

COMUNICADO DE PRENSA No. 23  
Ciudad de México, 6 de diciembre de 2018

**EL DERECHO A LA SALUD DEBE INCLUIR ACCESO OPORTUNO,  
ASEQUIBLE Y CON CALIDAD PARA TODA LA POBLACIÓN**

- **A pesar de los avances registrados en materia de cobertura financiera y acceso a los servicios de atención sanitaria, en 2016 había 19.1 millones de personas que aún presentaban carencia por acceso a servicios de salud en México.**
- **México es el tercer lugar entre los países de la OCDE con menor asignación de recursos para la salud: 5.8% del Producto Interno Bruto en 2016, contra 9% como promedio de los países miembros de este organismo.**
- **En 2016, el gasto privado en el país fue el segundo más alto entre los países de la OCDE: 41.4% correspondió a erogaciones directas de las familias mediante gasto de bolsillo y 6.5% a través de aseguramiento privado, es decir, la carga financiera se concentra en los hogares.**
- **Un reto en materia de salud tiene que ver con el perfil epidemiológico del país, caracterizado por enfermedades crónicas no transmisibles asociadas con el sobrepeso y la obesidad, condiciones por las que México ocupa el primer lugar entre los países de la OCDE en la población adulta.**

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) publica el **Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018** en el que se destaca que, a pesar de los avances registrados en los últimos años en garantizar este derecho, es necesario que incluya el acceso oportuno, asequible y con calidad para todas las personas en el país.

**Diagnóstico**

De 2008 a 2016, la carencia por acceso a servicios de salud (medida sólo como afiliación) se redujo 22.9 puntos porcentuales, pasando de 38.4% a 15.5%. La disminución presentada en esta carencia se debió, principalmente, al avance en la afiliación al Seguro Popular. El acceso a este servicio fue especialmente significativo entre las personas con menores ingresos, en 2016, ya que 79.7% de la población del decil I se encontraba afiliada al Seguro Popular.

En lo referente a la accesibilidad física, el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* evidenció que, en 2018, 30.9% del total de las localidades del país (en las que se concentran 3,137,271 personas) se encuentran en condiciones de aislamiento, por lo que se cuenta con un acceso limitado a servicios de salud.

En 2016, el menor tiempo de traslado promedio al sitio donde reciben atención médica lo registraron las personas que acudieron a consultorios adyacentes a farmacias (22.8 minutos), seguido de los centros de salud con 28.8 minutos y, finalmente, los usuarios de hospitales e institutos con 53.4 minutos en promedio.

México es el tercer lugar entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) con menor asignación de recursos para salud: 5.8% del gasto total contra 9% del promedio de los países miembros en 2016.

El sistema de salud se encuentra fragmentado, ya que existen diferentes esquemas de aseguramiento que cuentan con su propia estructura de gobierno, y sus afiliados solo tienen acceso a través de redes independientes de prestadores de servicios que son financiados a través de esquemas distintos, resultando en una coordinación limitada para recaudar ingresos adicionales y que garantice la asignación equitativa entre las distintas instituciones.

Del total del gasto en salud registrado en 2016, 41.4% correspondió a erogaciones directas de las familias mediante gasto de bolsillo y 6.5% a través de aseguramiento privado, es decir, la carga financiera se concentra en los hogares, a través del gasto privado que, para este mismo año, fue el segundo más alto entre los países de la OCDE, sólo por debajo del de los Estados Unidos. Esto revela la limitada capacidad de respuesta del sistema de salud para proporcionar cobertura efectiva en términos de financiamiento. Este fenómeno es fuente de desigualdad en el acceso a la atención de la salud, ya que excluye a la población más pobre por falta de capacidad de pago.

Un indicador clave para medir el desempeño de los servicios de salud es la razón de mortalidad materna (RMM) por cada 100 mil nacidos vivos. La meta comprometida por México en los Objetivos de Desarrollo del Milenio era de 22 defunciones por causas maternas por cada 100 mil nacidos vivos para 2015, misma que no fue alcanzada al registrarse, para ese mismo año, una razón de mortalidad materna (RMM) de 36.4 defunciones por causas maternas por cada 100 mil nacidos vivos.

Aun cuando se ha reportado incremento en la disponibilidad de recursos humanos para la salud en años recientes; en 2015 la proporción de médicos y personal de enfermería presentó una de las razones más bajas entre los países miembros de la OCDE. Se observó una desigualdad considerable en la concentración de personal médico especializado entre entidades: en 2014, Chiapas contaba con 0.4 médicos por cada mil habitantes, mientras que Ciudad de México contaba con casi 2 médicos, es decir, cinco veces más que el estado sureño.

En cuanto a la calidad de los servicios, que se mide a través de indicadores de seguridad, efectividad y centralidad de la atención en las necesidades de las personas, se observa que para 2017, las entidades con los mayor tiempo de espera promedio en urgencias reportados fueron Aguascalientes (51.3 minutos), Estado de México (46.9 minutos), Hidalgo (45.7 minutos), Tlaxcala (42.1 minutos) y Baja California Sur (40.7 minutos), persistiendo también diferencias en este indicador entre instituciones. Al respecto, los servicios a cargo de los gobiernos estatales y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) son los que presentan los mayores tiempos reportados para brindar el servicio en las salas de urgencias (56.7 y 51 minutos, respectivamente), mientras que las personas que acuden a las instituciones privadas (12.7 minutos), instituciones de universidades (13.2 minutos) y de las Fuerzas Armadas (13.8 minutos).

En lo que refiere a la epidemia de obesidad y sobrepeso, en México, 7 de cada diez personas adultas padecían alguna de estas condiciones en 2016. Al analizar este indicador por diferentes grupos de

población y nivel de ingreso, se observa que el problema está presente de forma casi homogénea en la población de adultos mayores de 20 años (con excepción del decil 1), sin distinguirse una relación lineal franca entre el ingreso y estos padecimientos.

### **Brechas**

A pesar de los avances registrados en materia de cobertura financiera y acceso a los servicios de atención sanitaria, en 2016, 19.1 millones de personas aún presentaban carencia por acceso a los servicios de salud en México. Además, entre 2005 y 2015, la esperanza de vida al nacimiento se incrementó más lentamente en comparación con otros países de la OCDE.

Aunado a lo anterior, las condiciones de desigualdad en el ingreso y de acceso a los diferentes derechos sociales que persisten al interior del país han creado brechas que se manifiestan como cargas diferenciadas de morbilidad y mortalidad entre diferentes regiones y grupos poblacionales. En tanto las enfermedades transmisibles se concentran de manera más evidente en las poblaciones pobres, rurales e indígenas, la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles sigue en aumento en la población general.

El derecho a la salud debe incluir las mismas condiciones de acceso para todas las personas; aun así, se ha señalado que los grupos sociales menos aventajados soportan una mayor carga de problemas sanitarios y de costos asociados con la pérdida de la salud y búsqueda de atención.

La salud de los niños y las niñas manifiesta necesidades de atención distintas a la de otros grupos de población. Al relacionarse con la atención de necesidades en un entorno preventivo, por un lado, incluye aspectos como vacunación y lactancia materna, y por el otro, los referentes a las problemáticas alimentarias como la desnutrición y la sobrealimentación. Ambos aspectos pueden condicionar la vida futura de las niñas y los niños. Las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud de 2016 señalan que 5.6 millones de infantes murieron antes de cumplir cinco años. Sin embargo, más de la mitad de esas muertes prematuras se deben a enfermedades que se podrían evitar o tratar con intervenciones simples y asequibles.

En el caso de las mujeres, las principales causas de mortalidad siguen asociadas con las maternas, cáncer de seno y cérvico uterino, defunciones que son prevenibles con estrategias de prevención, autocuidado y atención oportuna.

### **Conclusiones**

Derivado del *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*, se identificaron los siguientes retos para lograr garantía plena del derecho:

- **Avanzar en la integración del sistema público de salud, reduciendo su fragmentación y mejorando los mecanismos de coordinación interinstitucionales.** El sistema público de salud se caracteriza por estar fragmentado y desarticulado, es decir tener instituciones poco vinculadas entre sí, con fuentes de financiamiento diversas, poblaciones objetivo que están en continuo intercambio (como el caso de los trabajadores que entran y salen del mercado laboral formal), y por tener paquetes de cobertura diferenciados por sistema de aseguramiento (contributivo y no contributivo).

- **Mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud definiendo criterios claros para una asignación equitativa y resolutive de las necesidades prioritarias de atención de la población.** El cambio en el perfil demográfico del país caracterizado por una población cada vez más envejecida, aunado al aumento desproporcionado de las enfermedades crónicas no transmisibles, generan un incremento en la demanda de servicios de atención médica y, en consecuencia, presiones financieras adicionales sobre el Sistema de Salud. Si bien, el incremento en el gasto público en salud es algo deseable, es insuficiente *per se* para asegurar los resultados deseados, es aquí donde la calidad en el ejercicio del gasto y en la asignación de los recursos se vuelve requisito indispensable.
- **Aumentar la infraestructura en salud con especial énfasis en el primer nivel de atención, así como mejorar su distribución con base en las necesidades de la población, priorizando a las comunidades rurales y de difícil acceso geográfico.** Un objetivo clave es reducir la dependencia del sector hospitalario y centrar la provisión del servicio en el primer nivel y la atención preventiva, con atención resolutive que ayude a desahogar la saturación de los servicios de atención secundaria y terciaria, mediante la implementación de diversas estrategias de atención y prevención en salud.
- **Promover la generación de recursos humanos para la salud, atendiendo la calidad en su formación y generando mecanismos para incentivar su distribución territorial con relación en las distintas necesidades en toda la extensión del país con especial atención a las zonas detectadas con insuficiencia de personal calificado.** De acuerdo con los datos de este diagnóstico, en 2015, se contaba en el país con 2.4 médicos por cada 1,000 habitantes, una de las cifras más bajas reportadas entre países de la OCDE. Lo mismo sucede en el caso del personal de enfermería, en donde, para este mismo año, se contaba con 2.8 de este personal por cada 1,000 habitantes, mientras que el promedio de los países de la OCDE era de 9.
- **Mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud, considerando en lugar central al paciente, sus necesidades, expectativas y preferencias.** A pesar de los avances registrados en años recientes en cuanto a la calidad en los servicios de salud, aún existen retos que afrontar en la materia; por ejemplo, en el tema de efectividad, la meta de razón de mortalidad materna (RMM) era de 22 defunciones maternas por cada 100 mil nacidos vivos para 2015 en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, misma que no fue alcanzada al registrarse, para ese año, 36.4 defunciones. De igual forma, una de cada nueve mujeres en edad fértil no está empleando métodos anticonceptivos a pesar de querer limitar el tamaño de su familia o posponer un embarazo (11.4%). Otro elemento que habla de la calidad en la oportunidad de la atención es el tiempo de espera promedio en minutos para recibir consulta en urgencias, el cual aumentó de 23.4, en 2010, a 30.2 minutos, a 2017.
- **Promover la planeación de políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud con atención especial a las necesidades de grupos sociales en desventaja, así como de regiones prioritarias.** Se debe transitar de un sistema que prioriza la atención

curativa a un sistema orientado a las actividades de prevención y promoción, centrado en las necesidades de las personas; al respecto la mortalidad por diabetes mellitus tipo II que casi se ha duplicado en los últimos 15 años, al pasar de 47.2 muertes por cada 100 mil habitantes en el año 2000, a una tasa de 86 en 2016, siendo la principal causa de muerte entre las enfermedades prevenibles y evitables sensibles a atención primaria, lo que muestra la necesidad de fortalecer la política sanitaria con enfoque integral que aborde de manera efectiva las múltiples causas de las enfermedades crónicas no transmisibles, priorizando las acciones preventivas sobre las correctivas, y con acciones diferenciadas para los grupos y regiones más vulnerados por estas condiciones.

- **Contribuir de forma prioritaria a reducir la incidencia de la epidemia de obesidad y sobrepeso, con especial atención en el grupo de niños, niñas y mujeres adultas.** México se ha convertido en uno de los países más afectados por la pandemia de obesidad y sobrepeso. Se vuelve indispensable fortalecer las estrategias integrales, multisectoriales para atacar el avance en la incidencia de estos padecimientos en la población general y con acciones diferenciadas para los grupos más vulnerados por estas condiciones.

--o000o--

#### **SOBRE EL CONEVAL**

El CONEVAL es un organismo con autonomía técnica y de gestión que norma y coordina la evaluación de la Política Nacional de Desarrollo Social y de las políticas, los programas y las acciones que ejecuten las dependencias públicas. Asimismo, tiene la responsabilidad de definir, identificar y medir la pobreza a nivel estatal y municipal garantizando la transparencia, objetividad y rigor técnico en dichas actividades. La información que se genera en materia de evaluación de políticas y de programas de desarrollo social, así como de medición de pobreza está disponible en la página de Internet ([www.coneval.org.mx](http://www.coneval.org.mx)) para consulta de cualquier persona interesada.

#### **Contactos:**

Julieta Castro Toral  
Directora de Comunicación Social  
[jcastro@coneval.org.mx](mailto:jcastro@coneval.org.mx)  
54817257

Nielsen Daniel Hernández Mayorga  
Director de Información  
[ndhernandez@coneval.org.mx](mailto:ndhernandez@coneval.org.mx)  
54817200 ext. 70120



Coneval



@coneval



conevalvideo



Instagram Coneval\_mx

Visita nuestro blog: [www.blogconeval.gob.mx](http://www.blogconeval.gob.mx)