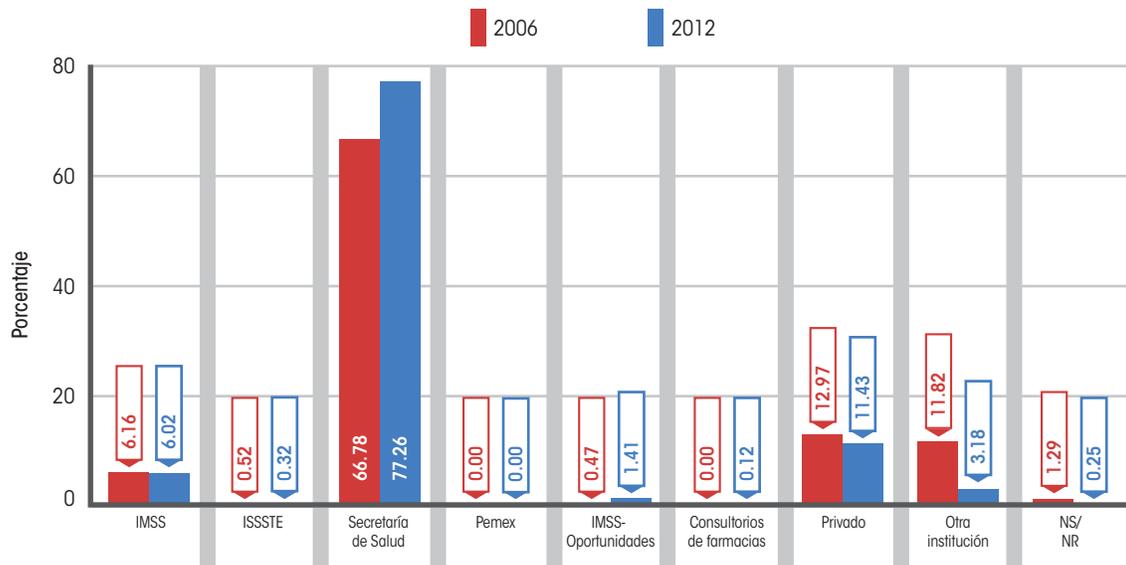
Los datos anteriores son congruentes con el hecho de que sólo 60 por ciento en 2006 y 61 por ciento en 2012 de los individuos afiliados al Seguro Popular (ver gráficas 17 y 18 del anexo) hayan sido atendidos por personal de salud y que este porcentaje sea de los más bajos, apenas por encima de los no afiliados a algún sistema de salud.

d) Hospitalización

Respecto al uso de servicios de hospitalización con base en datos de la ENSANUT 2006 y 2012, un aumento importante del porcentaje de personas hospitalizadas afiliadas al Seguro Popular entre 2006 y 2012 se acompañó de una reducción del porcentaje de hospitalizadas sin afiliación (ver gráfica 19 del anexo); lo anterior podría deberse a la expansión en la incorporación al Seguro Popular y porque más personas con problemas de salud se inscribieron voluntariamente para atenderse. Sin embargo, es notable que no todos los afiliados al Seguro Popular que fueron hospitalizados se han atendido en instalaciones de la Secretaría de Salud y que, como en el caso de la atención general a los problemas de salud, un porcentaje importante de individuos afiliados al Seguro Popular sigue acudiendo a hospitales privados (ver gráfica 11).



Gráfica 11. Distribución porcentual de personas afiliadas al Seguro Popular que fueron hospitalizadas, según lugar de atención, 2006 y 2012



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006 y 2012.

Finalmente, para complementar la información de los indicadores anteriores sobre la utilización de los servicios de salud, se retoman los resultados del estudio cualitativo realizado por el CIESAS acerca de la percepción de los usuarios de la atención que reciben en el tratamiento de la enfermedad o accidente de que se trate, así como los tiempos y las formas en que se presta el servicio cuando han recurrido al Seguro Popular.

Uno de los principales problemas que los usuarios reportan es la falta de atención oportuna, ya que para recibir tratamiento es necesario que la unidad de atención cuente con el personal adecuado, lo que se dificulta más en comunidades donde sólo operan casas de salud o unidades móviles. Incluso en aquellas unidades de atención donde sí existe personal adecuado, los tiempos de espera para acceder a consulta o tratamiento pueden llegar a ser muy largos. En el caso de las mujeres que ingresan por parto, muchas se han enfrentado a que no las atienden a tiempo o no detectan de manera oportuna que el parto viene con complicaciones, por lo que su experiencia termina, en el mejor de los casos, desincentivando el uso del Seguro Popular.

Para conocer de forma integral las experiencias de acceso efectivo al Seguro Popular, particularmente de las usuarias de la Estrategia de Embarazo Saludable, el estudio expone varios casos en los que se describe la experiencia completa del embarazo para ejemplificar y profundizar en los obstáculos a los que se enfrentan las usuarias.

El estudio encuentra que en casi todos los casos las mujeres han acudido en un momento del embarazo a algún servicio privado, lo que no implica que renuncien totalmente a atenderse en el Seguro Popular. Por otra parte, con cierta frecuencia se les ha confundido sobre su derecho de acceso a la atención y los costos que deben cubrir como beneficiarias, además de que las opiniones conflictivas de distintos profesionales de la salud y la falta de disponibilidad de los servicios públicos de la Secretaría de Salud las llevan a tomar decisiones que, en último caso, ponen en peligro sus vidas y las de sus bebés, aparte de ocasionarles costos no previstos.

En suma, las experiencias retomadas en el estudio indican que ningún caso ha sido atendido en su totalidad mediante el Seguro Popular y ningún caso de embarazo se ha resuelto sin costo monetario para ellas o sus familias. Los gastos y riesgos que han corrido las mujeres pueden deberse, en cierta medida, a decisiones y prácticas que ellas mismas han tomado o a su falta de recursos (para estudios y transporte, por ejemplo), pero una parte es, sin duda, responsabilidad de las instituciones públicas de salud.

CALIDAD

Uno de los objetivos del Seguro Popular es reducir el gasto de bolsillo de la población afiliada, ya que como entidad de protección financiera a la salud, el Seguro debe cubrir los gastos médico-quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios de los usuarios establecidos en el CAUSES. Esto se traduce en que, en general, las personas afiliadas tienen la percepción de que ya no pagarán por las consultas ni los medicamentos, aunque en los hechos podrían seguir teniendo gastos asociados con la atención médica por diversas razones.

Una de las causas identificadas del estudio cualitativo realizado por el CIESAS es la falta de disponibilidad de medicamentos cuando se requieren, incluso los básicos y de mayor demanda. Además, muchas familias, por experiencias anteriores, consideran no sólo que en los centros de salud no cuentan de



entrada con suficientes medicinas, sino que éstas no sirven porque no les resuelve su necesidad de salud en el tiempo y la forma que ellos esperan, por lo que muchas familias prefieren adquirir y utilizar medicamentos genéricos.

Además de pagar por medicamentos, los usuarios reportaron que tienen también que pagar por análisis, estudios y tratamientos. Estos gastos surgen porque los centros de atención en salud no cuentan con recursos suficientes y disponibles o con el equipo adecuado para atender padecimientos, aunque estén incluidos en el Seguro Popular.

Asimismo, en muchas comunidades, en especial las rurales, el gasto en salud se eleva por el desembolso que implica el traslado de los usuarios a las unidades de atención en salud, sobre todo para las personas que viven en comunidades donde sólo hay una casa de salud, donde únicamente acuden unidades móviles, donde sólo hay servicios de primer contacto o donde no hay hospitales. Esta situación se agrava cuando los padecimientos son más complicados o cuando surgen emergencias médicas, como los partos con complicaciones.

Si bien el Seguro Popular prevé una amplia cobertura de padecimientos contenida en el CAUSES y en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, que se amplía para el Seguro Médico Siglo XXI, hay otros padecimientos que no se incluyen, además de que la simple prescripción no asegura su cumplimiento. Hay familias que han tenido que pagar por la atención de enfermedades o accidentes aun cuando se supone que deben estar cubiertas por el Seguro Popular y, en otros casos, no tienen claro qué es lo que pagaron exactamente ni por qué. Este tipo de situaciones generan desconfianza entre los usuarios de los servicios públicos de salud en general y del Seguro Popular en particular, por lo que muchas veces prefieren atenderse con médicos particulares y utilizar los servicios del programa sólo para enfermedades graves y operaciones.

Los indicadores de calidad del servicio, que se refieren a la calidad que los individuos perciben de la hospitalización y los motivos que determinan esta percepción, así como los motivos de no atención a sus problemas de salud y que están relacionados con los servicios que se ofrecen, se presentan en el cuadro 10.

Cuadro 10. Indicadores sobre calidad de los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular

Indicador	2006	2008	2010	2012
Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular que no se atendieron al presentar un problema de salud		8.13	12.74	
Los afiliados al Seguro Popular que reportaron no haber sido atendidos mencionaron como motivo de no atención que:				
No había dónde atenderse		3.30	2.82	
Era caro		5.04	14.27	
No tenían dinero		27.99	35.18	
La clínica y hospital queda muy lejos		6.98	10.28	
No lo atienden aunque vaya a la unidad médica		7.19	10.73	
No le tiene confianza		4.86	5.16	
Lo tratan mal		4.01	11.13	
No hablan la misma lengua		0.05	1.26	
No quiso o no era necesario		23.01	14.79	
Hay que esperar mucho para ser atendido		10.62	20.80	
No le dan el medicamento que necesita		8.82	15.92	
No tuvo tiempo		4.23	4.50	
La unidad médica no estaba abierta		3.19	3.69	
Le dieron una cita hasta mucho tiempo después		2.97	7.01	
No hubo quién lo llevara		0.03	2.27	
No había médico en la unidad		4.35	6.63	
Algún miembro del hogar se lo impidió		0.15	0.33	
Se autorrecetó		30.79	22.00	
Otro motivo que no está mencionado anteriormente		4.77	3.05	
No sabe		0.63	0.78	
Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideran "muy buena" la calidad del servicio durante su hospitalización	17.36			19.05
Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideran "buena" la calidad del servicio durante su hospitalización	67.11			61.03
Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideran "regular" la calidad del servicio durante su hospitalización	12.90			13.54
Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideran "mala" la calidad del servicio durante su hospitalización	2.04			3.15
Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideran "muy mala" la calidad del servicio durante su hospitalización	0.39			2.94
Motivos por los cuales los hospitalizados afiliados al Seguro Popular consideran muy buena o buena la calidad del servicio durante su hospitalización:				
Es barato	7.21		6.17	
El personal está bien preparado	26.44			33.33
El personal tiene experiencia	10.48			17.09
Recibió orientación y apoyo del gestor de servicios de salud	nd			4.65
Lo trataron bien	59.79			63.30
Medicamento, material y equipo es suficiente/limpio o de buena calidad	14.98			9.10
La operación o tratamiento estuvo bien	16.03			15.19
Buenos resultados en su salud/se curó/se mejoró	19.93			18.59
Porcentaje de afiliados al Seguro Popular que no regresarían al lugar de hospitalización	12.60			13.03

Indicador	2006	2008	2010	2012
Motivos por los que los afiliados al Seguro Popular no regresarían al lugar de hospitalización				
Mal trato	19.20			41.67
Desacuerdo en el diagnóstico	3.56			6.33
Desacuerdo en el tratamiento	9.39			6.39
No mejoró	6.08			2.51
Caro	34.29			12.13
Lejos	1.91			3.47
No había medicamentos	3.76			2.41
No materiales	0.31			1.49
No visitas	4.32			1.29

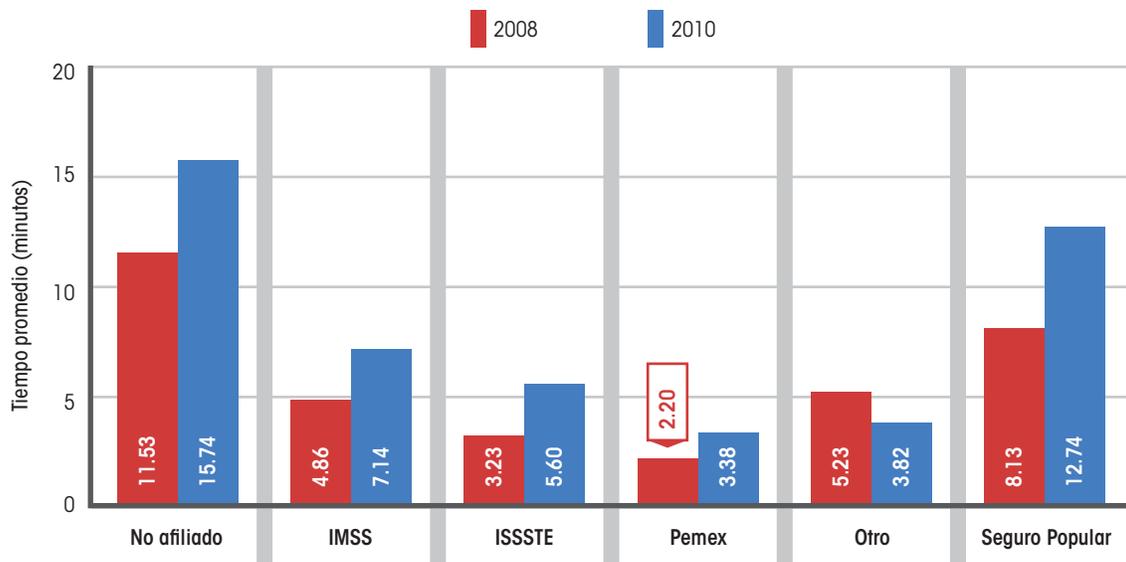
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010 y la ENSANUT 2006 y 2012.

En los siguientes apartados se analizan estos indicadores comparando los datos obtenidos para afiliados al Seguro Popular con los individuos afiliados o inscritos a otras instituciones de salud.

a) Motivos de no atención médica

Consistente con los datos sobre la utilización de los servicios de salud, un importante porcentaje de afiliados al Seguro Popular no reciben atención a sus padecimientos (ver gráfica 12), bien sea porque no buscan el servicio o, cuando lo hacen, éste no está disponible. Entre 2008 y 2010, este porcentaje aumentó, lo que puede ser explicado por el incremento en la afiliación al Seguro Popular, que se ha traducido en una mayor demanda de los servicios.

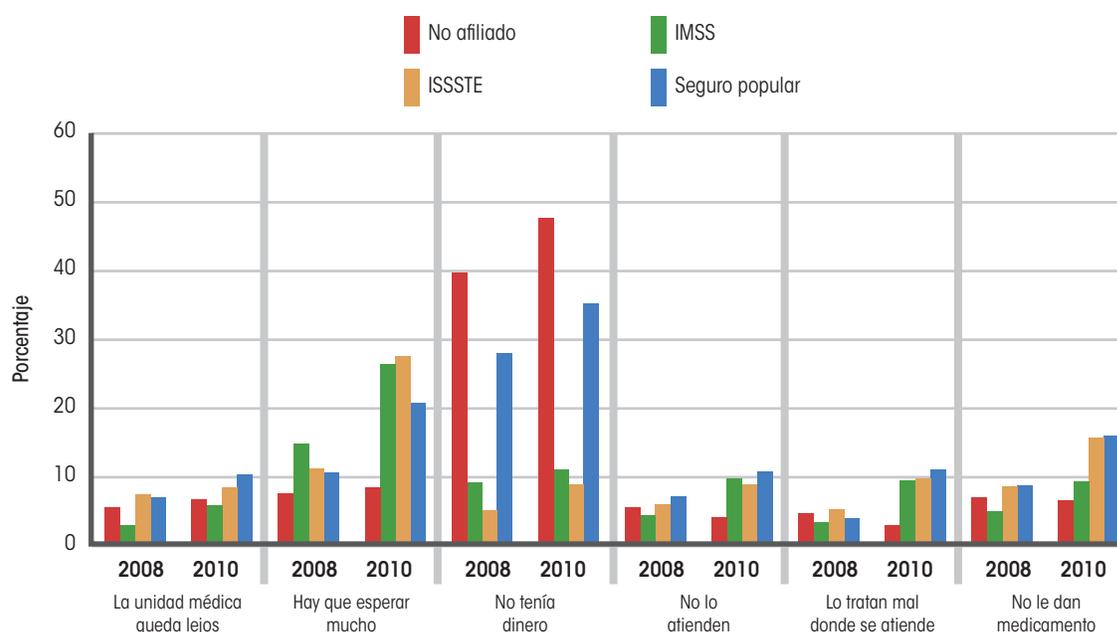
Gráfica 12. Porcentaje de personas que reportaron tener problemas de salud y que no fueron atendidas, por tipo de afiliación, 2008 y 2010



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

Respecto a esta población, tanto en 2008 como en 2010, los motivos de no atención tienen que ver principalmente con la falta de dinero y la espera para ser atendido, así como la carencia de medicamentos, los cuales aumentan en 2010. Esto implica que al crecimiento en la demanda de los servicios originado por una mayor afiliación ha seguido una reducción en la calidad de los servicios respecto a tiempos de espera y provisión de medicamentos.

Gráfica 13. Motivos por los cuales las personas no recibieron atención a sus problemas de salud, por tipo de afiliación, 2008 y 2010

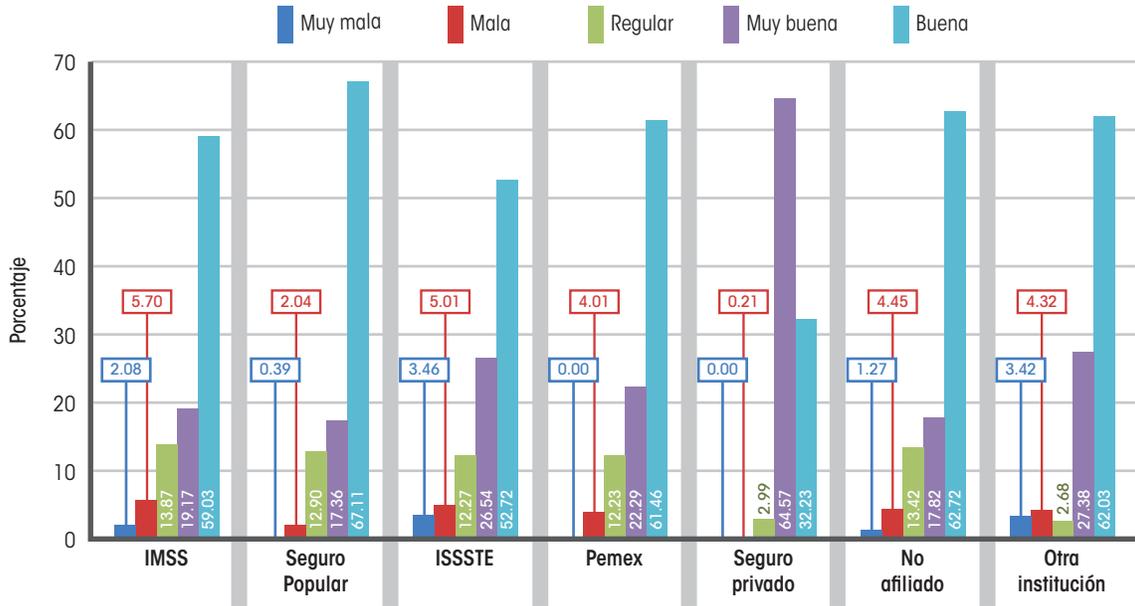


Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

b) Percepción de la calidad del servicio

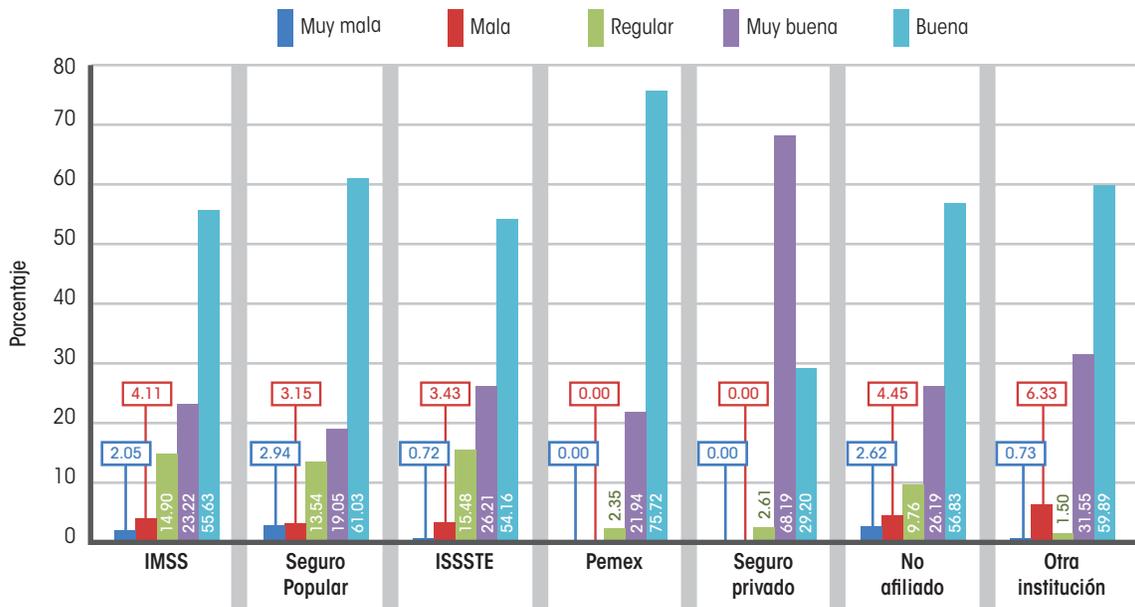
Más de 84 por ciento de los afiliados al Seguro Popular califican como buena y muy buena la atención recibida, aunque el porcentaje de personas que lo consideran así se ha reducido entre 2006 y 2012; esto puede deberse al aumento importante de la demanda de atención con la consecuente presión en factores como tiempos de espera o entrega de medicamentos, que influyen en la percepción de calidad de los individuos.

Gráfica 14. Calidad del lugar donde se atendió reportada por las personas hospitalizadas de acuerdo con la institución a la que están afiliadas, 2006



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006.

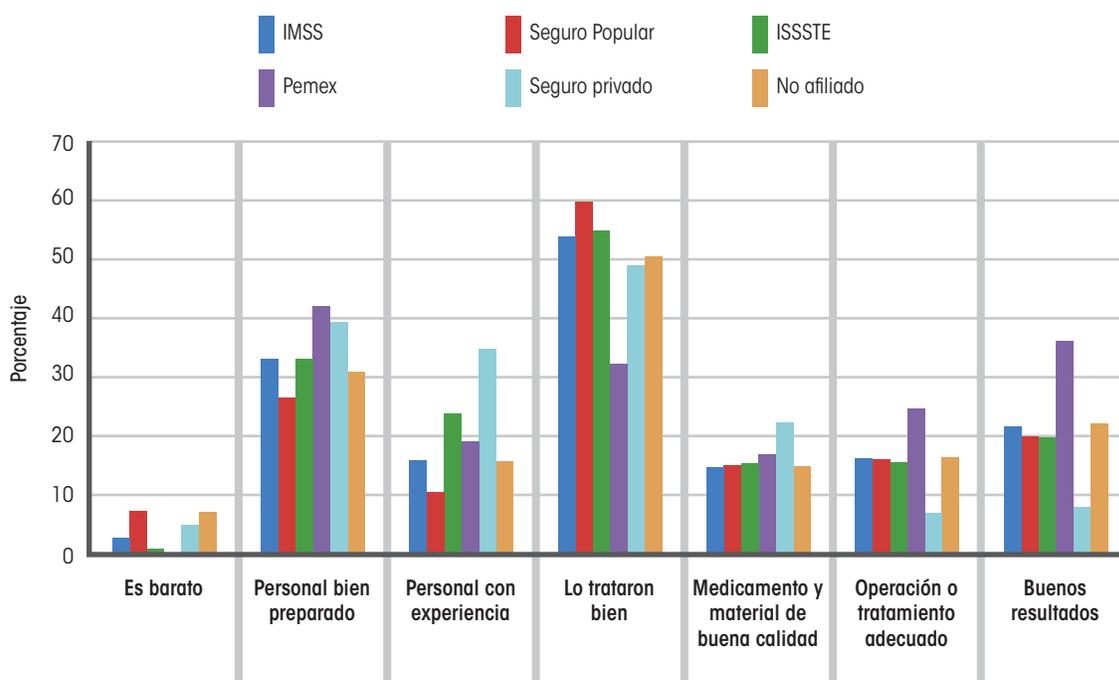
Gráfica 15. Calidad del lugar donde se atendió reportada por las personas hospitalizadas de acuerdo con la institución a la que están afiliadas, 2012



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2012.

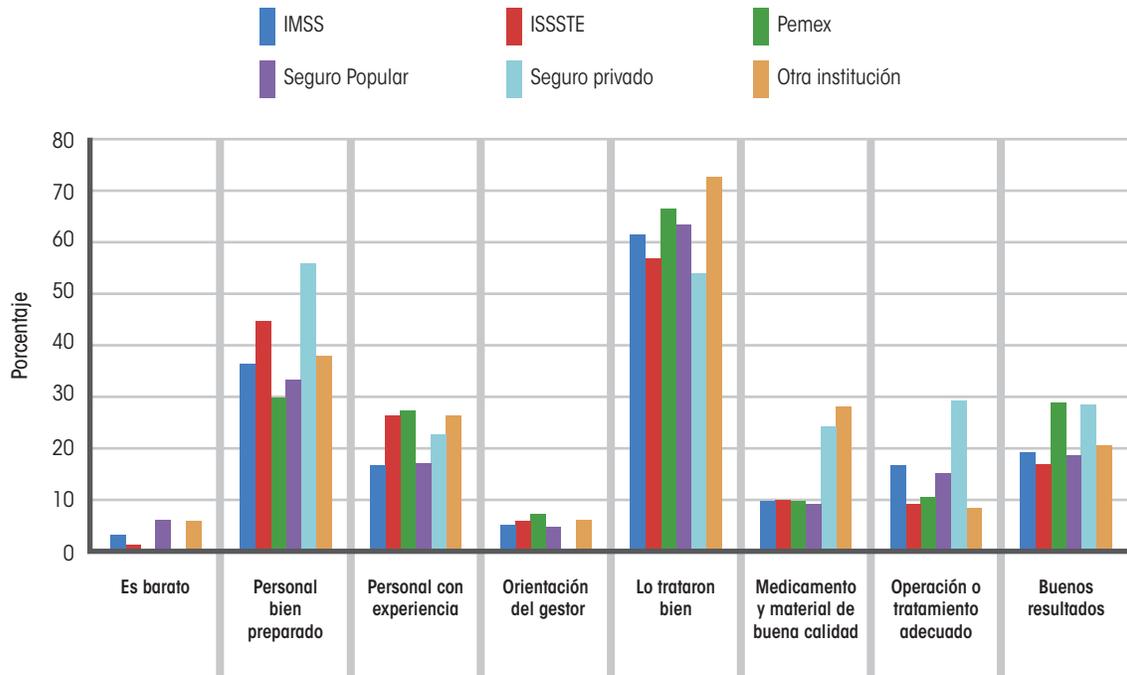
Los motivos por los que las personas afiliadas al Seguro Popular consideran buena o muy buena la calidad de la hospitalización en 2006 se asociaron principalmente a un buen trato, que el personal esté bien preparado y los buenos resultados en la salud. En 2012, los motivos relacionados con un buen trato y la preparación del personal continuaron siendo de los más importantes; sin embargo, los buenos resultados en la salud ya no constituyeron un factor tan relevante como en 2006 en la percepción de calidad del servicio.

Gráfica 16. Porcentaje de personas hospitalizadas que consideran “muy buena o buena” la calidad de atención del lugar al que acudieron, según razones, por tipo de afiliación, 2006



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006.

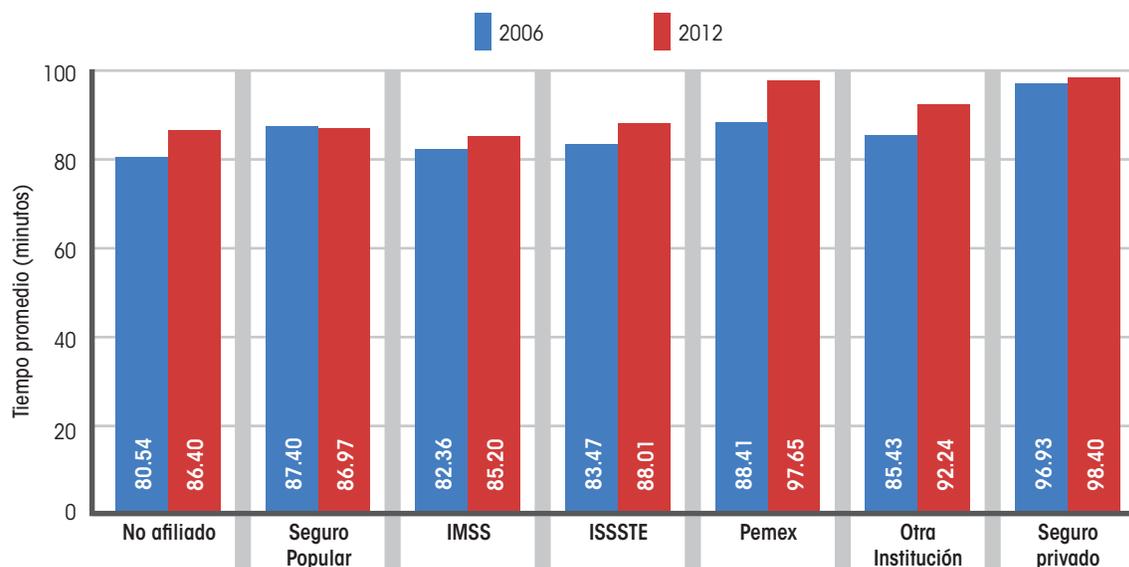
Gráfica 17. Porcentaje de personas hospitalizadas que consideran “muy buena o buena” la calidad de atención del lugar al que acudieron, según razones, por tipo de afiliación, 2012



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2012.

La percepción de la calidad en la hospitalización es consistente con el hecho de que los individuos, en su mayoría, estén dispuestos a regresar al lugar donde se hospitalizaron, aunque, como ya se mencionó, conforme a los datos anteriores, la percepción de muy buena y buena calidad se reduce entre 2006 y 2012 y esto también implica una disminución en el porcentaje de personas dispuestas a regresar al lugar de atención en este periodo.

Gráfica 18. Porcentaje de personas que fueron hospitalizadas y que regresarían al lugar donde se atendieron, por tipo de afiliación, 2006 y 2012



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006 y 2012.

Sobre los motivos de los individuos para no regresar al lugar de atención (ver gráficas 22 y 23 del anexo), resalta que, en 2006, los afiliados al Seguro Popular consideraban que el servicio era caro, además de que habían recibido un mal trato. En 2012, el precio del servicio se redujo en importancia, lo que puede estar relacionado con la evolución del Seguro Popular y los servicios que cubre, aunque la percepción de mal trato hacia los individuos aumentó.

Conclusiones

El objetivo de este documento es presentar una propuesta de indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud. Con base en fuentes de datos públicas, se generaron diversos indicadores que abordan cuatro aspectos del acceso y uso efectivo: disponibilidad, accesibilidad, utilización y calidad de los servicios de salud.

El uso exclusivo de fuentes de datos públicas limitó de manera importante la construcción de indicadores; sin embargo, es hasta ahora la forma más eficiente y disponible de aproximar medidas de acceso y uso efectivo que pueden ser complementadas con la medición de la pobreza que incluye la carencia en el acceso a servicios de salud. No se pretendió contar con un índice que resuma el grado de acceso y uso efectivo, considerando que una desagregación de diversos indicadores en los aspectos analizados podría proveer información valiosa y áreas de oportunidad específicas.

Con el fin de dar cumplimiento al DPEF 2012, que establece que el CONEVAL deberá contar con indicadores de acceso y uso efectivo del Seguro Popular, y dado el importante crecimiento que ha tenido el programa en los últimos años, así como su incidencia en la pobreza vía la carencia por acceso a servicios de salud, el análisis de los datos para cada uno de los indicadores propuestos consiste en un diagnóstico del acceso y uso efectivo del Seguro Popular para proporcionar información que permita la mejora en la operación del programa.

Los resultados del análisis muestran que la infraestructura y los recursos humanos a los que tienen acceso los afiliados al Seguro Popular no se han incrementado a la par del aumento en la afiliación, lo que se traduce en una disponibilidad relativa cada vez menor frente a la demanda creciente. Esto, sin desestimar el gran esfuerzo que han llevado a cabo las autoridades de salud para lograr mayor cobertura de la población a través del Seguro Popular y la adecuación de las instalaciones para el número creciente de personas afiliadas, quienes, en 2012, ya eran casi 53 millones y la cifra continúa elevándose.

En cuanto a la dimensión de accesibilidad, en comparación con otros tipos de afiliación, los mayores problemas surgen para los individuos afiliados al Seguro Popular, quienes reportan un mayor tiempo de traslado; en particular, en las localidades más pequeñas se tiene menos accesibilidad a los servicios de salud. Respecto a la dimensión de utilización, los datos muestran un rápido crecimiento de la demanda por servicios de salud de los afiliados al

Seguro Popular, así como la disminución del número de personas que presentan problemas de salud y que no tienen afiliación. En 2010, las unidades de la Secretaría de Salud tenían una demanda mayor que la del IMSS en términos absolutos.

Respecto a la calidad de los servicios, el aumento en la demanda de servicios de salud, junto con la disminución de la disponibilidad de éstos, ha derivado en la profundización de la falta de atención a los problemas de salud y la mala calidad percibida por los beneficiarios. Otro reto es la insuficiencia de medicamentos, lo cual pone en evidencia problemas con la disposición de los servicios que se ofrecen y la incapacidad para atender la demanda generada con la creciente afiliación.

Estos resultados son consistentes con lo hallado en el análisis cualitativo sobre el acceso efectivo al Seguro Popular, que identifica elementos relacionados con el proceso que va desde la afiliación hasta la atención y la eficacia y eficiencia resolutoria, y que podrían limitar el acceso efectivo de quienes estén afiliados al Seguro Popular.

De los resultados encontrados en este análisis, se puede señalar que la afiliación, que es el primer paso para acceder a la atención de los padecimientos señalados en el CAUSES mediante el Seguro Popular, presenta obstáculos, como la falta de documentos, los cuales implican desembolsos, viajes y varias visitas a las oficinas; las necesidades de migración impiden que se pueda afiliar toda la familia; y tiempos y horarios insuficientes para la consulta segura. Además, una vez afiliados, los usuarios del Seguro Popular, particularmente las mujeres embarazadas, se enfrentan a la falta de laboratorios en las unidades para que puedan certificar su embarazo y, con esto, incorporarse a la Estrategia de Embarazo Saludable; ausente, insuficiente o errónea información sobre cómo está integrado el núcleo familiar desde el Seguro Popular; largos tiempos de espera para la afiliación y reafluación, sobre todo en localidades donde no hay un módulo de afiliación y orientación y acuden brigadas; y desconfianza en las unidades prestadoras de servicios de salud y, en específico, sobre el Seguro Popular.

Una vez afiliados al Seguro Popular, el objetivo de lograr una atención en salud oportuna, integral, con calidad y calidez y sin desembolso se ve mermado por distintos factores: insuficiencia de medicamentos y equipo, incluso los necesarios para acatar lo señalado en documentos oficiales del Seguro Popular. En zonas rurales se suma la poca accesibilidad a



hospitales de segundo y tercer nivel; saturación de clínicas y hospitales; escasa información sobre lo que cubre y no el Seguro Popular, y lo que pagan y no en específico los usuarios; y poca profesionalización de los prestadores de servicio social de salud.

El diagnóstico presentado corrobora que la afiliación a los servicios de salud, como el mínimo indispensable para garantizar el derecho a la salud, es condición necesaria, pero no suficiente para dar certeza del ejercicio pleno de este derecho. El análisis del acceso y uso efectivo cobra relevancia porque aporta información que identifica áreas de oportunidad sobre el deber del Estado de asegurar el derecho a las y los ciudadanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



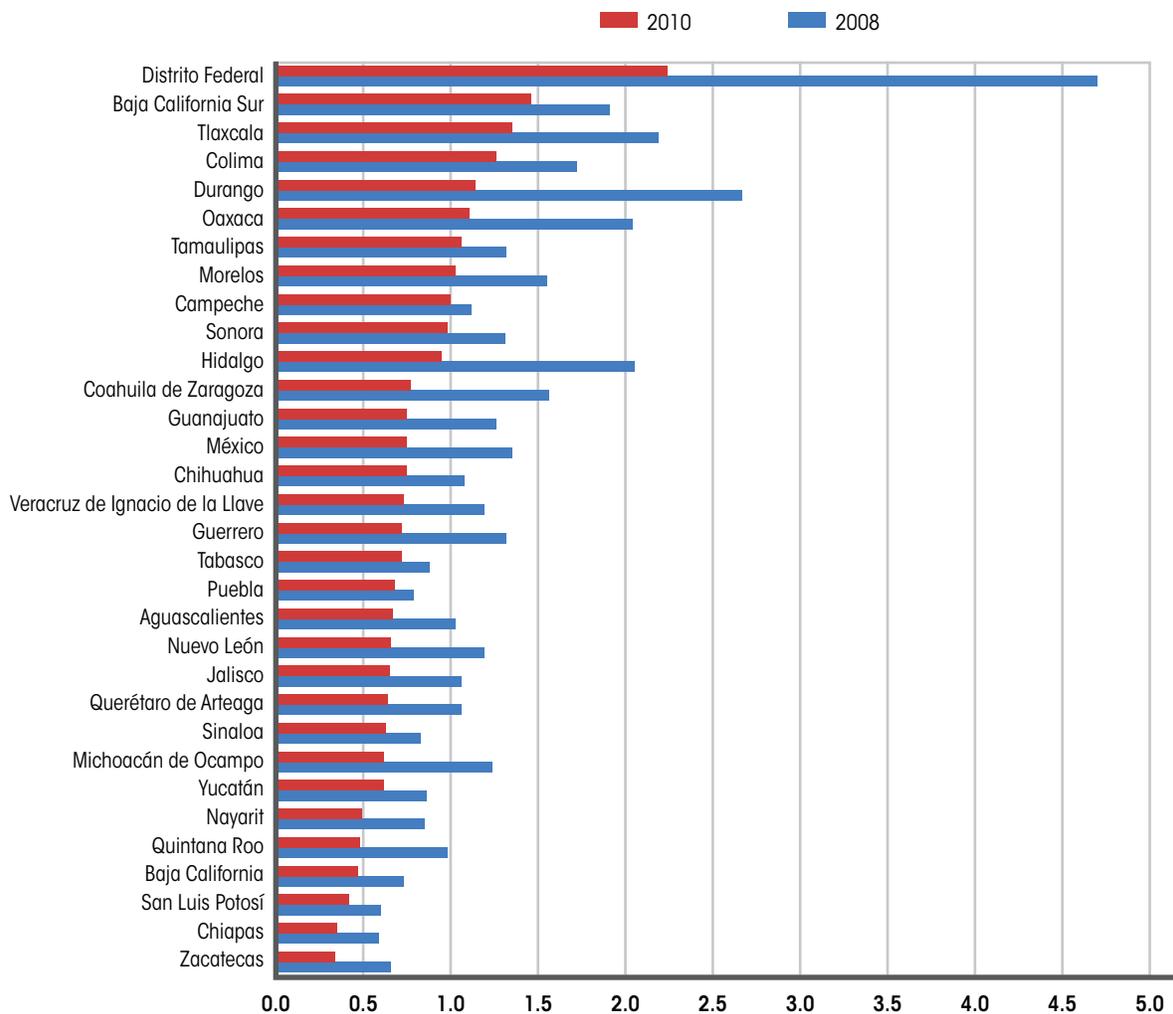
- Centro de Investigación y Docencia Económicas, AC (CIDE) (2012). *Seguimiento de las condiciones socioeconómicas, el gasto en salud y el uso de los servicios de salud de los afiliados del Seguro Popular*. México.
- ___ (2010). *Evolución, resultados y perspectivas del Sistema de Protección Social en Salud*. México.
- ___ (2010). Encuesta de Afiliados al Seguro Popular.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2009). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México*. México, DF.
- Diario Oficial de la Federación de México* (2013, 24 de abril). Ley General de Salud.
- ___ (2012, 30 de noviembre). *Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, en materia de información en salud*. México.
- ___ (2011, 12 de diciembre). *Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal 2012*.
- ___ (2000, 24 de octubre). *Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales generales y consultorios de atención médica especializada*.
- Dirección General de Información en Salud (DGIS) (s.f.). Base de datos de recursos (infraestructura, materiales y humanos) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2001-2009. Consultado el 22 de julio de 2013 en Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), Secretaría de Salud: <http://www.sinais.salud.gob.mx>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2010). Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.
- ___ (2010). Censo de Población y Vivienda.
- ___ (2008). Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
- ___ (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). *Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud*. Guía metodológica. Washington.



ANEXOS

ANEXO 1. GRÁFICAS DE INDICADORES DE LAS DIMENSIONES DE ACCESO Y USO EFECTIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

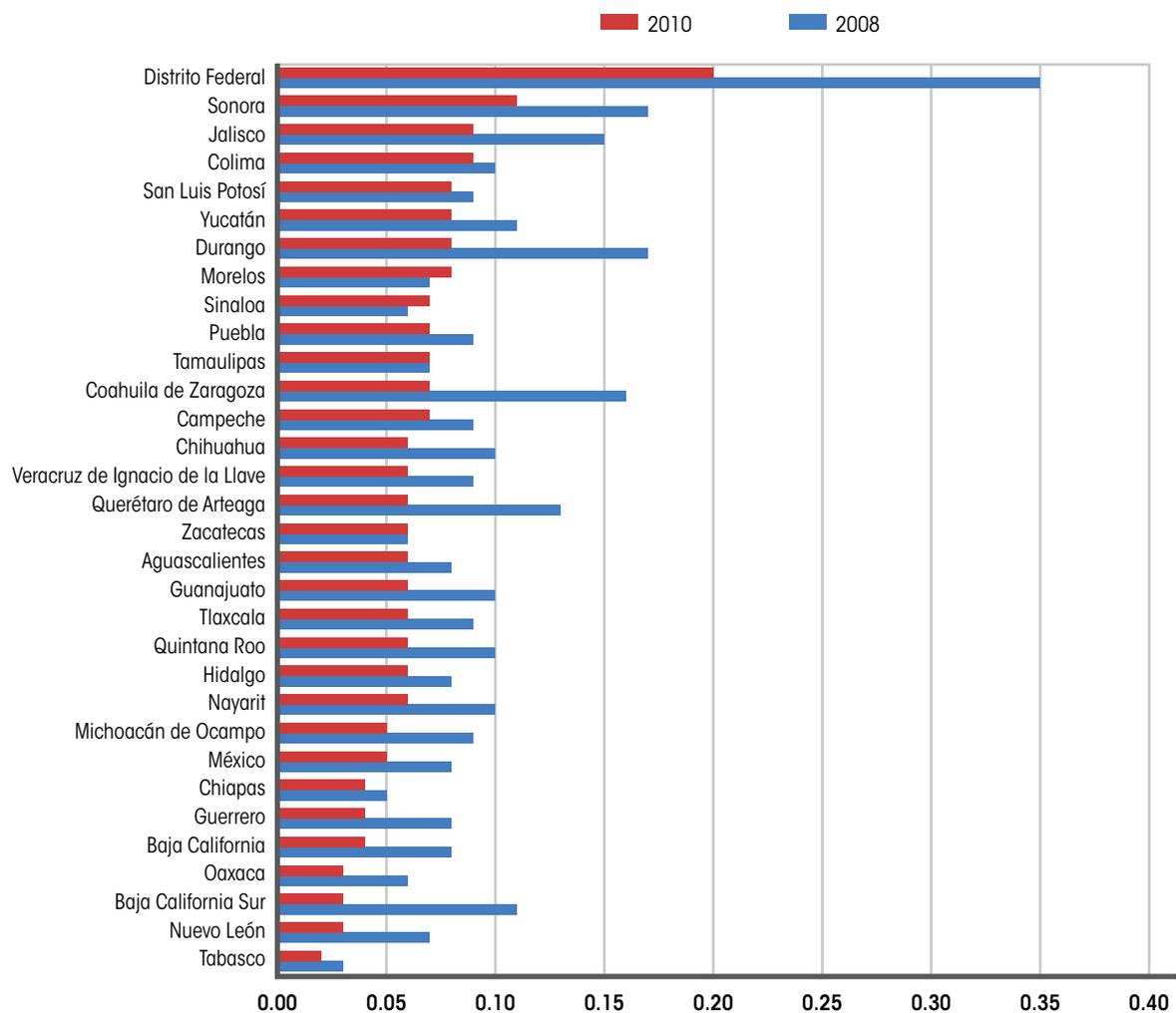
Gráfica 1. Camas no censables por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010



Fuente: SINAIS, 2008.

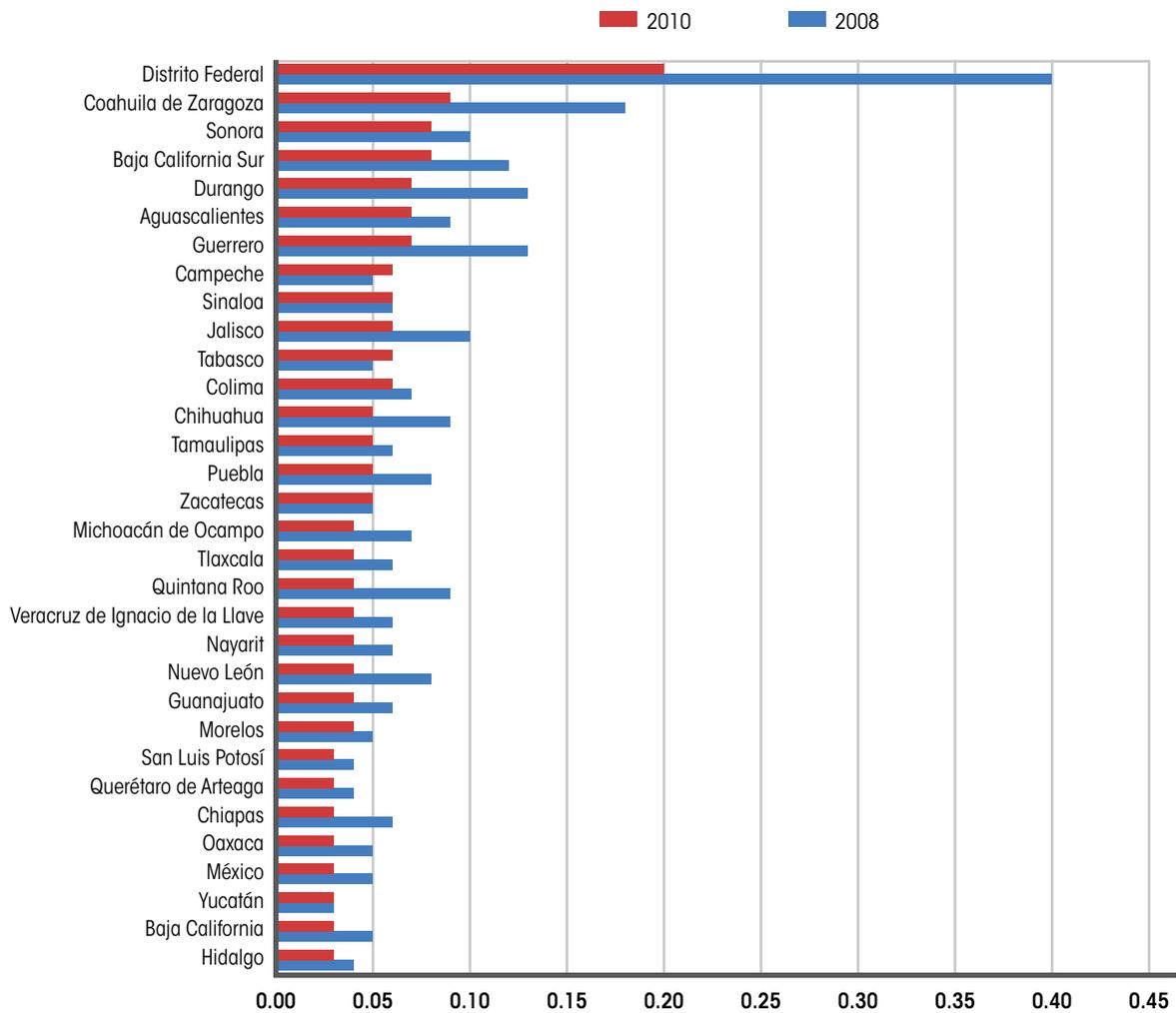
Nota: Las camas no censables son las de observación o aplicación de tratamiento, urgencias, cunas de recién nacido sano, recuperación, terapia intensiva, trabajo de parto, otros, cirugía ambulatoria o corta estancia, y terapia intermedia.

Gráfica 2. Incubadoras por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010



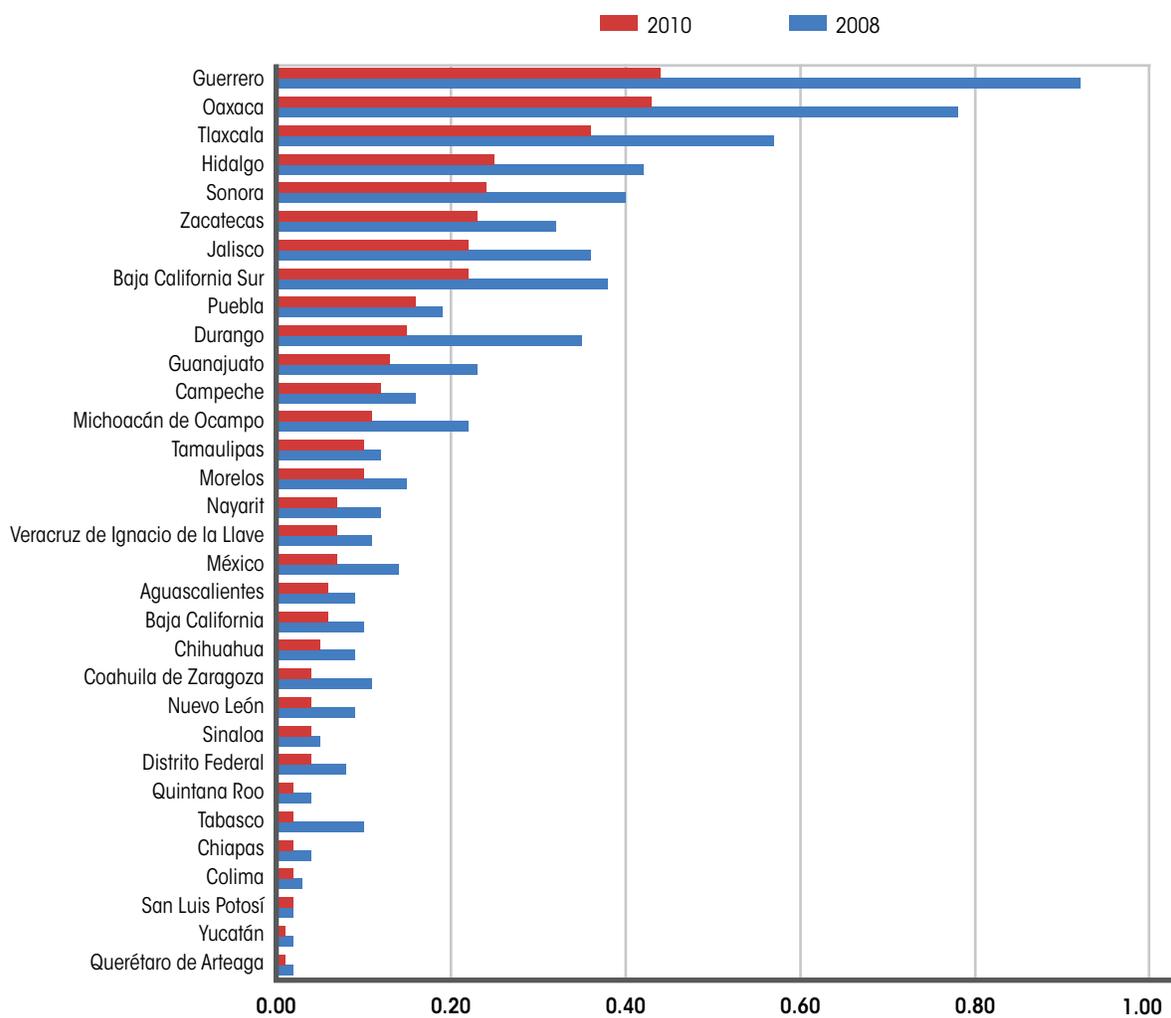
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del SINAIS y la ENIGH 2008 y 2010.

Gráfica 3. Quirófanos por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010



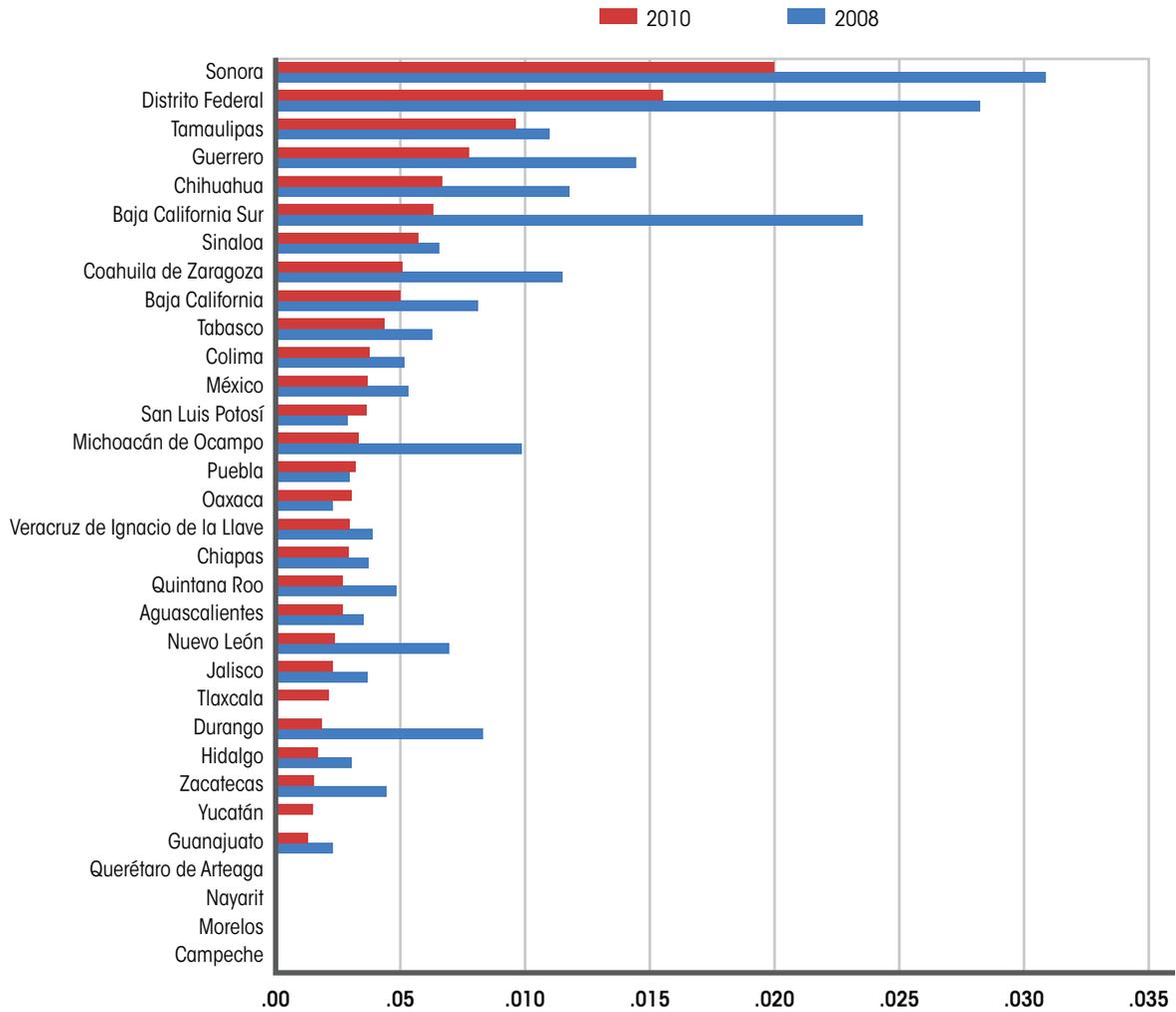
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del SINAIS y la ENIGH 2008 y 2010.

Gráfica 4. Salas de expulsión por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010



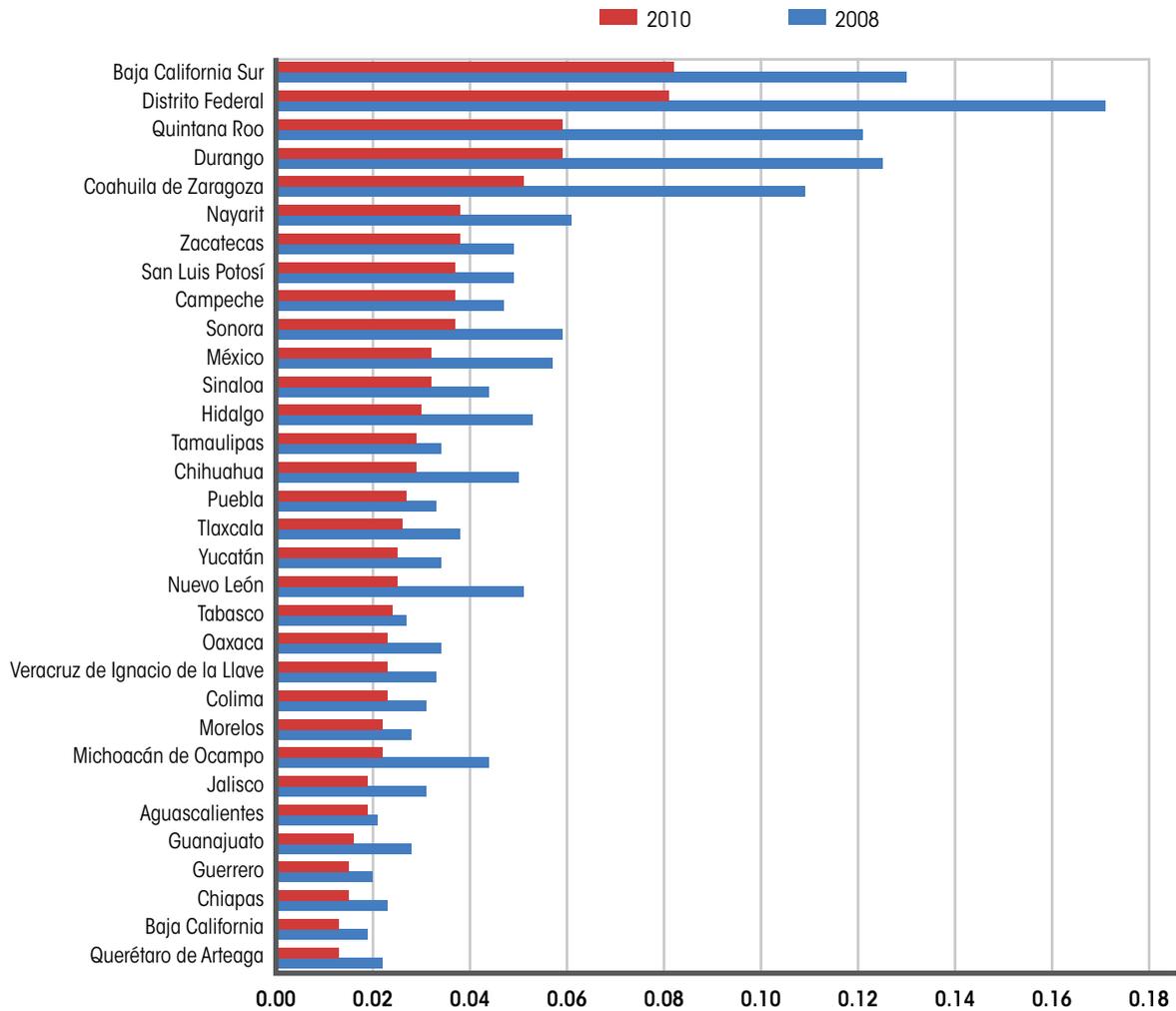
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del SINAIS y la ENIGH 2008 y 2010.

Gráfica 5. Bancos de sangre por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010



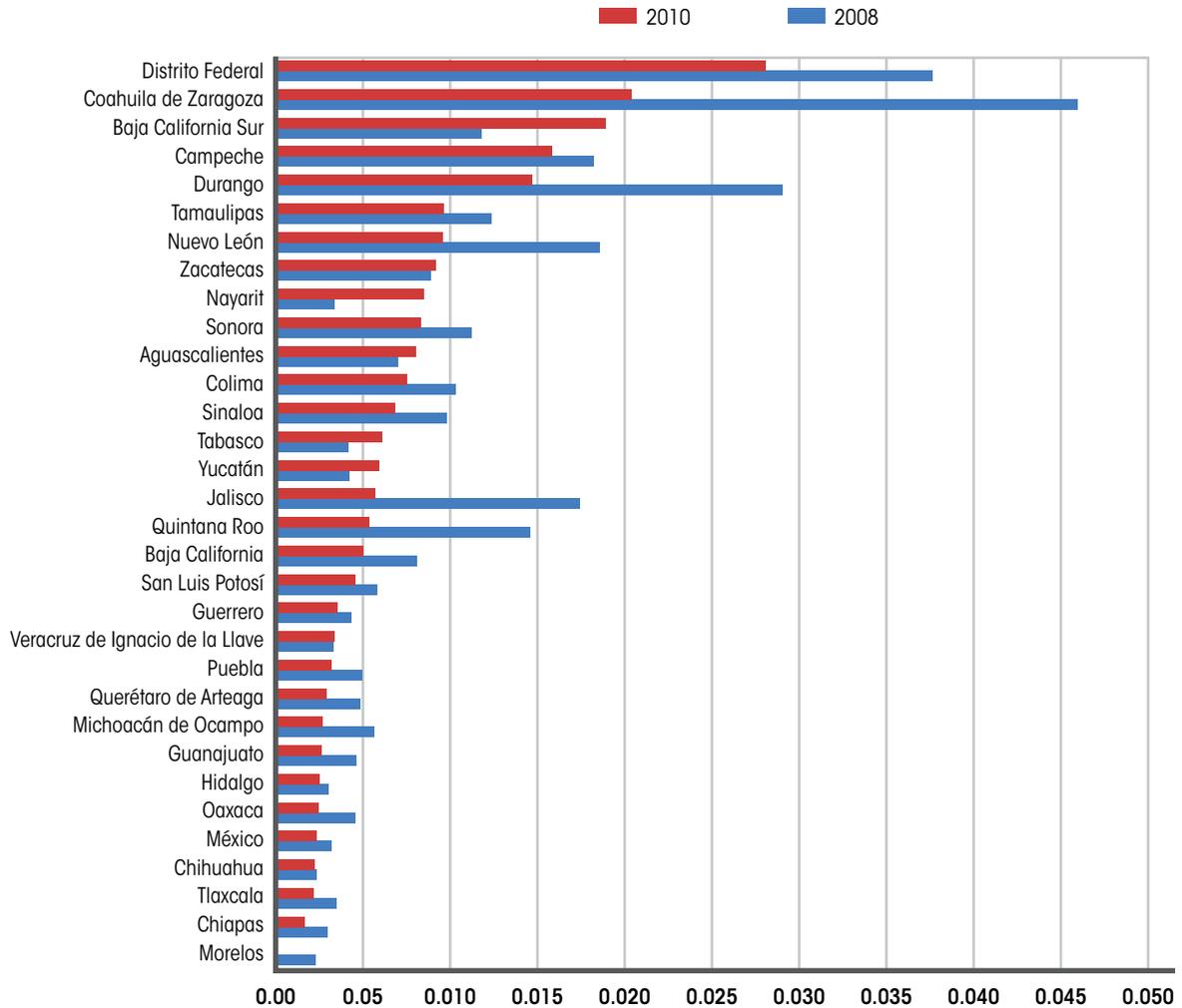
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del SINAIS y la ENIGH 2008 y 2010.

Gráfica 6. Laboratorios de análisis por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010



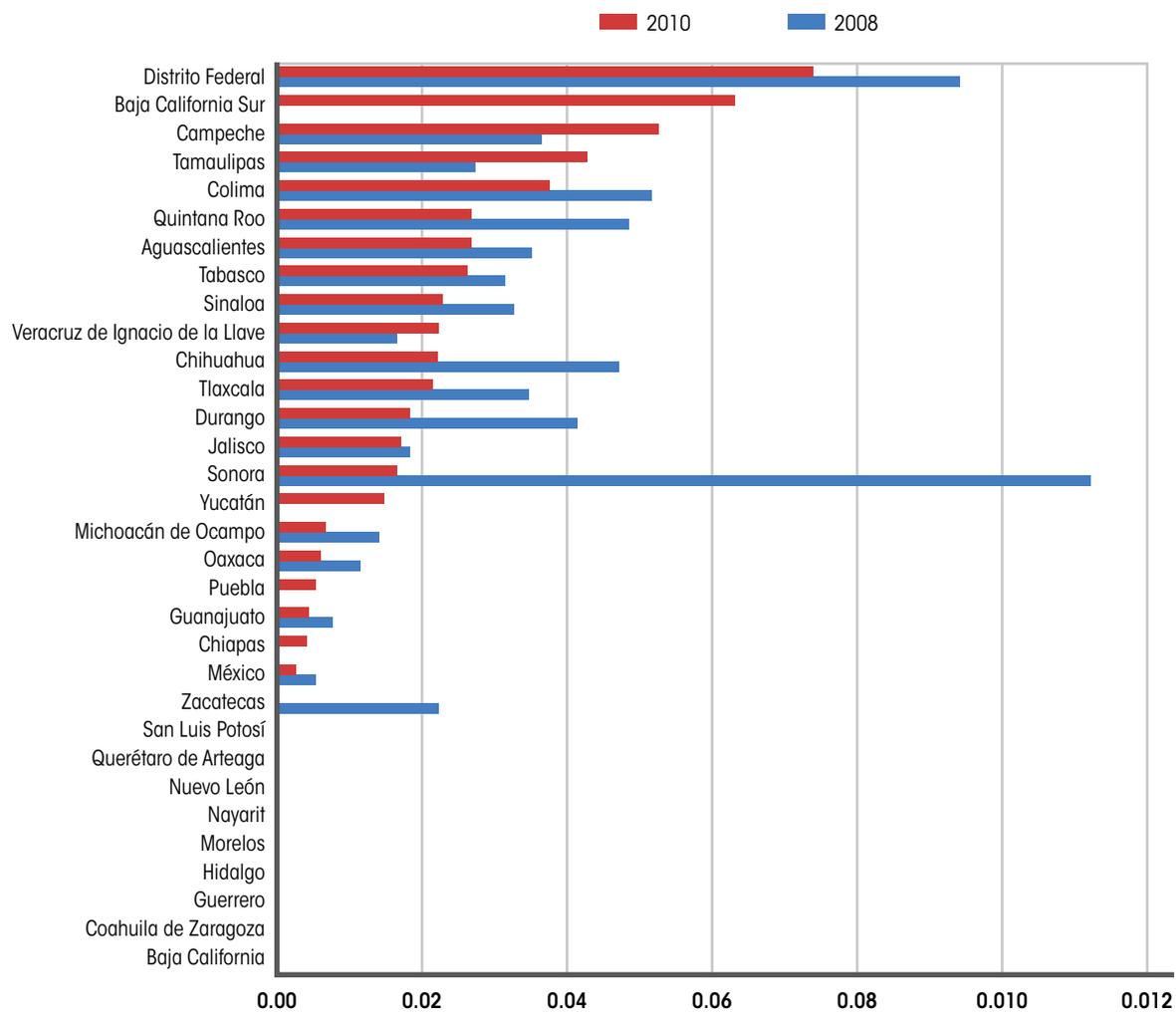
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del SINAIS y la ENIGH 2008 y 2010.

Gráfica 7. Equipo de mamografía por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010



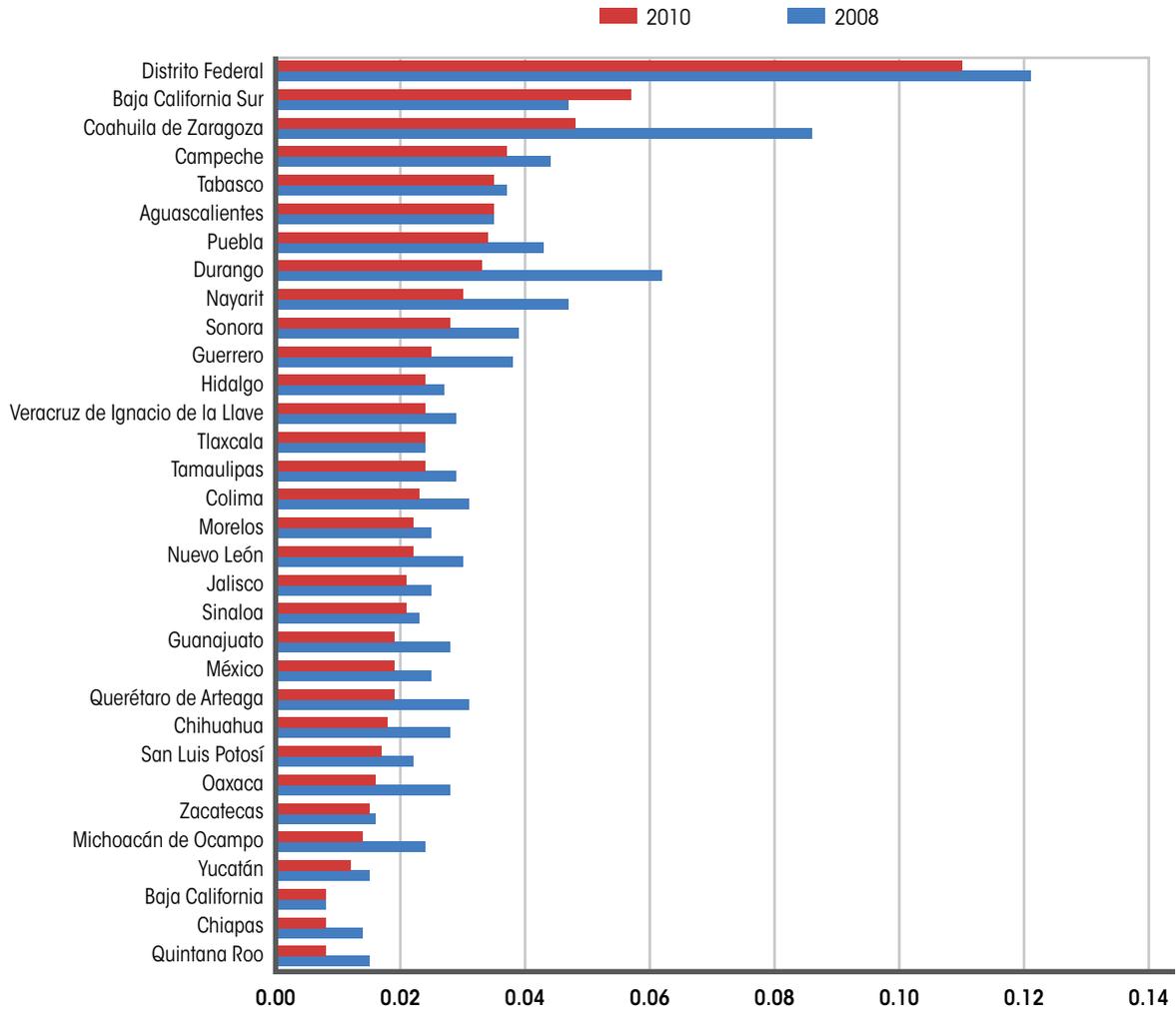
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del SINAIS y la ENIGH 2008 y 2010.

Gráfica 8. Unidades de hemodiálisis por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010



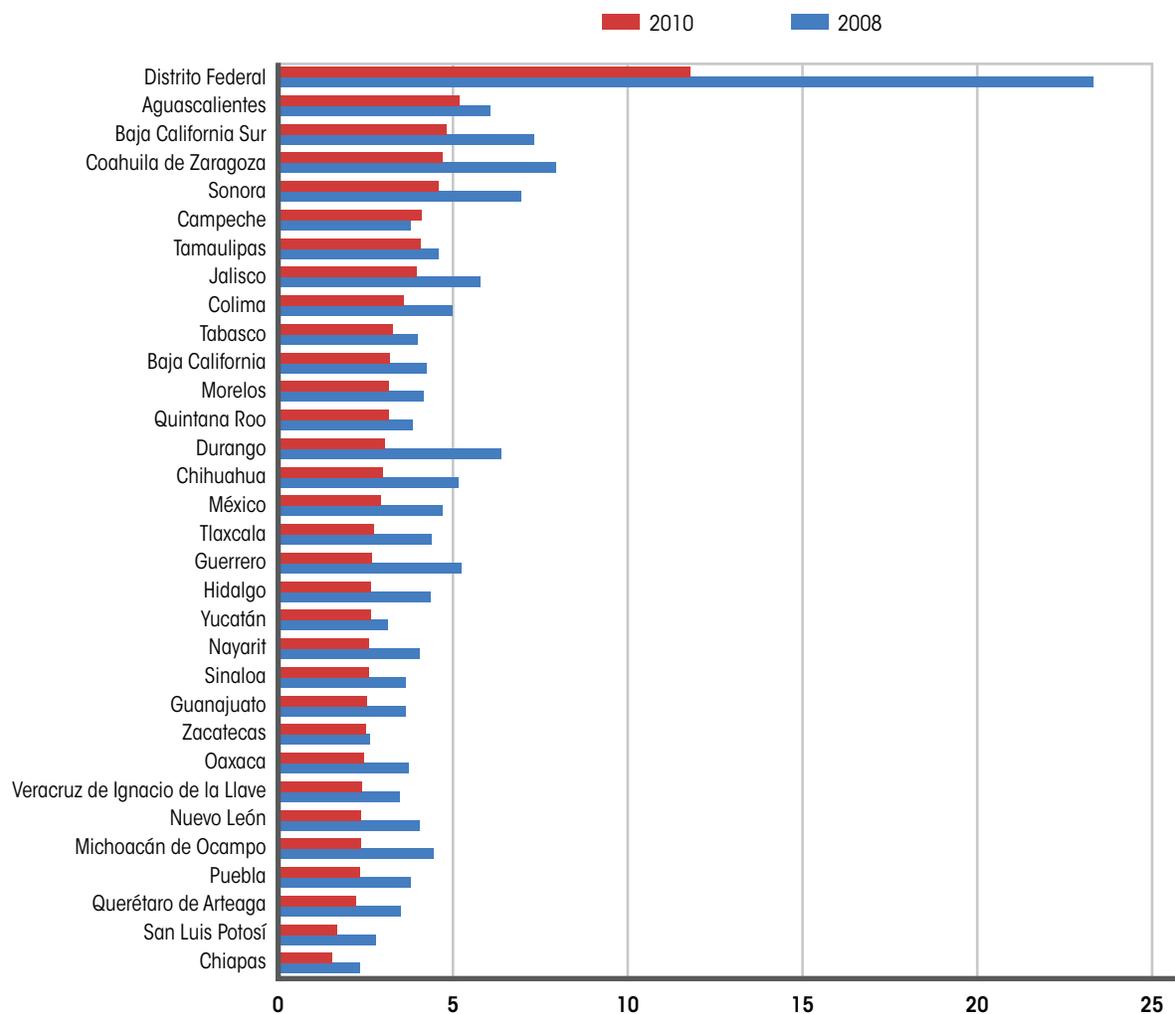
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del SINAS y la ENIGH 2008 y 2010.

Gráfica 9. Equipo de ultrasonido por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010



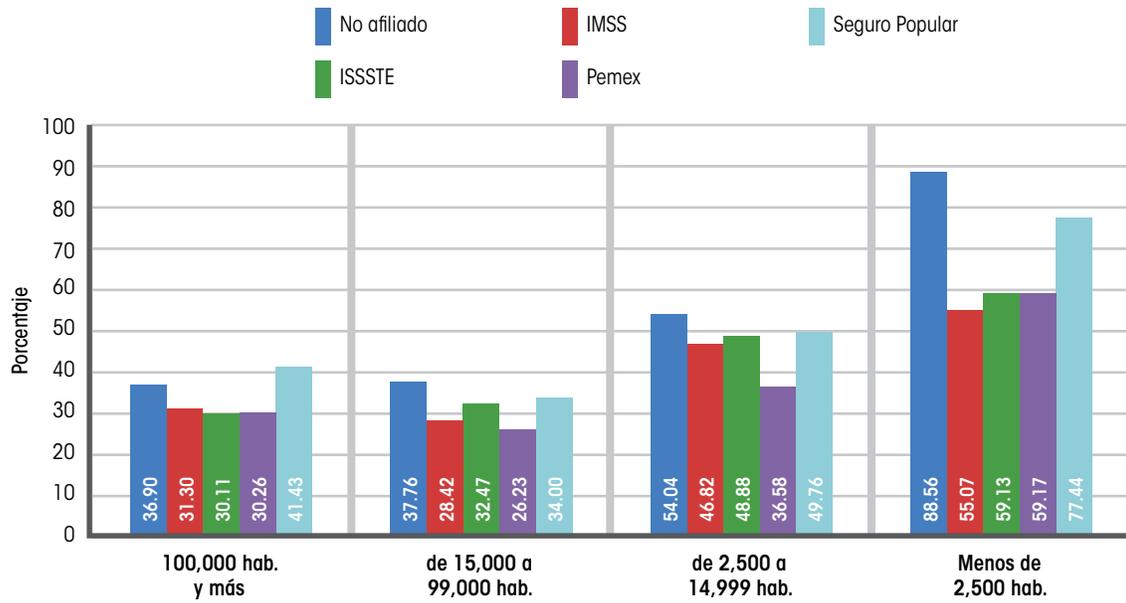
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del SINAIS y la ENIGH 2008 y 2010.

Gráfica 10. Enfermeras en contacto con pacientes por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2008 y 2010



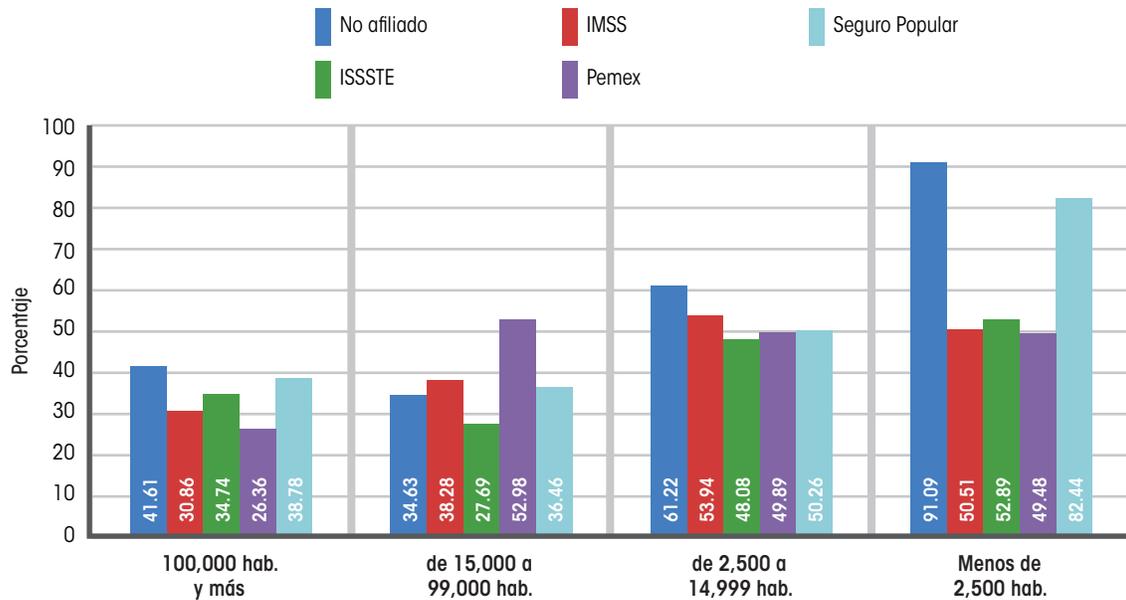
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del SINAI y la ENIGH 2008 y 2010.

Gráfica 11. Tiempo de traslado al hospital en la última emergencia, por tipo de afiliación, según tamaño de localidad, 2008



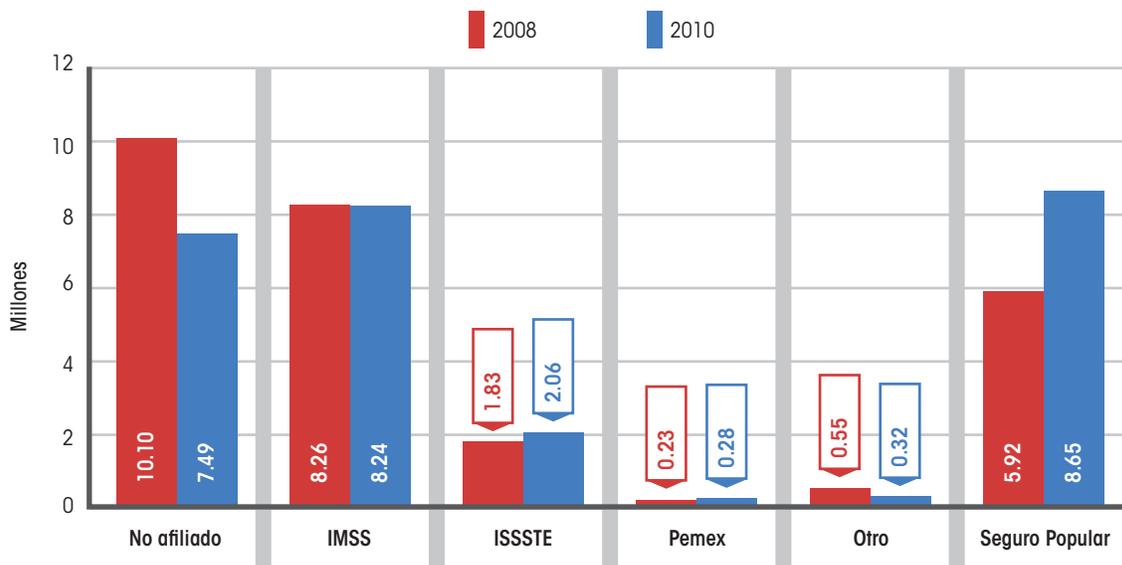
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENIGH 2008.

Gráfica 12. Tiempo de traslado al hospital en la última emergencia, por tipo de afiliación, según tamaño de localidad, 2010



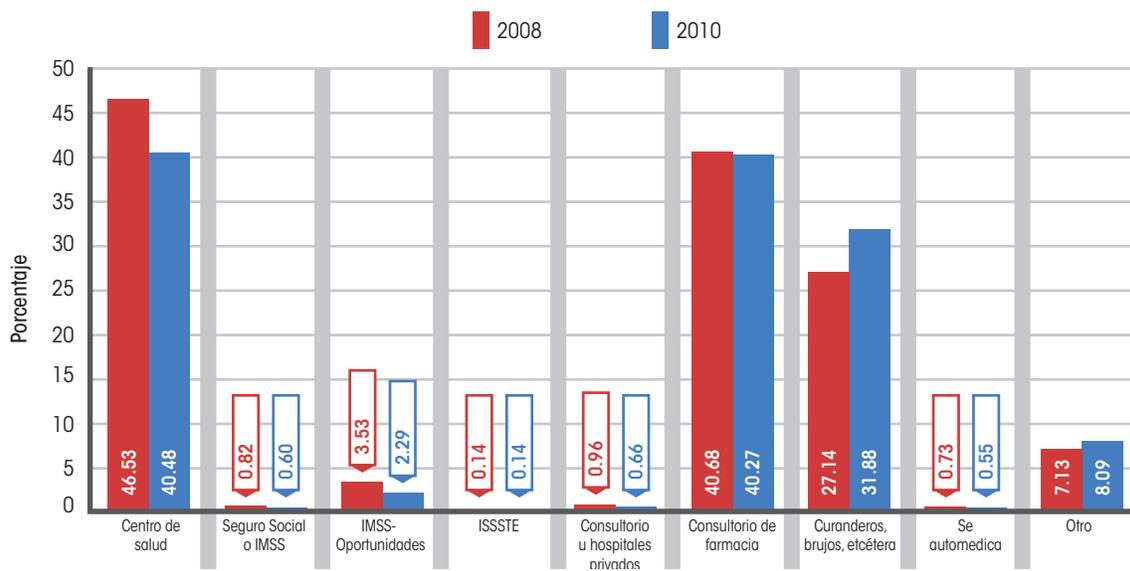
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENIGH 2010.

Gráfica 13. Personas cuyos problemas de salud les han impedido realizar sus actividades diarias, por tipo de afiliación, 2008 y 2010



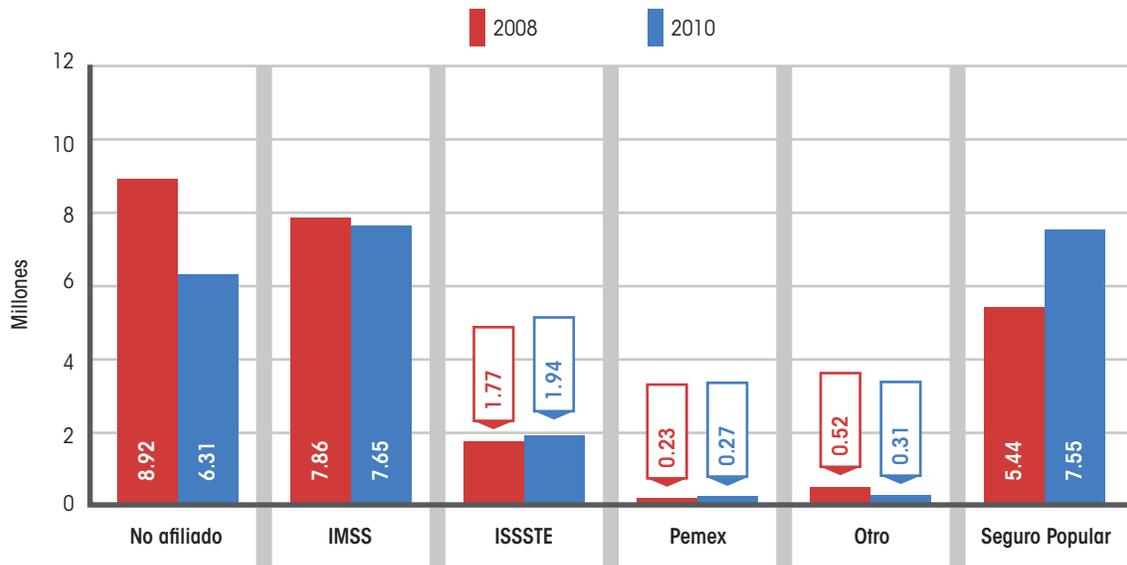
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENIGH 2008 y 2010.

Gráfica 14. Lugar de atención de las personas no afiliadas a ninguna institución de servicios de salud, 2008 y 2010



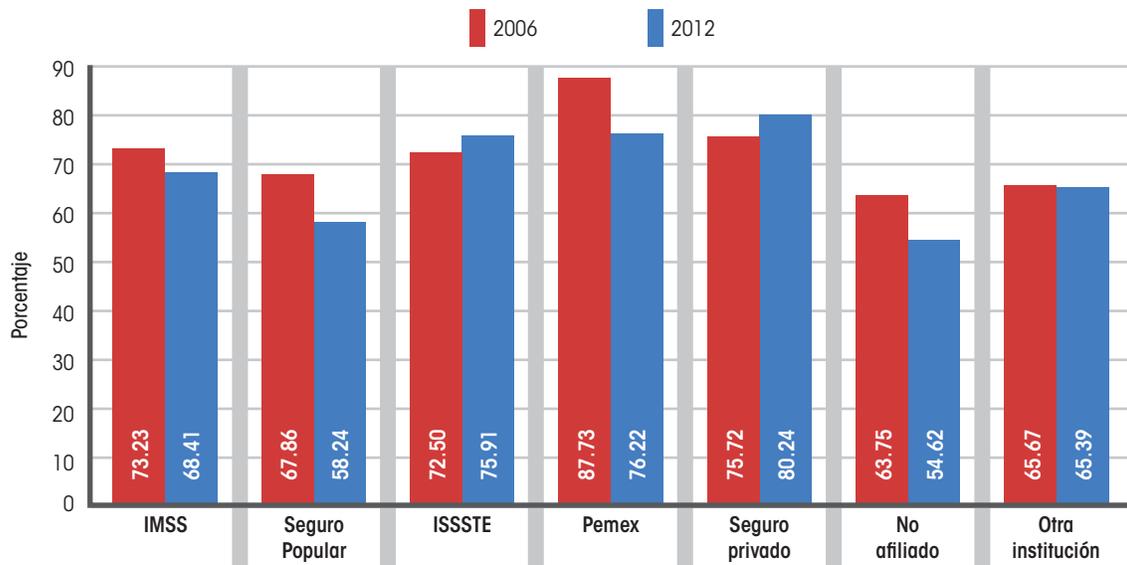
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENIGH 2010.

Gráfica 15. Personas que reportaron tener problemas de salud y que fueron atendidas, por tipo de afiliación, 2008 y 2010



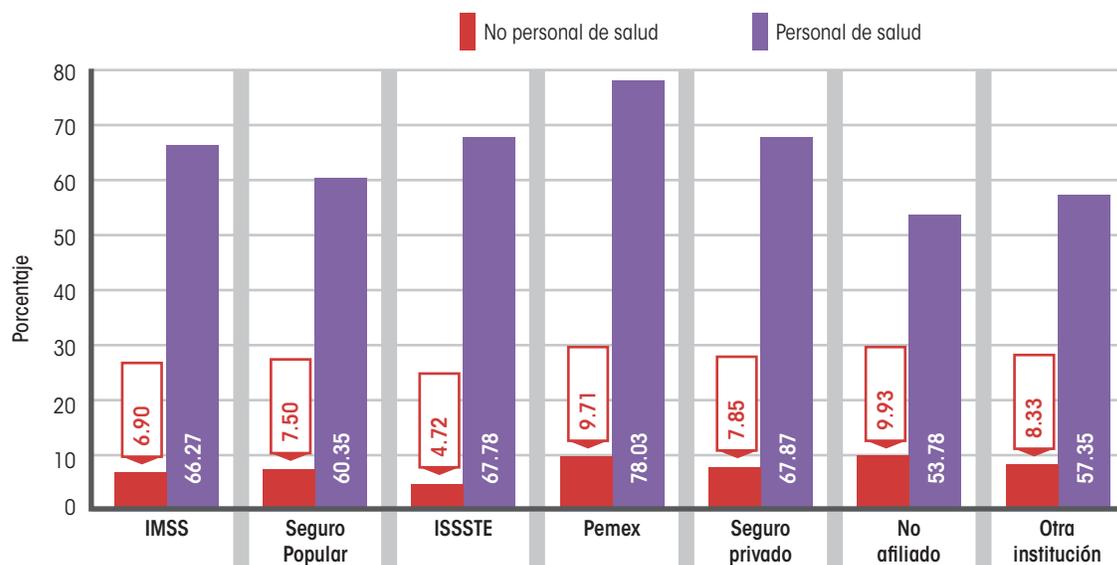
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENIGH 2008 y 2010.

Gráfica 16. Porcentaje de personas que sí recibieron atención a sus problemas de salud en las últimas dos semanas, por tipo de afiliación, 2006 y 2012



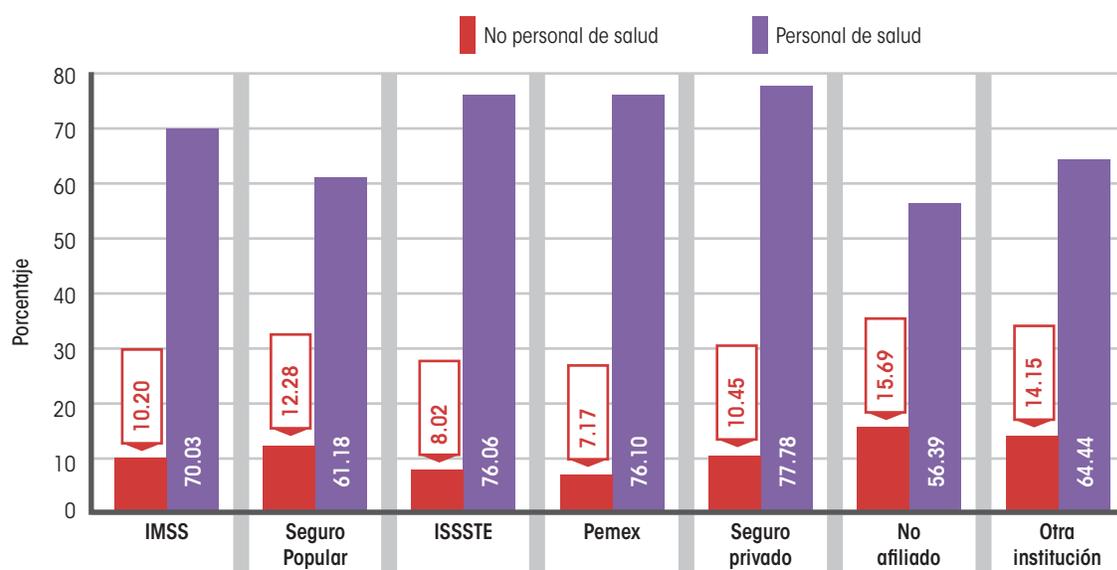
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006 y 2012.

Gráfica 17. Porcentaje de personas según el tipo de personal que las atendió durante su problema de salud, por tipo de afiliación, 2006



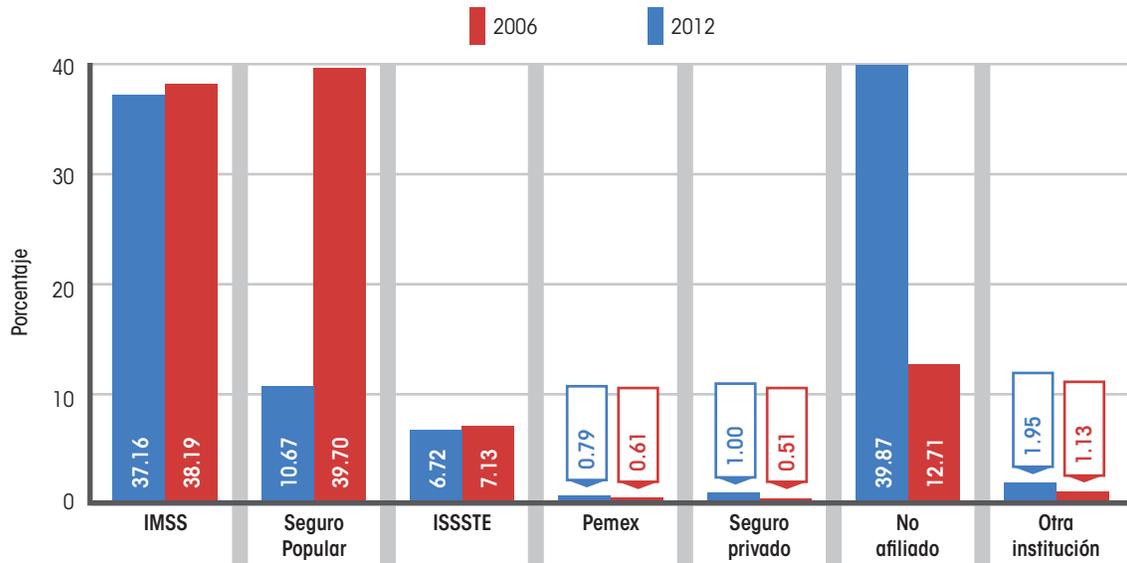
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006.

Gráfica 18. Porcentaje de personas según el tipo de personal que las atendió durante su problema de salud, por tipo de afiliación, 2012



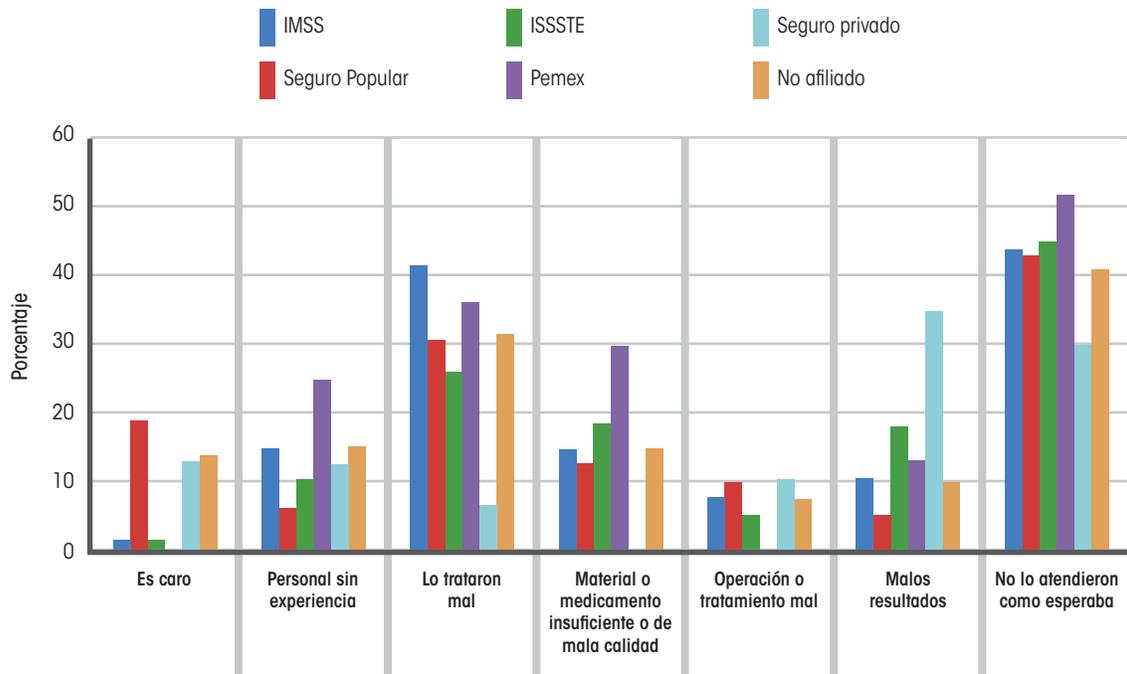
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006.

Gráfica 19. Porcentaje de personas que estuvieron hospitalizadas, por tipo de afiliación, 2006 y 2012



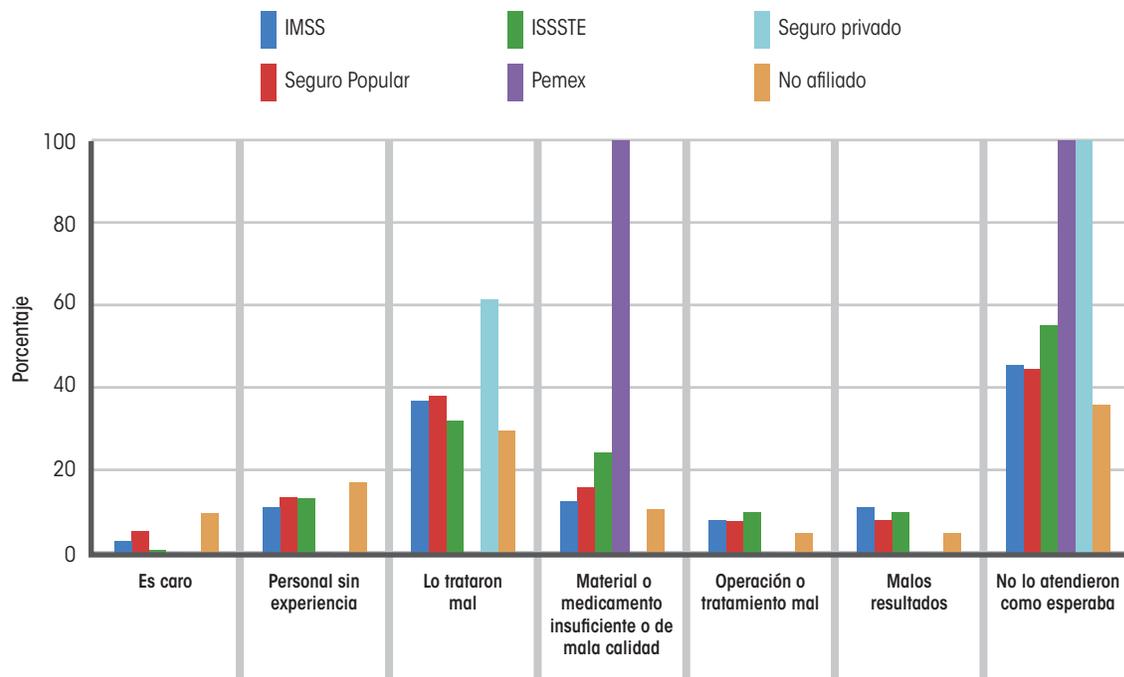
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006 y 2012.

Gráfica 20. Porcentaje de personas hospitalizadas que consideran "regular, mala o muy mala" la calidad de atención del lugar donde se atendieron, según razones, por tipo de afiliación, 2006



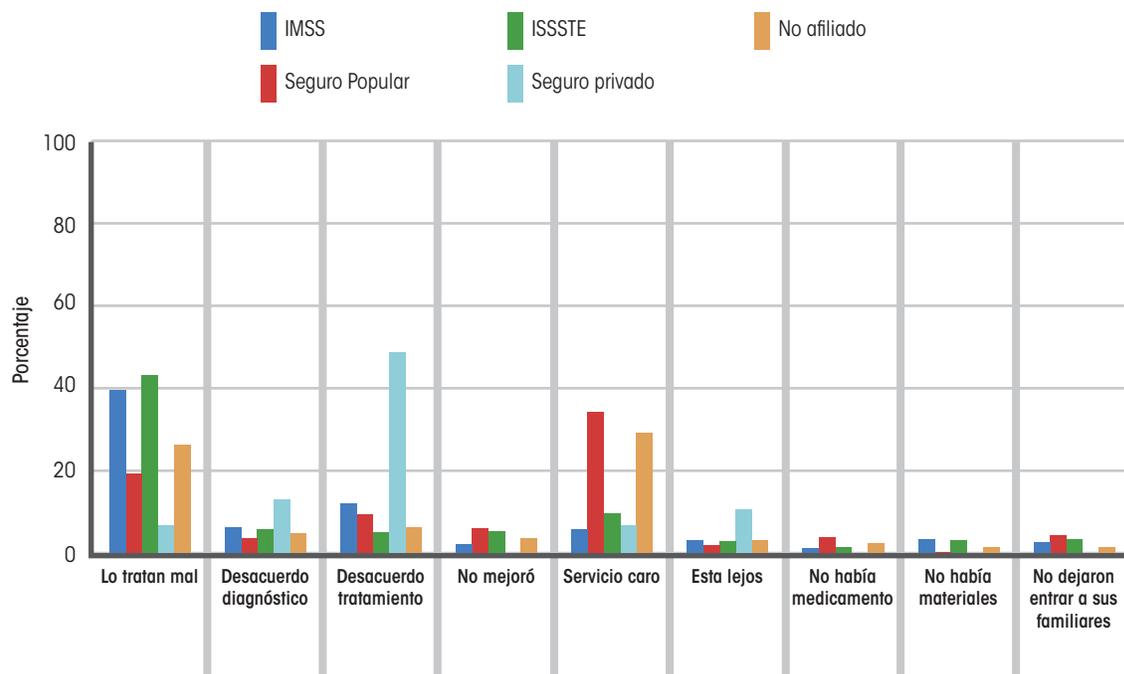
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006.

Gráfica 21. Porcentaje de personas hospitalizadas que consideran “regular, mala o muy mala” la calidad de atención del lugar donde se atendieron, según razones, por tipo de afiliación, 2012



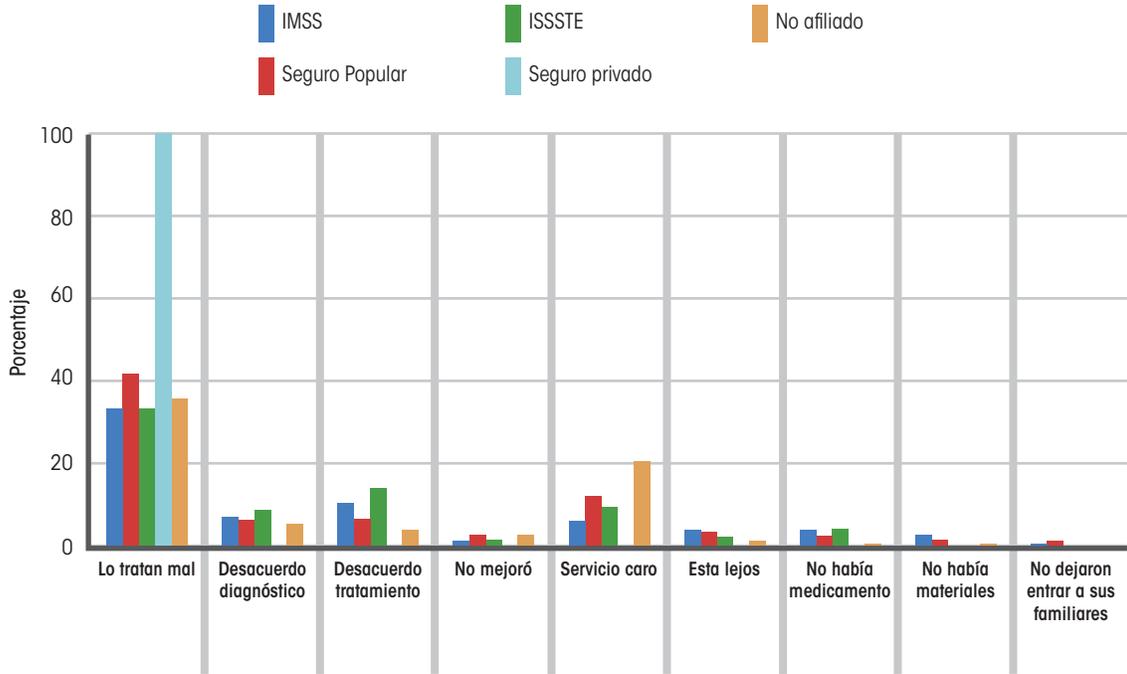
Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2012.

Gráfica 22. Porcentaje de personas que fueron hospitalizadas y que no regresarían al lugar donde se atendieron, según razones, por tipo de afiliación, 2006



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006.

Gráfica 23. Porcentaje de personas que fueron hospitalizadas y que no regresarían al lugar donde se atendieron, según razones, por tipo de afiliación, 2012



Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2012.

ANEXO 2. ESTIMACIONES DE LOS INDICADORES DE LAS DIMENSIONES DE ACCESO Y USO EFECTIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y PRECISIÓN ESTADÍSTICA

Cuadro 1. Población afiliada al Seguro Popular por estado, 2008 y 2010

Estado	2008			2010		
	Total por entidad	Error estándar	CV (%) ¹	Total por entidad	Error estándar	CV (%)
Aguascalientes	285,066	35,431.38	12.4292	373,290	24,535.81	6.57286
Baja California	370,169	28,603.83	7.72724	597,505	35,800.80	5.99172
Baja California Sur	84,911	9,805.40	11.5479	158,374	11,009.34	6.95148
Campeche	273,815	22,078.07	8.06313	379,326	17,772.61	4.68531
Coahuila de Zaragoza	174,077	24,929.27	14.3208	392,190	33,853.81	8.63199
Colima	193,451	14,835.37	7.6688	265,963	13,826.73	5.19874
Chiapas	1,348,282	130,344.30	9.66743	2,394,236	122,524.80	5.11749
Chihuahua	424,145	57,224.18	13.4917	900,910	61,030.93	6.77436
Distrito Federal	637,073	50,424.05	7.91496	1,353,044	74,197.61	5.48375
Durango	240,896	26,372.17	10.9475	543,439	39,219.54	7.21692
Guanajuato	1,302,425	116,175.50	8.91993	2,285,095	103,877.80	4.54589
Guerrero	691,835	83,985.10	12.1395	1,419,950	77,393.00	5.4504
Hidalgo	660,043	85,274.43	12.9195	1,191,298	94,482.48	7.93105
Jalisco	1,089,439	84,229.03	7.73141	1,750,859	155,555.40	8.88452
México	1,883,572	148,111.70	7.86334	3,819,205	263,572.70	6.90124
Michoacán de Ocampo	708,472	73,519.77	10.3772	1,500,234	143,282.10	9.55065
Morelos	434,990	28,026.42	6.443	633,855	39,064.25	6.16296
Nayarit	295,035	23,027.23	7.80491	471,017	22,991.74	4.8813
Nuevo León	430,631	46,677.38	10.8393	836,662	75,712.17	9.04931
Oaxaca	871,552	98,870.99	11.3442	1,636,725	143,194.00	8.74881
Puebla	1,010,312	101,644.30	10.0607	1,864,156	147,886.10	7.93314
Querétaro Arteaga	413,561	30,479.92	7.37012	686,667	37,094.74	5.40214
Quintana Roo	205,924	20,159.56	9.78981	372,760	24,431.30	6.55416
San Luis Potosí	688,771	85,158.40	12.3638	1,097,550	70,242.55	6.39994
Sinaloa	610,794	62,005.21	10.1516	877,182	56,481.35	6.43895
Sonora	356,458	28,978.05	8.12944	600,709	56,631.08	9.42737
Tabasco	954,408	64,488.46	6.75691	1,146,541	61,985.72	5.40632
Tamaulipas	728,813	57,416.76	7.87812	934,959	66,079.96	7.06769
Tlaxcala	287,948	25,282.31	8.78017	464,203	20,597.81	4.43724
Veracruz de Ignacio de la Llave	1,807,983	207,261.90	11.4637	2,688,626	214,873.90	7.99196
Yucatán	472,796	36,815.42	7.78675	675,773	30,193.03	4.46792
Zacatecas	449,134	40,072.81	8.92224	654,685	40,581.99	6.19871

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 2. Tiempo promedio y tiempo estimado para llegar al hospital en caso de emergencia

Tipo de afiliación	2008			2010		
	Media	Error estándar	CV (%) ¹	Media	Error estándar	CV (%)
Tiempo de traslado (minutos) al hospital para atender la más reciente emergencia, por tipo de afiliación						
No afiliado	53.9410	1.6272	3.0166	55.5194	2.9772	5.3624
IMSS	34.0728	0.8081	2.3716	35.7153	1.2154	3.4030
ISSSTE	35.4241	1.3779	3.8896	37.3362	3.0542	8.1803
Pemex	31.7302	2.4445	7.7040	35.0360	7.0377	20.0872
Otro	38.4814	2.6134	6.7913	32.6953	2.7100	8.2885
Seguro Popular	58.9712	1.8692	3.1697	58.8940	1.5764	2.6767
Tiempo (minutos) que las familias estiman que tardarán en llegar al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación						
No afiliado	47.3390	2.4127	5.0967	46.8352	1.6396	3.5008
IMSS	27.9454	0.8922	3.1925	38.2937	6.0035	15.6774
ISSSTE	26.9490	1.0409	3.8625	33.1644	1.7877	5.3903
Pemex	25.9753	1.9718	7.5911	31.9753	3.2791	10.2550
Otro	34.9922	3.2488	9.2843	27.4618	2.9658	10.7996
Seguro Popular	51.9455	2.1783	4.1934	57.9670	2.1833	3.7664

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 3. Tiempo promedio de traslado al hospital en localidades de 100,000 y más habitantes y en localidades de 15,000 a 99,000 habitantes, por tipo de afiliación

Tipo de afiliación	Localidades de 100,000 y más habitantes			Localidades de 15,000 a 99,000 habitantes		
	Media (minutos)	Error estándar	CV (%) ¹	Media (minutos)	Error estándar	CV (%)
2010						
No afiliado	41.6083	5.2729	12.6727	34.6286	1.1487	3.3171
IMSS	30.8575	1.2376	4.0106	38.2764	2.9496	7.7060
ISSSTE	34.7372	5.2254	15.0426	27.6938	2.1586	7.7944
Pemex	26.3646	2.1095	8.0012	52.9846	33.0128	62.3064
Otro	25.9566	2.0183	7.7756	44.6743	19.3751	43.3696
Seguro Popular	38.7839	2.5871	6.6704	36.4570	1.8337	5.0298
2008						
No afiliado	36.8976	1.6222	4.3965	37.7626	2.0807	5.5099
IMSS	31.2970	1.0206	3.2609	28.4162	1.1416	4.0173
ISSSTE	30.1110	1.3436	4.4622	32.4746	5.6232	17.3156
Pemex	30.2633	3.0040	9.9262	26.2255	4.8699	18.5693
Otro	32.6128	3.4498	10.5781	32.6478	3.2553	9.9709
Seguro Popular	41.4254	2.7703	6.6874	33.9953	1.8900	5.5595

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 4. Tiempo promedio de traslado al hospital en localidades de 2,500 a 14,999 habitantes y en localidades de menos de 2,500 habitantes, por tipo de afiliación

Tipo de afiliación	Localidades de 2,500 a 14,999 habitantes			Localidades de menos de 2,500 habitantes		
	Media (minutos)	Error estándar	CV (%) ¹	Media (minutos)	Error estándar	CV (%)
2010						
No afiliado	61.2210	10.5801	17.2818	91.0853	5.4519	5.9855
IMSS	53.9367	8.3465	15.4746	50.5121	2.4336	4.8179
ISSSTE	48.0818	2.8588	5.9456	52.8889	3.5669	6.7441
Pemex	49.8865	10.1394	20.3250	49.4778	8.1501	16.4723
Otro	32.7328	7.0171	21.4376	63.3308	7.4794	11.8101
Seguro Popular	50.2603	2.3189	4.6137	82.4375	3.1038	3.7650
2008						
No afiliado	54.0404	2.8161	5.2111	88.5638	4.6363	5.2350
IMSS	46.8157	2.6454	5.6506	55.0650	3.4226	6.2156
ISSSTE	48.8830	3.9853	8.1526	59.1250	4.0326	6.8205
Pemex	36.5762	5.5811	15.2588	59.1733	14.0481	23.7407
Otro	47.4314	8.2930	17.4842	64.7006	6.0568	9.3612
Seguro Popular	49.7639	1.7401	3.4967	77.4409	3.5218	4.5477

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 5. Proporción de personas cuyos problemas de salud les han impedido realizar sus actividades diarias en los últimos doce meses, por tipo de afiliación

Tipo de afiliación	2008			2010		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
No afiliado	0.2322	0.0029	1.2575	0.2059	0.0047	2.2612
IMSS	0.2520	0.0029	1.1409	0.2503	0.0034	1.3619
ISSSTE	0.2600	0.0052	2.0153	0.2585	0.0090	3.4653
Pemex	0.2445	0.0174	7.1101	0.2702	0.0231	8.5473
Otro	0.2570	0.0138	5.3680	0.2498	0.0143	5.7294
Seguro Popular	0.2904	0.0044	1.5098	0.2475	0.0035	1.3951

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 6. Número de personas cuyos problemas de salud les han impedido realizar sus actividades diarias en los últimos doce meses, por tipo de afiliación

Tipo de afiliación	2008			2010		
	Número de personas	Error estándar	CV (%) ¹	Número de personas	Error estándar	CV (%)
No afiliado	10,100,000	175,692.20	1.7432	7,493,991	301,179.50	4.0190
IMSS	8,264,793	117,861.70	1.4261	8,238,219	154,977.30	1.8812
ISSSTE	1,832,002	48,747.66	2.6609	2,056,003	69,929.72	3.4013
Pemex	233,074	17,813.33	7.6428	275,704	33,344.08	12.0942
Otro	546,984	37,761.31	6.9036	320,784	26,404.26	8.2312
Seguro Popular	5,921,282	142,184.90	2.4013	8,654,351	160,566.20	1.8553

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 7. Proporción de personas que recibieron y que no recibieron atención médica a sus problemas de salud, por tipo de afiliación

Tipo de afiliación	2008			2010		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
No recibieron atención médica						
No afiliado	0.1153	0.0040	3.5050	0.1574	0.0076	4.8457
IMSS	0.0486	0.0025	5.1175	0.0714	0.0040	5.6596
ISSSTE	0.0323	0.0036	11.0173	0.0560	0.0049	8.7250
Pemex	0.0220	0.0064	29.2719	0.0338	0.0126	37.3305
Otro	0.0523	0.0096	18.2798	0.0382	0.0086	22.5860
Seguro Popular	0.0813	0.0040	4.9000	0.1274	0.0050	3.9170
Sí recibieron atención médica						
No afiliado	0.8847	0.0040	0.4570	0.8426	0.0076	0.9055
IMSS	0.9514	0.0025	0.2612	0.9286	0.0040	0.4349
ISSSTE	0.9677	0.0036	0.3682	0.9440	0.0049	0.5178
Pemex	0.9780	0.0064	0.6572	0.9662	0.0126	1.3067
Otro	0.9477	0.0096	1.0096	0.9618	0.0086	0.8967
Seguro Popular	0.9187	0.0040	0.4339	0.8726	0.0050	0.5718

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 8. Número de personas que recibieron atención médica a sus problemas de salud, por tipo de afiliación

Tipo de afiliación	2008			2010		
	Número de personas	Error estándar	CV (%) ¹	Número de personas	Error estándar	CV (%)
No afiliado	8,916,428	155625.10	1.75	6,314,129	295287.60	4.68
IMSS	7,863,451	112353.40	1.43	7,650,297	145506.30	1.90
ISSSTE	1,772,760	47571.02	2.68	1,940,815	68001.42	3.50
Pemex	227,956	17710.37	7.77	266,380	32763.80	12.30
Otro	518,354	35821.61	6.91	308,535	26004.71	8.43
Seguro Popular	5,439,629	130890.40	2.41	7,552,004	140656.30	1.86

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 9. Lugar de atención médica de las personas afiliadas al Seguro Popular

Lugar de atención	2008			2010		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
Secretaría de Salud	0.9088	0.0038	0.4232	0.8059	0.0056	0.6894
IMSS	0.0310	0.0019	6.0759	0.0587	0.0021	3.6325
IMSS-Oportunidades	0.0425	0.0036	8.4363	0.0368	0.0033	9.0055
ISSSTE	0.0035	0.0005	15.4795	0.0072	0.0006	8.8576
Otro servicio público	0.0036	0.0006	16.0333	0.0050	0.0007	14.0882
Servicios privados	0.1117	0.0039	3.4908	0.1190	0.0044	3.6850
Consultorios de farmacias	0.0966	0.0041	4.2459	0.1271	0.0043	3.3498
Curandero	0.0043	0.0008	18.0602	0.0061	0.0014	23.5516
Se automédica	0.0478	0.0027	5.7289	0.0449	0.0022	4.9993

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 10. Lugar de atención médica, por tipo de afiliación

Tipo de afiliación	2008			2010		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
Secretaría de Salud						
No afiliado	0.4653	0.0058	1.2503	0.4048	0.0062	1.5203
IMSS	0.0634	0.0026	4.1024	0.0563	0.0024	4.3504
ISSSTE	0.0670	0.0042	6.2259	0.0588	0.0043	7.3484
Pemex	0.0947	0.0198	20.9502	0.0320	0.0063	19.8130
Otro	0.1420	0.0166	11.7222	0.1551	0.0202	13.0398
Seguro Popular	0.9088	0.0038	0.4232	0.8059	0.0056	0.6894
IMSS						
No afiliado	0.0082	0.0009	10.9336	0.0060	0.0007	11.3428
IMSS	0.8646	0.0029	0.3412	0.8286	0.0049	0.5863
ISSSTE	0.0585	0.0033	5.6652	0.0453	0.0033	7.3877
Pemex	0.0414	0.0091	21.9230	0.0368	0.0087	23.6300
Otro	0.0465	0.0066	14.1604	0.0486	0.0078	15.9964
Seguro Popular	0.0310	0.0019	6.0759	0.0587	0.0021	3.6325
IMSS-Oportunidades						
No afiliado	0.0353	0.0036	10.2318	0.0229	0.0030	13.2923
IMSS	0.0094	0.0007	7.1664	0.0117	0.0015	12.9776
ISSSTE	0.0040	0.0007	18.6067	0.0053	0.0009	17.6867
Pemex	0.0018	0.0012	69.2616	0.0155	0.0147	94.8195
Otro	0.1061	0.0225	21.2021	0.0619	0.0158	25.5258
Seguro Popular	0.0425	0.0036	8.4363	0.0368	0.0033	9.0055
ISSSTE						
No afiliado	0.0014	0.0002	13.5372	0.0014	0.0002	13.8341
IMSS	0.0021	0.0004	17.4438	0.0020	0.0003	14.1054
ISSSTE	0.8514	0.0054	0.6343	0.8414	0.0076	0.8977
Pemex	0.0163	0.0047	29.0860	0.0161	0.0051	31.5066
Otro	0.0261	0.0050	19.0454	0.0154	0.0036	23.2383
Seguro Popular	0.0035	0.0005	15.4795	0.0072	0.0006	8.8576
Otro servicio público						
No afiliado	0.0096	0.0010	10.4800	0.0066	0.0008	12.4278
IMSS	0.0029	0.0004	13.0739	0.0033	0.0008	23.5826
ISSSTE	0.0023	0.0005	21.9340	0.0022	0.0006	24.7776
Pemex	0.9460	0.0093	0.9812	0.9251	0.0218	2.3577
Otro	0.0108	0.0028	25.6157	0.0308	0.0087	28.3990
Seguro Popular	0.0036	0.0006	16.0333	0.0050	0.0007	14.0882

Tipo de afiliación	2008			2010		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
Consultorios privados						
No afiliado	0.4068	0.0056	1.3708	0.4027	0.0126	3.1199
IMSS	0.2393	0.0037	1.5524	0.2259	0.0051	2.2687
ISSSTE	0.3099	0.0075	2.4353	0.2654	0.0105	3.9694
Pemex	0.1565	0.0164	10.4587	0.1382	0.0185	13.3472
Otro	0.2958	0.0193	6.5292	0.4008	0.0317	7.9197
Seguro Popular	0.1117	0.0039	3.4908	0.1190	0.0044	3.6850
Consultorios de farmacias						
No afiliado	0.2714	0.0049	1.8153	0.3188	0.0081	2.5533
IMSS	0.1220	0.0033	2.7450	0.1192	0.0034	2.8202
ISSSTE	0.0817	0.0047	5.7420	0.0841	0.0076	9.0875
Pemex	0.0496	0.0089	17.9186	0.0756	0.0128	16.9791
Otro	0.0768	0.0105	13.6241	0.0661	0.0101	15.3047
Seguro Popular	0.0966	0.0041	4.2459	0.1271	0.0043	3.3498
Curandero						
No afiliado	0.0073	0.0011	15.0696	0.0055	0.0007	12.7572
IMSS	0.0016	0.0003	15.8765	0.0012	0.0002	16.0095
ISSSTE	0.0014	0.0005	32.0040	0.0013	0.0004	30.8187
Pemex	0.0026	0.0026	99.8368	0.0025	0.0015	62.4246
Otro	0.0023	0.0011	50.3154	0.0023	0.0013	58.7688
Seguro Popular	0.0043	0.0008	18.0602	0.0061	0.0014	23.5516
Automedicación						
No afiliado	0.0713	0.0023	3.2445	0.0809	0.0048	5.9461
IMSS	0.0369	0.0016	4.2920	0.0365	0.0017	4.7083
ISSSTE	0.0360	0.0028	7.7751	0.0282	0.0024	8.5970
Pemex	0.0196	0.0033	16.7575	0.0225	0.0060	26.8710
Otro	0.0344	0.0059	17.2300	0.0358	0.0088	24.6014
Seguro Popular	0.0478	0.0027	5.7289	0.0449	0.0022	4.9993

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 11. Motivos de no atención médica, por tipo de afiliación

Tipo de afiliación	2008			2010		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
No hay dónde atenderse						
No afiliado	0.0251	0.0051	20.2634	0.0392	0.0063	16.0405
IMSS	0.0088	0.0048	54.2204	0.0089	0.0033	37.2260
ISSSTE	0.0177	0.0122	69.0793	0.0068	0.0037	53.8080
Pemex	0.0351	0.0354	100.9390	0.0000		
Otro	0.0000			0.0000		
Seguro Popular	0.0330	0.0089	27.1007	0.0282	0.0055	19.5857
Es caro						
No afiliado	0.1204	0.0109	9.0398	0.1993	0.0134	6.7183
IMSS	0.0245	0.0106	43.1855	0.0375	0.0080	21.2540
ISSSTE	0.0097	0.0063	64.8259	0.0409	0.0159	38.8744
Pemex	0.0282	0.0287	101.6200	0.0000		
Otro	0.0276	0.0200	72.3846	0.0218	0.0166	76.3860
Seguro Popular	0.0504	0.0098	19.4009	0.1427	0.0222	15.5295
No tenía dinero						
No afiliado	0.3971	0.0153	3.8632	0.4768	0.0159	3.3250
IMSS	0.0924	0.0163	17.6016	0.1111	0.0140	12.6166
ISSSTE	0.0519	0.0214	41.1819	0.0893	0.0203	22.7489
Pemex	0.0000			0.0592	0.0508	85.7877
Otro	0.1399	0.0525	37.5131	0.1177	0.0670	56.9298
Seguro Popular	0.2799	0.0254	9.0894	0.3518	0.0232	6.5904
La unidad médica queda lejos						
No afiliado	0.0554	0.0093	16.7630	0.0672	0.0078	11.5869
IMSS	0.0293	0.0071	24.3837	0.0588	0.0088	14.8840
ISSSTE	0.0747	0.0339	45.4119	0.0852	0.0213	24.9817
Pemex	0.0000			0.0501	0.0458	91.3973
Otro	0.0422	0.0413	97.7249	0.0447	0.0290	64.8506
Seguro Popular	0.0698	0.0113	16.2463	0.1028	0.0099	9.6552
No lo atienden						
No afiliado	0.0561	0.0148	26.4191	0.0411	0.0055	13.3126
IMSS	0.0442	0.0107	24.1639	0.0976	0.0134	13.7397
ISSSTE	0.0601	0.0299	49.7202	0.0895	0.0197	22.0280
Pemex	0.0546	0.0418	76.5155	0.0372	0.0286	76.8433
Otro	0.0163	0.0159	97.1700	0.0527	0.0328	62.3774
Seguro Popular	0.0719	0.0117	16.2233	0.1073	0.0104	9.6473

Tipo de afiliación	2008			2010		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
No le tiene confianza						
No afiliado	0.0460	0.0151	32.6893	0.0242	0.0036	14.9571
IMSS	0.0481	0.0131	27.2704	0.0669	0.0105	15.6441
ISSSTE	0.1153	0.0424	36.7537	0.1120	0.0304	27.1854
Pemex	0.0363	0.0366	100.8180	0.0000		
Otro	0.0000			0.0289	0.0288	99.6624
Seguro Popular	0.0486	0.0100	20.5520	0.0516	0.0067	12.9741
Lo tratan mal donde se atiende						
No afiliado	0.0476	0.0187	39.3670	0.0291	0.0049	16.6665
IMSS	0.0346	0.0099	28.6833	0.0946	0.0129	13.6692
ISSSTE	0.0521	0.0295	56.6800	0.0974	0.0269	27.5600
Pemex	0.0000			0.0000		
Otro	0.0167	0.0162	96.9188	0.0492	0.0376	76.4029
Seguro Popular	0.0401	0.0095	23.7782	0.1113	0.0222	19.9231
No hablan la misma lengua						
No afiliado	0.0027	0.0013	46.1810	0.0026	0.0011	40.4126
IMSS	0.0012	0.0008	71.5253	0.0009	0.0007	78.7175
ISSSTE	0.0000			0.0000		
Pemex	0.0000			0.0000		
Otro	0.0000			0.0000		
Seguro Popular	0.0005	0.0005	100.1220	0.0126	0.0100	79.3800
No quiso o no era necesario						
No afiliado	0.2013	0.0132	6.5409	0.1810	0.0117	6.4738
IMSS	0.2994	0.0223	7.4436	0.2746	0.0306	11.1404
ISSSTE	0.3612	0.0535	14.8060	0.2476	0.0373	15.0790
Pemex	0.3279	0.1215	37.0672	0.3599	0.2089	58.0456
Otro	0.3832	0.0863	22.5196	0.1879	0.0828	44.0527
Seguro Popular	0.2301	0.0175	7.6121	0.1479	0.0121	8.1665
Hay que esperar mucho						
No afiliado	0.0760	0.0186	24.4848	0.0852	0.0078	9.1680
IMSS	0.1487	0.0226	15.1655	0.2634	0.0196	7.4396
ISSSTE	0.1119	0.0399	35.6488	0.2758	0.0395	14.3139
Pemex	0.0000			0.0327	0.0279	85.4235
Otro	0.0147	0.0148	100.6280	0.1817	0.0870	47.9088
Seguro Popular	0.1062	0.0152	14.3226	0.2080	0.0216	10.4076

Tipo de afiliación	2008			2010		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
No le dan medicamento						
No afiliado	0.0705	0.0162	22.9263	0.0662	0.0075	11.2784
IMSS	0.0497	0.0110	22.0514	0.0936	0.0124	13.2542
ISSSTE	0.0861	0.0379	44.0435	0.1575	0.0329	20.8780
Pemex	0.0000			0.0000		
Otro	0.0000			0.0785	0.0554	70.6171
Seguro Popular	0.0882	0.0149	16.8698	0.1592	0.0195	12.2491
No tuvo tiempo						
No afiliado	0.0386	0.0052	13.4785	0.0307	0.0049	16.1074
IMSS	0.0756	0.0156	20.5858	0.0841	0.0117	13.9202
ISSSTE	0.0701	0.0349	49.8003	0.0620	0.0168	27.0901
Pemex	0.0000			0.0194	0.0200	103.4220
Otro	0.0777	0.0536	68.9395	0.0635	0.0610	96.1298
Seguro Popular	0.0423	0.0090	21.3345	0.0449	0.0064	14.2164
La unidad médica no estaba abierta						
No afiliado	0.0206	0.0081	39.2609	0.0148	0.0038	25.4457
IMSS	0.0033	0.0027	81.8749	0.0019	0.0015	77.8443
ISSSTE	0.0127	0.0125	98.1269	0.0042	0.0030	70.8678
Pemex	0.0000			0.0000		
Otro	0.0000			0.0000		
Seguro Popular	0.0319	0.0088	27.6242	0.0369	0.0066	17.7885
Cita diferida						
No afiliado	0.0257	0.0135	52.6798	0.0179	0.0036	20.2040
IMSS	0.0408	0.0106	25.9939	0.0932	0.0147	15.7211
ISSSTE	0.0229	0.0104	45.5347	0.1365	0.0308	22.5467
Pemex	0.0000			0.0109	0.0116	106.1290
Otro	0.0069	0.0070	101.1960	0.0086	0.0087	101.6790
Seguro Popular	0.0297	0.0086	28.9767	0.0701	0.0166	23.7067
No hubo quién lo llevara						
No afiliado	0.0028	0.0018	65.6516	0.0383	0.0055	14.2779
IMSS	0.0101	0.0100	99.5250	0.0271	0.0057	21.2047
ISSSTE	0.0000			0.0348	0.0151	43.4124
Pemex	0.0000			0.0433	0.0446	102.9820
Otro	0.0000			0.0577	0.0470	81.5419
Seguro Popular	0.0003	0.0003	100.0790	0.0227	0.0042	18.3514

Tipo de afiliación	2008			2010		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
No había médico						
No afiliado	0.0142	0.0031	21.9428	0.0184	0.0034	18.2021
IMSS	0.0112	0.0063	56.4185	0.0251	0.0067	26.7249
ISSSTE	0.0204	0.0138	67.8031	0.0229	0.0084	36.6029
Pemex	0.0000			0.1591	0.1449	91.0441
Otro	0.0000			0.0145	0.0147	101.1470
Seguro Popular	0.0436	0.0110	25.1695	0.0663	0.0106	15.9595
Se lo impidió un integrante de su hogar						
No afiliado	0.0044	0.0027	61.2937	0.0001	0.0001	100.0330
IMSS	0.0040	0.0034	84.4904	0.0029	0.0023	80.1151
ISSSTE	0.0000			0.0040	0.0040	100.0460
Pemex	0.0000			0.0000		
Otro	0.0000			0.0000		
Seguro Popular	0.0015	0.0012	77.5614	0.0033	0.0018	54.6740
Se automedicó						
No afiliado	0.3431	0.0162	4.7132	0.2575	0.0144	5.5837
IMSS	0.3245	0.0230	7.0792	0.2528	0.0256	10.1415
ISSSTE	0.3861	0.0560	14.4939	0.2315	0.0352	15.1851
Pemex	0.3895	0.1428	36.6696	0.1625	0.0932	57.3912
Otro	0.3898	0.0908	23.2995	0.2174	0.1092	50.2361
Seguro Popular	0.3079	0.0213	6.9135	0.2200	0.0168	7.6554
Otro motivo						
No afiliado	0.0504	0.0074	14.6408	0.0352	0.0059	16.8427
IMSS	0.0794	0.0128	16.1885	0.0373	0.0071	19.0331
ISSSTE	0.0455	0.0217	47.5716	0.0858	0.0236	27.5688
Pemex	0.2011	0.1666	82.8826	0.1579	0.1350	85.5113
Otro	0.0537	0.0351	65.4567	0.0965	0.0643	66.5988
Seguro Popular	0.0477	0.0090	18.9016	0.0305	0.0046	15.1596
No sabe						
No afiliado	0.0055	0.0018	32.4316	0.0086	0.0025	28.9131
IMSS	0.0112	0.0047	41.7829	0.0094	0.0039	41.5705
ISSSTE	0.0175	0.0127	72.8063	0.0193	0.0106	54.7483
Pemex	0.0000			0.0000		
Otro	0.0336	0.0331	98.5204	0.0615	0.0594	96.5434
Seguro Popular	0.0064	0.0025	38.5716	0.0078	0.0032	40.4210

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos del MCS-ENIGH 2008 y 2010.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 12. Distribución porcentual de personas afiliadas al Seguro Popular que fueron hospitalizadas, según lugar de atención

Lugar de atención	2006			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
IMSS	0.0616	0.0129	20.8944	0.0602	0.0063	10.5399
ISSSTE	0.0052	0.0024	46.6575	0.0032	0.0011	34.1605
Secretaría de Salud	0.6678	0.0229	3.4300	0.7726	0.0108	1.3974
Pemex	0.0000			0.0000		
IMSS Oportunidades	0.0047	0.0021	44.4620	0.0141	0.0025	17.6174
Consultorios de farmacias	ND			0.0012	0.0007	58.9710
Privado	0.1297	0.0177	13.6166	0.1143	0.0084	7.3193
Otra institución	0.1182	0.0166	14.0382	0.0318	0.0054	16.8783
NS/NR	0.0129	0.0064	49.6515	0.0025	0.0016	64.7375

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006 y 2012.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 13. Calidad del lugar de atención reportada por las personas hospitalizadas de acuerdo con la institución a la cual se encuentran afiliadas

Tipo de afiliación	2006			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
Muy buena						
IMSS	0.1917	0.0103	5.3533	0.2322	0.0118	5.0623
Seguro Popular	0.1736	0.0146	8.4082	0.1905	0.0107	5.5990
ISSSTE	0.2654	0.0332	12.5025	0.2621	0.0284	10.8478
Pemex	0.2229	0.0893	40.0589	0.2194	0.0971	44.2598
Seguro privado	0.6457	0.0819	12.6781	0.6819	0.0880	12.9015
No afiliado	0.1782	0.0118	6.6206	0.2619	0.0223	8.5086
Otra institución	0.2738	0.0575	20.9998	0.3155	0.0688	21.8007
Buena						
IMSS	0.5903	0.0142	2.4013	0.5563	0.0143	2.5789
Seguro Popular	0.6711	0.0211	3.1429	0.6103	0.0124	2.0271
ISSSTE	0.5272	0.0336	6.3665	0.5416	0.0299	5.5242
Pemex	0.6146	0.0911	14.8264	0.7572	0.0969	12.8009
Seguro privado	0.3223	0.0800	24.8131	0.2920	0.0878	30.0621
No afiliado	0.6272	0.0157	2.4989	0.5683	0.0249	4.3757
Otra institución	0.6203	0.0645	10.3954	0.5989	0.0767	12.8141

Tipo de afiliación	2006			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
Regular						
IMSS	0.1387	0.0099	7.1361	0.1490	0.0098	6.5898
Seguro Popular	0.1290	0.0165	12.8001	0.1354	0.0082	6.0180
ISSSTE	0.1227	0.0204	16.6000	0.1548	0.0198	12.8052
Pemex	0.1223	0.0586	47.9194	0.0235	0.0238	101.5100
Seguro privado	0.0299	0.0147	49.1089	0.0261	0.0198	75.7915
No afiliado	0.1342	0.0098	7.2978	0.0976	0.0129	13.2663
Otra institución	0.0268	0.0116	43.2795	0.0150	0.0095	62.9638
Mala						
IMSS	0.0570	0.0074	12.9976	0.0411	0.0057	13.7774
Seguro Popular	0.0204	0.0052	25.4563	0.0315	0.0045	14.2264
ISSSTE	0.0501	0.0148	29.5820	0.0343	0.0087	25.3862
Pemex	0.0401	0.0396	98.8293	0.0000		
Seguro privado	0.0021	0.0021	100.3610	0.0000		
No afiliado	0.0445	0.0061	13.7321	0.0445	0.0130	29.2372
Otra institución	0.0432	0.0399	92.3615	0.0633	0.0525	82.8871
Muy mala						
IMSS	0.0208	0.0045	21.5297	0.0205	0.0032	15.4508
Seguro Popular	0.0039	0.0021	52.9611	0.0294	0.0047	16.1074
ISSSTE	0.0346	0.0156	45.0006	0.0072	0.0035	48.5336
Pemex	0.0000			0.0000		
Seguro privado	0.0000			0.0000		
No afiliado	0.0127	0.0034	26.5593	0.0262	0.0089	33.9853
Otra institución	0.0342	0.0335	97.9373	0.0073	0.0072	99.0567

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006 y 2012.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 14. Proporción de personas hospitalizadas que consideran “muy buena o buena” la calidad de atención del lugar al que acudieron, según razones, por tipo de afiliación, 2006

Tipo de afiliación	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹
Es barato			
IMSS	0.0263	0.0051	19.5300
Seguro Popular	0.0721	0.0105	14.5249
ISSSTE	0.0086	0.0058	67.0379
Pemex	0.0000		
Seguro privado	0.0487	0.0364	74.6789
No afiliado	0.0708	0.0080	11.3502
Otra institución	0.0583	0.0448	76.7928

Tipo de afiliación	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹
Personal bien preparado			
IMSS	0.3306	0.0153	4.6272
Seguro Popular	0.2644	0.0230	8.6980
ISSSTE	0.3308	0.0349	10.5507
Pemex	0.4210	0.0625	14.8548
Seguro privado	0.3927	0.0903	22.9862
No Afiliado	0.3096	0.0147	4.7441
Otra institución	0.2829	0.0568	20.0710
Personal con experiencia			
IMSS	0.1594	0.0119	7.4764
Seguro Popular	0.1048	0.0144	13.7666
ISSSTE	0.2383	0.0311	13.0589
Pemex	0.1915	0.0971	50.7073
Seguro privado	0.3474	0.0942	27.1201
No afiliado	0.1576	0.0118	7.5057
Otra institución	0.2065	0.0533	25.7944
Buen trato			
IMSS	0.5385	0.0151	2.8029
Seguro Popular	0.5979	0.0240	4.0174
ISSSTE	0.5494	0.0378	6.8827
Pemex	0.3220	0.1140	35.4096
Seguro privado	0.4893	0.0963	19.6760
No afiliado	0.5047	0.0158	3.1363
Otra institución	0.5626	0.0610	10.8514
Medicamento y material de buena calidad			
IMSS	0.1477	0.0121	8.1572
Seguro Popular	0.1498	0.0197	13.1834
ISSSTE	0.1533	0.0331	21.6109
Pemex	0.1689	0.0695	41.1758
Seguro privado	0.2235	0.0723	32.3532
No afiliado	0.1483	0.0123	8.2661
Otra institución	0.1960	0.0461	23.5254
Operación o tratamiento adecuado			
IMSS	0.1620	0.0113	6.9502
Seguro Popular	0.1603	0.0152	9.4714
ISSSTE	0.1560	0.0264	16.9218
Pemex	0.2471	0.0744	30.0923
Seguro privado	0.0695	0.0426	61.2219
No afiliado	0.1634	0.0122	7.4440
Otra institución	0.1043	0.0335	32.0820

Tipo de afiliación	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹
Buenos resultados			
IMSS	0.2159	0.0131	6.0854
Seguro Popular	0.1993	0.0190	9.5189
ISSSTE	0.1984	0.0285	14.3809
Pemex	0.3619	0.1822	50.3437
Seguro privado	0.0788	0.0484	61.3528
No afiliado	0.2214	0.0127	5.7473
Otra institución	0.2156	0.0450	20.8648

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 15. Proporción de personas hospitalizadas que consideran "muy buena o buena" la calidad de atención del lugar al que acudieron, según razones, por tipo de afiliación, 2012

Tipo de afiliación	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹
Es barato			
IMSS	0.0327	0.0064	19.6874
ISSSTE	0.0119	0.0046	38.7411
Pemex	0.0000		
Seguro Popular	0.0617	0.0074	11.9524
Seguro privado	0.0000		
Otra institución	0.0598	0.0346	57.9514
No afiliado	0.0625	0.0140	22.3909
Personal bien preparado			
IMSS	0.3635	0.0161	4.4246
ISSSTE	0.4468	0.0331	7.4033
Pemex	0.2989	0.0692	23.1510
Seguro Popular	0.3333	0.0144	4.3293
Seguro privado	0.5589	0.1014	18.1384
Otra institución	0.3797	0.0816	21.4966
No afiliado	0.3789	0.0250	6.6074
Personal con experiencia			
IMSS	0.1668	0.0122	7.3017
ISSSTE	0.2636	0.0294	11.1610
Pemex	0.2722	0.0753	27.6808
Seguro Popular	0.1709	0.0117	6.8165
Seguro privado	0.2268	0.1094	48.2367
Otra institución	0.2631	0.0755	28.6782
No afiliado	0.2234	0.0231	10.3401

Tipo de afiliación	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹
Orientación del gestor			
IMSS	0.0507	0.0076	14.9443
ISSSTE	0.0591	0.0169	28.6451
Pemex	0.0730	0.0445	60.9235
Seguro Popular	0.0465	0.0066	14.2844
Seguro privado	0.0000		
Otra institución	0.0617	0.0370	60.0160
No afiliado	0.0386	0.0090	23.3068
Buen trato			
IMSS	0.6154	0.0150	2.4388
ISSSTE	0.5687	0.0343	6.0353
Pemex	0.6655	0.0958	14.3966
Seguro Popular	0.6330	0.0152	2.4024
Seguro privado	0.5392	0.1439	26.6931
Otra institución	0.7255	0.0678	9.3491
No afiliado	0.5511	0.0271	4.9263
Medicamento y material de buena calidad			
IMSS	0.0974	0.0090	9.2406
ISSSTE	0.0996	0.0192	19.2359
Pemex	0.0965	0.0557	57.7605
Seguro Popular	0.0910	0.0083	9.1579
Seguro privado	0.2425	0.0977	40.2758
Otra institución	0.2803	0.0749	26.7346
No afiliado	0.1138	0.0174	15.3331
Operación o tratamiento adecuado			
IMSS	0.1662	0.0112	6.7148
ISSSTE	0.0918	0.0182	19.7929
Pemex	0.1047	0.0552	52.7304
Seguro Popular	0.1519	0.0106	7.0090
Seguro privado	0.2919	0.1281	43.8916
Otra institución	0.0834	0.0297	35.6151
No afiliado	0.1408	0.0193	13.7057
Buenos resultados			
IMSS	0.1920	0.0121	6.3071
ISSSTE	0.1685	0.0241	14.2960
Pemex	0.2878	0.0970	33.7015
Seguro Popular	0.1859	0.0118	6.3463
Seguro privado	0.2839	0.0970	34.1473
Otra institución	0.2055	0.0626	30.4809
No afiliado	0.2004	0.0215	10.7523

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2012.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 16. Proporción de personas que fueron hospitalizadas y que regresarían a donde se atendieron, por tipo de afiliación

Tipo de afiliación	2006			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
IMSS	0.8236	0.0104	1.2615	0.8520	0.0097	1.1386
Seguro Popular	0.8740	0.0164	1.8814	0.8697	0.0090	1.0374
ISSSTE	0.8347	0.0266	3.1830	0.8801	0.0156	1.7764
Pemex	0.8841	0.0516	5.8322	0.9765	0.0238	2.4415
Seguro privado	0.9693	0.0173	1.7822	0.9840	0.0163	1.6596
No afiliado	0.8054	0.0115	1.4253	0.8640	0.0179	2.0721
Otra institución	0.8543	0.0528	6.1760	0.9224	0.0526	5.7074

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006 y 2012.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 17. Proporción de personas que sí recibieron atención a sus problemas de salud en las últimas dos semanas, por tipo de afiliación

Tipo de afiliación	2006			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
IMSS	0.7323	0.0098	1.3449	0.6841	0.0092	1.3458
Seguro Popular	0.6786	0.0196	2.8890	0.5824	0.0076	1.3018
ISSSTE	0.7250	0.0242	3.3318	0.7591	0.0141	1.8591
Pemex	0.8773	0.0389	4.4333	0.7622	0.0574	7.5242
Seguro privado	0.7572	0.0595	7.8593	0.8024	0.0514	6.4021
No afiliado	0.6375	0.0098	1.5410	0.5462	0.0103	1.8826
Otra institución	0.6567	0.0449	6.8371	0.6539	0.0588	8.9973

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006 y 2012.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 18. Proporción de personas que estuvieron hospitalizadas, por tipo de afiliación

Tipo de afiliación	2006			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
IMSS	0.3716	0.0106	2.8566	0.3819	0.0091	2.3945
Seguro Popular	0.1067	0.0060	5.6255	0.3960	0.0088	2.2318
ISSSTE	0.0672	0.0044	6.4765	0.0713	0.0042	5.9163
Pemex	0.0079	0.0026	32.7066	0.0061	0.0016	26.8166
Seguro privado	0.0100	0.0018	18.2897	0.0051	0.0014	27.4501
No afiliado	0.3987	0.0107	2.6903	0.1271	0.0058	4.5346
Otra institución	0.0195	0.0024	12.1162	0.0113	0.0018	16.1064

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006 y 2012.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 19. Proporción de personas según el tipo de personal que las atendió durante su problema de salud, por tipo de afiliación

Tipo de afiliación	2006			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
No personal de salud						
IMSS	0.0690	0.0060	8.6622	0.1020	0.0061	5.9438
Seguro Popular	0.0750	0.0081	10.8603	0.1228	0.0055	4.5032
ISSSTE	0.0472	0.0078	16.5117	0.0802	0.0127	15.8086
Pemex	0.0971	0.0401	41.3231	0.0717	0.0294	41.0324
Seguro privado	0.0785	0.0399	50.8241	0.1045	0.0440	42.1390
No afiliado	0.0993	0.0057	5.7712	0.1569	0.0083	5.2623
Otra institución	0.0833	0.0179	21.5410	0.1415	0.0378	26.6779
Personal de salud						
IMSS	0.6627	0.0091	1.3790	0.7003	0.0092	1.3200
Seguro Popular	0.6035	0.0175	2.8924	0.6118	0.0078	1.2690
ISSSTE	0.6778	0.0247	3.6456	0.7606	0.0160	2.1071
Pemex	0.7803	0.0564	7.2285	0.7610	0.0580	7.6194
Seguro privado	0.6787	0.0584	8.5977	0.7778	0.0584	7.5056
No afiliado	0.5378	0.0099	1.8415	0.5639	0.0108	1.9152
Otra institución	0.5735	0.0440	7.6734	0.6444	0.0540	8.3819

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006 y 2012.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 20. Proporción de personas hospitalizadas que consideran "regular, mala o muy mala" la calidad de atención del lugar al que acudieron, según razones, por tipo de afiliación

Tipo de afiliación	2006			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
Es caro						
IMSS	0.0143	0.0064	44.8307	0.0283	0.0113	39.9890
Seguro Popular	0.1880	0.0589	31.3527	0.0516	0.0124	23.9919
ISSSTE	0.0140	0.0139	99.7037	0.0071	0.0042	59.3193
Pemex	0.0000			0.0000		
Seguro privado	0.1292	0.1259	97.4179	0.0000		
No afiliado	0.1378	0.0236	17.1413	0.0959	0.0354	36.8968
Otra institución	0.0000			0.0000		
Personal sin experiencia						
IMSS	0.1468	0.0225	15.3070	0.1086	0.0168	15.4318
Seguro Popular	0.0606	0.0220	36.2735	0.1345	0.0167	12.3970
ISSSTE	0.1033	0.0329	31.8224	0.1317	0.0398	30.2059
Pemex	0.2469	0.2134	86.4391	0.0000		
Seguro privado	0.1237	0.1212	97.9768	0.0000		
No afiliado	0.1510	0.0249	16.4964	0.1696	0.0395	23.2946
Otra institución	0.0000			0.0000		
Mal trato						
IMSS	0.4140	0.0285	6.8851	0.3681	0.0287	7.7983
Seguro Popular	0.3052	0.0578	18.9286	0.3806	0.0277	7.2893
ISSSTE	0.2594	0.0665	25.6269	0.3206	0.0522	16.2915
Pemex	0.3601	0.2229	61.9112	0.0000		
Seguro Privado	0.0646	0.0629	97.4179	0.6127	0.3356	54.7703
No afiliado	0.3136	0.0307	9.7764	0.2959	0.0548	18.5372
Otra institución	0.3592	0.2615	72.7898	0.1670	0.1379	82.5700
Material o medicamento insuficiente o de mala calidad						
IMSS	0.1462	0.0197	13.4521	0.1233	0.0240	19.4322
Seguro Popular	0.1262	0.0361	28.6359	0.1577	0.0266	16.8842
ISSSTE	0.1840	0.0555	30.1743	0.2425	0.0485	19.9932
Pemex	0.2964	0.2370	79.9467	1.0000	0.0000	0.0000
Seguro privado	0.0000			0.0000		
No afiliado	0.1473	0.0235	15.9596	0.1056	0.0329	31.1417
Otra institución	0.4361	0.2738	62.7845	0.0000		

Tipo de afiliación	2006			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
Operación o tratamiento mal						
IMSS	0.0768	0.0153	19.9807	0.0788	0.0138	17.5446
Seguro Popular	0.0977	0.0428	43.8385	0.0763	0.0172	22.4985
ISSSTE	0.0505	0.0233	46.0850	0.0283	0.0141	49.9815
Pemex	0.0000			0.0000		
Seguro Privado	0.1019	0.1021	100.1810	0.0000		
No afiliado	0.0738	0.0161	21.8606	0.1676	0.0508	30.3097
Otra institución	0.3282	0.2626	80.0074	0.1255	0.1157	92.2240
Malos resultados						
IMSS	0.1033	0.0180	17.4068	0.1098	0.0189	17.1939
Seguro Popular	0.0501	0.0236	47.0287	0.0785	0.0129	16.4470
ISSSTE	0.1792	0.0578	32.2456	0.0970	0.0296	30.5057
Pemex	0.1296	0.1248	96.3291	0.0000		
Seguro privado	0.3467	0.2486	71.6997	0.0000		
No afiliado	0.0980	0.0194	19.8378	0.0473	0.0175	36.9950
Otra institución	0.0630	0.0547	86.7529	0.6309	0.2581	40.9069
No recibieron la atención que esperaban						
IMSS	0.4373	0.0305	6.9663	0.4541	0.0270	5.9432
Seguro Popular	0.4286	0.0589	13.7384	0.4460	0.0259	5.8162
ISSSTE	0.4485	0.0708	15.7775	0.5510	0.0596	10.8172
Pemex	0.5165	0.2314	44.8001	1.0000	0.0000	0.0000
Seguro privado	0.2985	0.1912	64.0670	1.0000	0.0000	0.0000
No afiliado	0.4080	0.0332	8.1280	0.3578	0.0539	15.0760
Otra institución	0.5569	0.2631	47.2457	0.2021	0.1725	85.3667

Fuente: Elaboración del CONEVAL con datos de la ENSANUT 2006 y 2012.

¹El coeficiente de variación de una estimación es una medida relativa de su precisión: conforme sus valores son más próximos a 0, indican que la estimación es más precisa. De 0 a 15 por ciento se considera buena; de 15 a 25 por ciento es aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, sólo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 21. Proporción de personas que fueron hospitalizadas y que no regresarían al lugar donde se atendieron, según razones, por tipo de afiliación

Tipo de afiliación	2006			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
Mal trato						
IMSS	0.3950	0.0318	8.0400	0.3326	0.0324	9.7298
Seguro Popular	0.1920	0.0424	22.0615	0.4167	0.0370	8.8899
ISSSTE	0.4317	0.0837	19.3926	0.3337	0.0653	19.5533
Pemex	0.1499	0.1483	98.9626	0.0000		
Seguro privado	0.0674	0.0685	101.7210	1.0000	0.0000	0.0000
No afiliado	0.2617	0.0272	10.3796	0.3575	0.0688	19.2314
Otra institución	0.2493	0.1975	79.2141	0.1395	0.1334	95.6284
Desacuerdo diagnóstico						
IMSS	0.0630	0.0132	20.9272	0.0694	0.0156	22.4928
Seguro Popular	0.0356	0.0190	53.2166	0.0633	0.0173	27.3295
ISSSTE	0.0586	0.0376	64.2983	0.0859	0.0321	37.3233
Pemex	0.5039	0.2642	52.4320	1.0000	0.0000	0.0000
Seguro privado	0.1290	0.1320	102.2790	0.0000		
No afiliado	0.0491	0.0132	26.8885	0.0521	0.0244	46.8759
Otra institución	0.2814	0.2210	78.5558	0.6960	0.2407	34.5896
Desacuerdo en tratamiento						
IMSS	0.1208	0.0224	18.5551	0.1043	0.0218	20.9298
Seguro Popular	0.0939	0.0501	53.3863	0.0639	0.0175	27.4175
ISSSTE	0.0506	0.0250	49.3613	0.1393	0.0499	35.8097
Pemex	0.3462	0.2652	76.6045	0.0000		
Seguro privado	0.4877	0.2796	57.3438	0.0000		
No afiliado	0.0627	0.0143	22.8814	0.0392	0.0239	61.1040
Otra institución	0.0560	0.0436	77.7921	0.0000		
No mejoró						
IMSS	0.0212	0.0083	39.2265	0.0123	0.0059	48.2155
Seguro Popular	0.0608	0.0296	48.7947	0.0251	0.0074	29.4310
ISSSTE	0.0521	0.0367	70.5272	0.0135	0.0134	99.5966
Pemex	0.0000			0.0000		
Seguro privado	0.0000			0.0000		
No afiliado	0.0358	0.0132	36.7069	0.0275	0.0177	64.5121
Otra institución	0.0000			0.0000		

Tipo de afiliación	2006			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
Servicio caro						
IMSS	0.0571	0.0138	24.2503	0.0596	0.0164	27.5522
Seguro Popular	0.3429	0.0669	19.5160	0.1213	0.0193	15.8919
ISSSTE	0.0957	0.0511	53.3563	0.0944	0.0503	53.2888
Pemex	0.0000			0.0000		
Seguro privado	0.0674	0.0685	101.7210	0.0000		
No afiliado	0.2914	0.0301	10.3188	0.2053	0.0450	21.9115
Otra institución	0.0119	0.0127	106.6420	0.0000		
Está lejos						
IMSS	0.0304	0.0099	32.5395	0.0374	0.0121	32.4320
Seguro Popular	0.0191	0.0119	62.2128	0.0347	0.0116	33.4501
ISSSTE	0.0294	0.0180	61.2017	0.0223	0.0220	98.7037
Pemex	0.0000			0.0000		
Seguro privado	0.1063	0.1110	104.4820	0.0000		
No afiliado	0.0308	0.0114	36.9759	0.0116	0.0075	64.5663
Otra institución	0.1490	0.0978	65.6253	0.0000		
Falta de medicamento						
IMSS	0.0127	0.0055	42.9695	0.0375	0.0169	44.9665
Seguro Popular	0.0376	0.0289	76.7162	0.0241	0.0082	34.0827
ISSSTE	0.0132	0.0132	100.1390	0.0418	0.0245	58.5854
Pemex	0.0000			0.0000		
Seguro privado	0.0000			0.0000		
No afiliado	0.0240	0.0092	38.2988	0.0034	0.0034	100.6570
Otra institución	0.0000			0.0000		
Falta de materiales						
IMSS	0.0326	0.0113	34.6474	0.0252	0.0134	53.0963
Seguro Popular	0.0031	0.0031	100.7900	0.0149	0.0066	44.2873
ISSSTE	0.0314	0.0280	89.1146	0.0000		
Pemex	0.0000			0.0000		
Seguro privado	0.0000			0.0000		
No afiliado	0.0144	0.0061	42.1296	0.0053	0.0053	100.4890
Otra institución	0.0000			0.0000		

Tipo de afiliación	2006			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)
No permitieron entrar a sus familiares						
IMSS	0.0252	0.0101	40.2803	0.0036	0.0025	70.9973
Seguro Popular	0.0432	0.0269	62.3865	0.0129	0.0080	62.2322
ISSSTE	0.0325	0.0320	98.5023	0.0000		
Pemex	0.0000			0.0000		
Seguro privado	0.0000			0.0000		
No afiliado	0.0141	0.0066	46.9156	0.0000		
Otra institución	0.0000			0.0000		



Este libro se terminó de imprimir en el mes de diciembre de 2014
en Talleres Gráficos de México, Canal del Norte No. 80,
Col. Felipe Pescador, CP. 06280, México DF.

La edición consta de 500 ejemplares.