

LA CARENCIA POR ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD 2010-2016: EVOLUCIÓN Y RETOS

Introducción

La Ley General de Desarrollo Social (LGDS), promulgada en 2004, atribuye al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) la responsabilidad de establecer los lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza, garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico en dicha actividad.

El artículo 36 de la LGDS estableció que la medición de la pobreza debe considerar, al menos, los siguientes indicadores para su definición: i) ingreso corriente per cápita; ii) rezago educativo promedio en el hogar; iii) acceso a los servicios de salud; iv) acceso a la seguridad social; v) calidad y espacios de la vivienda; vi) acceso a los servicios básicos en la vivienda; vii) acceso a la alimentación, y viii) grado de cohesión social¹.

El mismo artículo 36 de la LGDS dicta que para la medición de la pobreza el CONEVAL deberá utilizar información que genere el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). El artículo 37 especifica que deberá llevarse a cabo con periodicidad mínima bienal para cada entidad federativa, y con información desagregada a nivel municipal cada cinco años. El Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH) desarrollado de manera conjunta entre CONEVAL e INEGI, y levantado por el Instituto desde 2008 ha sido la fuente primordial para la medición de la pobreza en México.

Tras un amplio proceso de investigación llevado a cabo por el CONEVAL desde 2006 para definir la metodología de medición multidimensional de la pobreza, los *Lineamientos y criterios para la definición, identificación y medición de la pobreza*, con la *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México* como su anexo único, fueron publicados por el

¹ El 7 de noviembre de 2013 se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF) la reforma al artículo 36 que adicionó la fracción ix) grado de accesibilidad a carretera pavimentada. El 1° de julio de 2016 se publicó en el DOF la reforma a la fracción vii) para incorporar al acceso a la alimentación el carácter de nutritivo y de calidad.

CONEVAL en el Diario Oficial de la Federación el 16 de junio de 2010. Se determinó que dicha metodología debía mantenerse fija por lo menos durante diez años, con el propósito de disponer de información que permitiera registrar la evolución de la pobreza a lo largo del tiempo. Bajo el marco normativo descrito y desde un enfoque de derechos humanos, el CONEVAL ha generado estimaciones de pobreza multidimensional en México desde 2008.

En este documento se identifican un conjunto de rasgos que permiten caracterizar, en el marco de la medición multidimensional de la pobreza, el acceso de la población mexicana a los servicios de salud e identificar algunos retos vigentes.

Los datos provienen del MCS-ENIGH de los años 2010, 2012 y 2014, y del Modelo Estadístico 2016 para la continuidad del MCS-ENIGH (MEC 2016 del MCS-ENIGH), todas ellas fuentes de información generadas por el INEGI.

El acceso a los servicios de salud en la medición multidimensional de la pobreza

El derecho a la salud en México emana de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que en su artículo 4 establece que toda la población mexicana tiene derecho a la protección de la salud. Este reconocimiento del derecho está alineado con marcos normativos internacionales en la materia, así como con los compromisos adquiridos por el Estado al ratificar los distintos tratados sobre derechos humanos, compromisos que adquirieron renovada relevancia en el año 2011 con la Reforma Constitucional en Materia de Derechos Humanos.

En México, el derecho a la salud forma parte de los derechos sociales, como lo establece la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) en su artículo 6°, lo que obliga al Estado a garantizarlo y protegerlo a través de políticas gubernamentales, programas sociales o reformas legales, con el objeto de que el derecho a la salud pueda ejercerse plenamente.

En términos de la Ley General de Salud (LGS), este derecho constitucional se refiere al derecho de toda la población mexicana a ser incorporada al Sistema de Protección Social en Salud (artículo 77 bis 1 de la LGS). De esta forma, las familias y personas que no son derechohabientes de las instituciones de seguridad social, o no cuentan con algún otro

mecanismo de previsión social en salud, deben ser inscritas en dicho sistema (artículo 77 bis 3 de la LGS). A partir de estos criterios, en la medición multidimensional de la pobreza que realiza el CONEVAL se considera que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando:

No cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados.

De la misma manera como se procedió para todos los indicadores de las dimensiones de la medición de la pobreza, los umbrales para definir el acceso a los servicios de salud se determinaron empleando secuencialmente los siguientes criterios: a) de existir, aplicar las normas legales vigentes; b) en caso de no haberlas, recurrir a las instituciones del Estado encargadas de establecer la política pública en la materia abordada por el indicador; c) si los criterios anteriores no eran conclusivos, se acordó emplear métodos estadísticos para precisarlos, y d) en último caso, establecer el umbral por el CONEVAL con base en argumentos fundados. En el caso de la carencia por acceso a servicios de salud, se utilizó el marco normativo que se establece en la Ley General de Salud.

Evolución de la carencia por acceso a los servicios de salud 2010-2016

De 2010 a la fecha, la carencia por acceso a los servicios de salud ha mostrado el patrón de reducción más notable de las seis carencias sociales consideradas en la medición multidimensional de la pobreza. De 2010 a 2016 esta carencia se redujo más de cuarenta por ciento. En 2016 se ubicó en 15.5 por ciento, es decir, casi la mitad del nivel de 2010, año en que cerca del 30 por ciento de la población no estaba adscrita o no contaba con derecho a recibir servicios médicos en alguna institución prestadora de servicios de salud (Cuadro 1).

Cuadro 1
Porcentaje y número de personas por indicador de carencia social, 2010-2016

Indicadores	Estados Unidos Mexicanos							
	Porcentaje				Millones de personas			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
Indicadores de carencia social								
Rezago educativo	20.7	19.2	18.7	17.4	23.7	22.6	22.4	21.3
Carencia por acceso a los servicios de salud	29.2	21.5	18.2	15.5	33.5	25.3	21.8	19.1
Carencia por acceso a la seguridad social	60.7	61.2	58.5	55.8	69.6	71.8	70.1	68.4
Carencia por calidad y espacios de la vivienda	15.2	13.6	12.3	12.0	17.4	15.9	14.8	14.8
Carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda	22.9	21.2	21.2	19.3	26.3	24.9	25.4	23.7
Carencia por acceso a la alimentación	24.8	23.3	23.4	20.1	28.4	27.4	28.0	24.6

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

La reducción de la carencia por acceso a los servicios de salud registró una desaceleración y en adelante una regularidad: de 2010 a 2012 la incidencia se redujo 13 por ciento anual, mientras que a partir de 2012 el ritmo de la disminución se situó en alrededor de 7 por ciento anual.

Acceso a los servicios de salud, según institución y tipo de acceso

Si bien diversos factores confluyen en el patrón de disminución de la carencia por acceso a los servicios de salud a lo largo del tiempo, es notable que éste se corresponde con el incremento de la población afiliada al Seguro Popular (Cuadro 2).

De 2010 a 2012 la proporción de la población mexicana que declaró estar afiliada o inscrita al Seguro Popular pasó de tres a cuatro de cada diez personas, lo que representa un aumento anual de 17 por ciento (cerca de 6.5 millones de personas por año), para después situarse dicho incremento por debajo de 3 por ciento en los años subsiguientes, esto es un aumento de la cobertura de casi dos millones de personas al año.

Cuadro 2
Institución y tipo de acceso a los servicios de salud, 2010-2016

Acceso a los servicios de salud, según institución y tipo de acceso ¹	Porcentaje				Millones de personas			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
Tipo de institución (respecto al total de la población)								
Población afiliada al Seguro Popular	30.5	40.8	43.5	45.3	35.0	47.8	52.1	55.6
Población afiliada al IMSS	31.8	32.1	34.0	35.4	36.4	37.6	40.7	43.4
Población afiliada al ISSSTE	5.6	5.8	5.7	5.6	6.4	6.8	6.9	6.9
Población afiliada al ISSSTE estatal	1.7	0.8	1.1	1.4	2.0	0.9	1.3	1.7
Población afiliada a Pemex, Defensa o Marina	0.9	0.9	1.0	0.8	1.1	1.0	1.2	1.0
Población afiliada al IMSS-Prospera	--	--	--	1.0	--	--	--	1.3
Población afiliada a otra institución médica distinta de las anteriores	1.4	1.7	1.1	0.8	1.6	2.0	1.3	1.0
Población con seguro privado de gastos médicos	0.9	0.9	1.0	0.8	1.0	1.1	1.1	1.0
Tipo de acceso (respecto a población específica)								
Población con acceso a servicios médicos por seguridad social indirecta ²	2.5	1.8	1.8	1.8	2.9	2.2	2.1	2.2
Trabajadores subordinados con acceso a servicios médicos por prestación laboral ³	44.2	42.0	44.7	44.4	15.7	16.1	17.8	19.5
Población con acceso al IMSS por su condición de estudiante ⁴	21.3	23.8	23.0	31.5	1.4	1.8	1.8	2.6

¹ Cabe señalar que una persona puede estar afiliada a más de una institución.

² Son aquellas personas que tienen acceso a servicios médicos por parentesco directo con algún familiar y que no cuentan con Seguro Popular.

³ Se refiere a la población trabajadora subordinada que declaró acceso a servicios médicos por prestación laboral.

⁴ Considera estudiantes de preparatoria o bachillerato, carrera técnica con preparatoria terminada, normal, profesional, maestría y doctorado. De acuerdo a las reglas a que se sujeta la incorporación de los estudiantes de instituciones públicas de nivel medio superior y superior, al Seguro de Enfermedades y Maternidad del Régimen Obligatorio del Seguro Social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie, publicadas en el DOF el 16 de diciembre de 2016 y, a los requisitos establecidos por el IMSS para el Seguro de Salud para Estudiantes.

El porcentaje de carencia se calculó sobre el total de estudiantes de instituciones públicas que cursan los niveles medio superior (bachillerato o equivalentes), superior y posgrado.

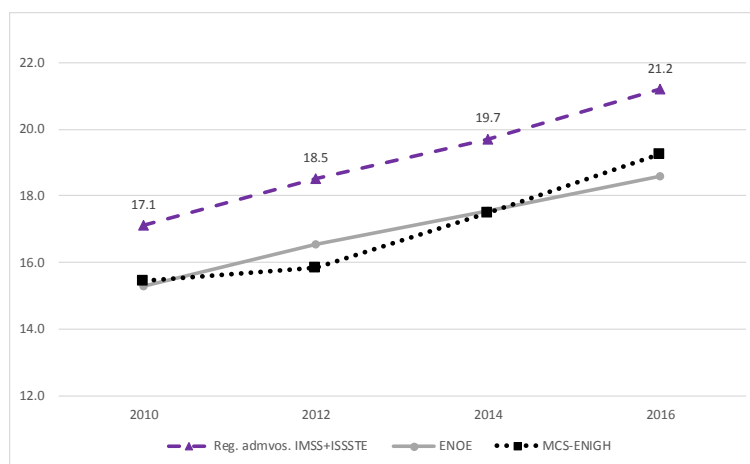
Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

En cambio, la afiliación a cada una de las otras instituciones de salud (IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex/Defensa/Marina), incluidos los servicios privados, ha mostrado en términos relativos una evolución más homogénea de 2010 a 2016: i) alrededor de una tercera parte de la población declaró estar afiliada al IMSS, aunque, como se detallará más adelante, se aprecia un incremento en números absolutos; ii) cerca del seis por ciento de la población declaró estar afiliada al ISSSTE a lo largo de este periodo; iii) el porcentaje de población afiliada a los institutos que prestan servicios de salud y seguridad social a trabajadores de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM, para Defensa o Marina) o de Petróleos Mexicanos se situó en casi uno por ciento.

Consistencia con registros administrativos y otras fuentes de información

Cabe mencionar que de 2010 a 2016, la tendencia en la afiliación por prestación laboral a los servicios de salud de las instituciones de seguridad social, condición cuantificada por el CONEVAL a través de la información captada por el INEGI con el MCS-ENIGH, ha ido en sintonía con el crecimiento de la formalidad en el empleo reportada a través de los registros administrativos (Gráfica 1). Si bien no en cuanto al nivel, sí en términos de tendencia, la suma de los registros administrativos del IMSS y el ISSSTE han mostrado el mismo patrón que las estimaciones obtenidas de trabajadores subordinados con acceso a servicios médicos por prestación laboral obtenidas con el MCS-ENIGH en los distintos años, mismas que además han sido consistentes con las cifras provenientes de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE).

Gráfica 1
Trabajadores subordinados afiliados al IMSS o al ISSSTE
como prestación laboral según fuente, 2010-2016
(millones de personas)



Fuentes: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

IMSS. Consulta Dinámica de Información (cubos). Consultado el 10/ago/2017 en:

<http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/cubos>. Cálculos propios, promedio del total

de asegurados en el periodo julio a septiembre.

INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Cálculos propios, trimestre III.

ISSSTE. Anuario Estadístico 2016. Cifra anual de trabajadores asegurados. Cálculos propios.

Un comportamiento similar ocurre si se circunscribe el análisis sólo al IMSS; de 2010 a 2016 la ENOE y el MCS-ENIGH tuvieron un crecimiento de alrededor de 28 por ciento (26.8 y 29 por ciento, respectivamente) en el total de trabajadores que declararon tener acceso a servicios médicos en el Instituto por prestación laboral, porcentaje que coincide con el aumento observado en los respectivos registros administrativos. Estos resultados tienen sentido si se parte del hecho que más del 80 por ciento de los trabajadores subordinados con acceso a servicios de salud como prestación laboral, se encuentran asegurados en el IMSS.

El Cuadro 2 provee información acerca de algunos tipos de acceso a los servicios de salud. En particular, el acceso como prestación laboral por parte de la población trabajadora subordinada en términos relativos se ha mantenido prácticamente sin cambio (alrededor de 44 por ciento), aunque en términos absolutos esto ha representado un aumento en el número de personas que declaran estar inscritas a través de su relación laboral a alguna institución que otorga servicios de salud: más de tres millones entre 2010 y 2016.

Sobre la importancia para el CONEVAL del conocimiento para el ejercicio efectivo del derecho a la salud

Desde el enfoque de derechos humanos en el que se sustenta la metodología de medición de la pobreza, el conocimiento de la población de sus derechos es crucial para su ejercicio pleno. En particular, el conocimiento del derecho a la salud es importante, tanto en sí mismo como en la medida que puede afectar el comportamiento actual y futuro de las y los trabajadores.

El desconocimiento de los derechos puede impedir a la población operar con certezas sobre sus aseguramientos ante potenciales riesgos y eventualidades. Es por ello que, si bien los registros administrativos de las instituciones de salud y seguridad social en México representan una fuente cada vez más consolidada de información respecto al número de trabajadores inscritos en dichas instituciones en alguna de las modalidades, para el CONEVAL ha sido fundamental obtener dicha información a partir de la declaración de las personas al INEGI, institución que la recopila directamente en los hogares, ya que dicha declaración refleja el conocimiento de su derecho a la salud y enmarca en principio sus posibilidades para exigirlo al Estado y para ejercerlo.

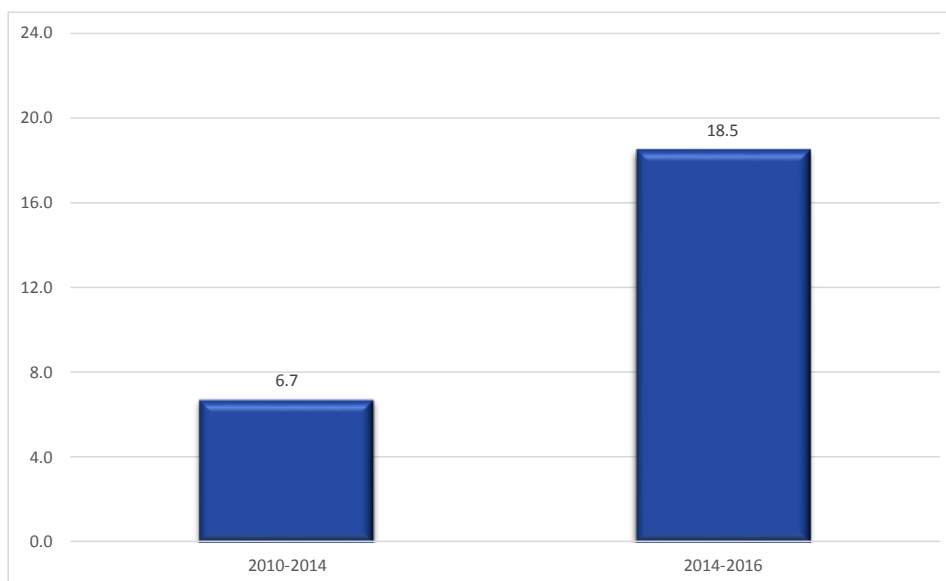
Esto no descarta, sin embargo, que el CONEVAL mantenga dentro de su agenda permanente de investigación profundizar en la comprensión de las causas que pueden explicar la brecha entre la declaración o reporte de prestaciones por parte de las personas y la inscripción *de facto* de estas personas a las instituciones de salud.

Toda vez que el MCS-ENIGH y el MEC 2016 del MCS-ENIGH permiten aproximar la condición de estudiante en instituciones públicas de nivel medio superior o superior, en 2016 se destaca el incremento en la cifra de población inscrita al IMSS a razón de ser estudiante, lo cual parece ser un reflejo directo de los primeros resultados del Programa de Afiliación de Servicios Médicos del IMSS para Estudiantes de Educación de nivel Medio y Superior, cuyas reglas fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 16 de diciembre de 2015². Los

² Programa coordinado por el IMSS y la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), dirigido a estudiantes de instituciones públicas de nivel medio superior y superior, para otorgarles un esquema de

resultados muestran un crecimiento importante de estudiantes de alguna institución pública de nivel medio superior o superior que declararon estar inscritos en el IMSS por ser estudiantes, crecimiento que sólo para el periodo 2014-2016 representó 18.5 por ciento anual, mientras que para el periodo 2010-2014 el crecimiento fue de 6.7 por ciento anual.

Gráfica 2
Variación porcentual anual de la población con acceso al IMSS
por su condición de estudiante, 2010-2016



Fuentes: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad (SEM) del Régimen Obligatorio del Seguro Social, modalidad 32 Seguro Facultativo: Derecho a servicios médicos, tratamientos y medicamentos sin costo, siempre y cuando no cuenten con la misma o similar protección del SEM por parte del propio Instituto o de cualquier otra institución de seguridad social.

La carencia por acceso a los servicios de salud por contextos geográficos y grupos específicos de población

La metodología para la medición multidimensional de la pobreza, además de permitir la comparabilidad a lo largo del tiempo, posee las propiedades de desagregación de las estimaciones por dimensión, contexto geográfico y poblaciones de interés. Estas características permiten conocer la heterogeneidad con la que se manifiesta tanto la pobreza como de cada uno de los indicadores que la componen.

De 2010 a 2015 la evolución de la carencia por acceso a los servicios de salud ha sido diferenciada entre las entidades federativas (Cuadro 3). En todas las entidades federativas la carencia se redujo de manera notable, y en seis de ellas (Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala y Zacatecas) su nivel en 2016 cayó más de cincuenta por ciento con respecto al registrado en 2010. Al mismo tiempo, en 2016 ocho entidades registraron una incidencia de la carencia superior a la cifra nacional; entre estas entidades destacan Michoacán, la Ciudad de México y Veracruz: 22.8, 19.6 y 19.4 por ciento, respectivamente, de su población declaró no tener acceso a servicios de salud en alguna institución, de manera directa, por su trabajo o condición de estudiante o jubilado, por ejemplo, ni indirecta a través de otros núcleos familiares.

En términos de algunas características sociodemográficas de la población, cabe destacar que la brecha observada en 2010 en cuanto la carencia por acceso a los servicios de salud se ha reducido a lo largo del tiempo (Cuadro 4). En particular, en 2016 la brecha entre la población indígena y no indígena prácticamente se diluyó al situarse la carencia en medio punto porcentual en ambos grupos de población. Asimismo, la población con discapacidad desde 2012 ha registrado una incidencia de la carencia menor al nivel nacional.

De manera paralela, las cifras permiten identificar retos vigentes. Por ejemplo, en 2016 la incidencia de la carencia por acceso a servicios de salud continúa siendo mayor entre la población masculina, entre los habitantes de localidades urbanas, y entre la población joven³.

³ Para este documento se realizaron algunos ejercicios con el propósito de caracterizar cómo se distribuyen las personas que presentan la carencia por acceso a los servicios de salud dentro de distintos grupos de población e identificar si la población carente se concentra en algún grupo específico. Se indagaron diferencias entre entidades federativas, el sexo de la persona entrevistada y el

Cuadro 3
Carencia por acceso a los servicios de salud por entidad federativa, 2010-2016

Entidad federativa	Carencia por acceso a los servicios de salud							
	Porcentaje				Miles de personas			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
Aguascalientes	19.7	14.8	12.5	12.1	236.0	182.7	159.0	159.0
Baja California	31.4	22.3	19.4	17.3	1,014.5	746.3	666.6	613.8
Baja California Sur	20.2	15.1	14.2	12.5	132.1	106.2	106.3	98.9
Campeche	19.2	12.2	12.5	10.7	161.8	105.9	111.8	99.4
Coahuila	17.6	14.4	15.6	12.8	490.2	412.3	457.1	384.7
Colima	16.4	14.6	12.7	11.9	108.9	100.5	90.5	87.7
Chiapas	35.4	24.9	20.7	15.0	1,743.3	1,263.1	1,073.4	802.6
Chihuahua	18.5	13.6	14.6	12.2	654.7	489.7	536.2	459.7
Ciudad de México	32.5	23.4	19.9	19.6	2,885.4	2,072.8	1,759.1	1,732.1
Durango	27.5	17.8	16.5	14.1	460.3	305.6	289.7	251.9
Guanajuato	25.3	19.0	15.4	13.4	1,408.6	1,081.8	888.6	790.3
Guerrero	38.9	25.4	19.2	13.3	1,342.1	889.7	683.2	478.8
Hidalgo	29.8	18.7	17.3	14.4	804.6	518.3	493.5	421.6
Jalisco	31.9	23.7	19.1	17.6	2,380.5	1,819.4	1,501.6	1,415.1
México	30.7	25.3	19.7	15.5	4,807.4	4,097.7	3,280.3	2,668.3
Michoacán	38.2	28.6	26.2	22.8	1,694.7	1,286.0	1,198.2	1,056.1
Morelos	29.9	22.3	16.6	15.0	541.4	413.8	316.1	293.3
Nayarit	22.8	18.3	16.3	15.0	254.7	213.0	196.3	188.5
Nuevo León	18.6	15.5	13.7	13.3	880.3	755.2	686.3	690.1
Oaxaca	38.5	20.9	19.9	15.9	1,492.5	823.4	794.9	642.1
Puebla	40.4	29.6	21.2	17.4	2,378.5	1,783.5	1,298.9	1,090.0
Querétaro	22.1	15.5	15.8	13.2	408.7	296.8	312.7	269.1
Quintana Roo	24.3	21.2	18.5	17.6	331.3	308.5	284.6	287.8
San Luis Potosí	19.0	14.0	10.7	9.1	499.5	376.0	291.9	253.1
Sinaloa	21.4	16.6	15.2	12.2	610.6	482.3	450.5	368.5
Sonora	22.7	17.1	14.4	14.7	620.0	481.9	418.5	438.3
Tabasco	23.9	18.2	16.9	13.4	540.8	420.5	399.4	323.8
Tamaulipas	20.9	15.8	15.0	12.8	700.1	540.5	527.1	458.5
Tlaxcala	33.4	24.2	17.5	12.5	398.3	297.4	221.1	162.9
Veracruz	34.9	25.7	21.7	19.4	2,698.8	2,018.9	1,736.3	1,578.3
Yucatán	20.7	15.7	14.5	14.4	410.7	320.7	302.4	310.4
Zacatecas	25.6	16.7	14.9	11.5	386.6	258.1	232.7	182.7
Estados Unidos Mexicanos	29.2	21.5	18.2	15.5	33,477.8	25,268.4	21,765.1	19,057.7

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

tamaño de la localidad donde reside. En ninguno de los grupos analizados se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Cuadro 4
Carencia por acceso a los servicios de salud
por grupos específicos de población, 2010-2016

Característica	Porcentaje				Millones de personas			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
Sexo								
Mujeres	27.1	19.2	16.0	13.4	15.9	11.6	9.8	8.5
Hombres	31.4	24.0	20.5	17.9	17.6	13.7	12.0	10.6
Tipo de localidad								
Rural	31.4	20.6	17.3	13.2	8.3	5.6	4.8	3.8
Urbano	28.6	21.8	18.4	16.2	25.1	19.7	16.9	15.3
Ciclo de vida¹								
Jóvenes (12-29 años)	33.7	25.6	22.5	19.0	12.3	9.5	8.3	7.1
Adultos mayores (65+ años)	22.8	15.7	13.1	9.5	1.8	1.4	1.2	0.9
Pertenencia étnica								
Población indígena ²	36.0	24.3	19.5	15.1	4.1	2.8	2.3	1.7
Población no indígena	28.5	21.2	18.0	15.6	29.4	22.5	19.4	17.3
Condición de discapacidad								
Con discapacidad ³	30.2	18.8	16.4	12.0	1.7	1.3	1.3	1.0
Sin discapacidad	29.2	21.7	18.3	15.8	31.7	24.0	20.5	18.0
Nacional	29.2	21.5	18.2	15.5	33.5	25.3	21.8	19.1

¹ Grupos de edad seleccionados, categorías excluyentes pero no exhaustivas como para las otras variables consideradas.

² De acuerdo a los criterios de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), se considera población indígena a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, donde el jefe(a) del hogar, su cónyuge y/o alguno de los ascendientes (madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), suegro(a)) declaró ser hablante de lengua indígena. Además, se incluye a personas que declararon hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares. http://www.cdi.gob.mx/index.php?option=com_content&view=category&id=38&Itemid=54 (consultado el 22 de julio de 2013).

³ Se considera persona con discapacidad a quien manifiesta tener alguna dificultad para desempeñar sus actividades

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

Es de reconocerse que la mayor disminución de la carencia de acceso a servicios de salud en las entidades más pobres, así como la reducción de las brechas de carencia entre grupos de población, han sido resultado de las estrategias de ampliación de cobertura dirigidas a las poblaciones más marginadas.

Consideraciones finales

La norma establecida en la Ley General de Salud brinda un piso mínimo que debe ser garantizado por el Estado para que toda persona pueda ejercer su derecho constitucional a la protección de la salud y, por tanto, al acceso a los servicios de salud. Sin embargo, las titularidades asociadas al derecho a la salud deben incluir un sistema de acceso y protección que esté disponible y sea accesible, aceptable y de calidad. En consecuencia, además de evaluar el acceso a los servicios de salud, es conveniente contar con información sobre otros elementos asociados al derecho a la protección a la salud, como la oportunidad y la efectividad de los servicios recibidos.

Existen restricciones conceptuales y metodológicas para analizar los aspectos antes señalados; por ejemplo, conocer información sobre la distancia a la clínica o unidad hospitalaria más cercana es un elemento clave para recibir atención médica oportuna; también es necesario considerar el tipo de asistencia requerida, el medio de transporte que sería utilizado o las intervenciones que pueden ser proporcionadas por cada unidad de salud.

En consideración a lo anterior, el CONEVAL ha reportado dentro de sus indicadores complementarios estos y otros elementos relevantes para configurar una perspectiva más integral del acceso a los servicios de salud, y actualmente se encuentra desarrollando diversos trabajos encaminados a integrar una propuesta de indicadores que den cuenta del acceso y ejercicio efectivo del derecho a la salud.

En este documento se ha identificado un conjunto de rasgos que permiten caracterizar el acceso de la población mexicana a los servicios de salud, aproximado como una de las dimensiones de la medición de la pobreza. Entre los hallazgos relevantes se encontraron los siguientes:

- La carencia por acceso a los servicios de salud ha mostrado el patrón de reducción más notable de las seis carencias sociales consideradas en la medición multidimensional de la pobreza. En 2016 se situó en 15.5 por ciento, es decir, casi a la mitad del nivel de 2010, año en que cerca del 30 por ciento de la población no estaba adscrita o no reportaba contar

con derecho a recibir servicios médicos en alguna institución prestadora de servicios de salud.

- Entre los factores que ha confluído en el patrón de disminución de la carencia por acceso a los servicios de salud a lo largo del tiempo, se puede identificar el incremento en la población afiliada al Seguro Popular. De 2010 a 2012 la proporción de la población mexicana que declaró estar afiliada o inscrita al Seguro Popular pasó de tres a cuatro de cada diez personas, lo que representa un aumento anual de 17 por ciento (cerca de 6.5 millones de personas por año), para después situarse dicho incremento por debajo de tres por ciento en los años subsiguientes.
- De 2010 a 2016, la tendencia en el nivel de afiliación por prestación laboral a los servicios de salud de las instituciones de seguridad social medido a través del MEC 2016 del MCS-ENIGH ha ido en sintonía con el crecimiento de la formalidad en el empleo reportada a través de los registros administrativos, y ha sido consistente con las cifras provenientes de otras fuentes de información como la ENOE.
- Con los resultados del MEC 2016 del MCS-ENIGH se observa un notable incremento en la población que declara estar inscrita al IMSS por su condición de estudiante, como un reflejo directo de la puesta en marcha a finales de 2015 del Programa de Afiliación de Servicios Médicos del IMSS para Estudiantes de Educación de nivel Medio y Superior.
- De 2010 a 2016 la evolución de la carencia por acceso a los servicios de salud ha sido heterogénea entre las entidades federativas. Si bien en todas las entidades federativas la carencia se redujo de manera notable, y en algunas de ellas su nivel en 2016 cayó más de la mitad con respecto al registrado en 2010, persisten ocho entidades federativas con una incidencia de la carencia superior a la cifra nacional. Tan solo en estas entidades se concentra el 44.2 por ciento de la población total con carencia por acceso a los servicios de salud en el país. En orden de mayor a menor volumen de población con carencia son las siguientes: Michoacán, la Ciudad de México, Veracruz, Quintana Roo, Jalisco, Puebla, Baja California y Oaxaca. En estas entidades federativas se recomienda fortalecer las acciones tendientes a incrementar las coberturas efectivas de afiliación y el conocimiento de la población de dicha afiliación.

- En términos de algunas características sociodemográficas de la población, las brechas observadas en cuanto la carencia por acceso a los servicios de salud se han ido reduciendo a lo largo del tiempo. En particular, en 2016 la brecha entre la población indígena y no indígena prácticamente se diluyó al situarse en medio punto porcentual.
- De manera paralela, un reto persistente radica en la constatación de que la carencia por acceso a servicios de salud continúa siendo mayor entre la población masculina, entre los habitantes de localidades urbanas, y entre la población joven.
- A la luz de la relevancia que ha tenido la expansión del Seguro Popular en la reducción de la carencia por acceso a los servicios de salud, y haciendo uso de la valía de los registros administrativos, se muestra el siguiente cuadro que permite advertir algunos retos (Cuadro 5).
- Si bien de 2010 a 2016 ha aumentado el porcentaje de la población sin carencia en tanto que declara estar inscrita en Seguro Popular, al mismo tiempo continúa habiendo una importante duplicidad de afiliación de la población que está inscrita en él y en alguna otra institución. Esto último no sólo contraviene la normatividad de afiliación al Seguro Popular, sino que puede estar contrarrestando, o al menos ocultando, en alguna medida los esfuerzos por incrementar el acceso a los servicios de salud entre la población abierta: en 2016 alrededor de 17 de cada cien afiliados al Seguro Popular declararon estar inscritos también a otra institución pública de salud, lo que representa un total estimado de 8.5 millones de personas en esta situación. Así, un área de oportunidad estriba en la verificación de las características que debe cumplir la población para ser admitida al Seguro Popular.

Cuadro 5
Acceso a los servicios de salud a través del Seguro Popular, 2010-2016

Indicadores	Porcentaje				Millones de personas			
	2010	2012	2014	2016	2010	2012	2014	2016
Con carencia por acceso a los servicios de salud	29.2	21.5	18.2	15.5	33.5	25.3	21.8	19.1
Sin carencia de acceso a los servicios de salud	70.8	78.5	81.8	84.5	81.1	92.0	98.1	103.6
Población con acceso a servicios de salud por vías distintas al Seguro Popular	43.7	43.3	45.0	46.5	50.0	50.8	53.9	57.1
Población con acceso a servicios de salud únicamente por afiliación al Seguro Popular	27.1	35.2	36.9	37.9	31.0	41.3	44.2	46.5
Población afiliada al Seguro Popular	30.5	40.8	43.5	45.3	35.0	47.8	52.1	55.6
Población afiliada al Seguro Popular y a otra institución de seguridad social	9.7	11.4	12.7	15.3	3.4	5.4	6.6	8.5
Registros administrativos de afiliados al Seguro Popular*	---	---	---	---	43.5	52.9	57.3	54.9
Diferencia entre estimación y registros administrativos	---	---	---	---	-8.6	-5.1	-5.2	0.7

* Se presentan los registros administrativos del Seguro Popular al cierre de cada año.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

- Cabe mencionar que de acuerdo con los registros administrativos del Seguro Popular⁴, de 2015 a 2016 el número de personas afiliadas al Seguro Popular disminuyó 3.8 por ciento. Ante ello, surge la interrogante de identificar cuáles son las razones por las que la población beneficiaria no está renovando su inscripción, y, en consecuencia, las repercusiones sobre su condición de acceso a los servicios de salud.

⁴ Los registros administrativos del Seguro Popular corresponden al cierre de cada año. Cifras obtenidas de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud de la Secretaría de Salud. Consultado el 11 de agosto de 2017 en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/transparencia/iii-transparencia-focalizada>