



El Sistema de Protección Social en Salud: resultados y diagnóstico de cierre

CONEVAL

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Lo que se mide
se puede mejorar

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

Consejo Académico

Armando Bartra Vergés

Universidad Autónoma Metropolitana

María del Rosario Cárdenas Elizalde

Universidad Autónoma Metropolitana

Guillermo Cejudo Ramírez

Centro de Investigación y Docencia Económicas

Claudia Vanessa Maldonado Trujillo

Centro de Investigación y Docencia Económicas

Salomón Nahmad Sittón

Centro de Investigaciones y Estudios

Superiores en Antropología Social-Pacífico Sur

John Roberto Scott Andretta

Centro de Investigación y Docencia Económicas

Secretaría Ejecutiva

José Nabor Cruz Marcelo

Secretario Ejecutivo

Karina Barrios Sánchez

Directora General Adjunta de Evaluación

Alida Marcela Gutiérrez Landeros

Directora General Adjunta de Análisis de la Pobreza

Edgar A. Martínez Mendoza

Director General Adjunto de Coordinación

Daniel Gutiérrez Cruz

Director General Adjunto de Administración

Equipo técnico

Karina Barrios Sánchez

Janet Zamudio Chávez

David Guillén Rojas

Osmar Marco Medina Urzúa

Héctor Álvarez Olmos

Jorge Alejandro Corti Aguilar

Mariana Suelem Luna Pareja

Paola Plata Rojas

Alondra Rodríguez Nanni

Itzel Soto Palma

Contenido

INTRODUCCIÓN	11
ANTECEDENTES	13
¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA SOBRE LOS EFECTOS DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD?	22
DIAGNÓSTICO DEL ACCESO Y USO EFECTIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LOS AFILIADOS AL SEGURO POPULAR AL CIERRE DEL PROGRAMA	30
CONCLUSIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXO 1	58
ANEXO 2	68

Lista de Gráficas

Gráfica 1. Población afiliada al Seguro Popular 2002-2019	15
Gráfica 2. Presupuesto ejercido del Seguro Popular 2009-2019	15
Gráfica 3. Composición de la afiliación a la Seguridad Social y al Seguro Popular por deciles de ingreso corriente total per cápita, 2018	16
Gráfica 4. Incidencia de gasto catastrófico según afiliación, 2010-2018	19
Gráfica 5. Gasto de bolsillo por tipo de afiliación, 2010 y 2018	21
Gráfica 6. Unidades de consulta externa por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018	34
Gráfica 7. Hospitales por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018	35
Gráfica 8. Camas censables por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018	36
Gráfica 9. Personal médico en contacto con pacientes y en otras actividades por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular, 2012-2018	38
Gráfica 10. Tiempo promedio de traslado al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación, 2014-2018	40
Gráfica 11. Porcentaje de personas cuyos problemas de salud les han impedido realizar sus actividades diarias en los últimos doce meses, por tipo de afiliación, 2014-2018	42
Gráfica 12. Porcentaje de personas que reportaron tener problemas de salud y que fueron atendidas, por tipo de afiliación 2014-2018	44
Gráfica 13. Distribución porcentual de personas afiliadas al Seguro Popular que fueron hospitalizadas, según lugar de atención, 2006-2018	45
Gráfica 14. Porcentaje de personas que reportaron tener problemas de salud y que no fueron atendidas, por tipo de afiliación, 2014-2018	47
Gráfica 15. Calidad del lugar donde se atendió reportada por las personas hospitalizadas, de acuerdo con la institución a la que están afiliadas, 2006-2018	49
Gráfica 16. Porcentaje de personas que fueron hospitalizadas y que regresarían al lugar donde se atendieron, por tipo de afiliación, 2006-2018	50

Anexo 1

Gráfica 1. Camas no censables por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular, por entidad federativa, 2012-2018	58
Gráfica 2. Incubadoras por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular, por entidad federativa, 2012-2018	58
Gráfica 3. Quirófanos por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018	59
Gráfica 4. Salas de expulsión por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018	59
Gráfica 5. Bancos de sangre por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2016-2018	60

Gráfica 6. Laboratorios de análisis por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2016-2018	60
Gráfica 7. Equipo de mamografía por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018	61
Gráfica 8. Unidades de hemodiálisis por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018	61
Gráfica 9. Equipo de ultrasonido por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2014-2018	62
Gráfica 10. Personal de enfermería en contacto con pacientes por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018	62
Gráfica 11. Tiempo promedio de traslado al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación, según tamaño de localidad, 100,000 habitantes y más, 2014-2018	63
Gráfica 12. Tiempo promedio de traslado al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación, según tamaño de localidad, de 15,000 a 99,000 habitantes, 2014-2018	63
Gráfica 13. Tiempo promedio de traslado al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación, según tamaño de localidad, de 2,500 a 14,999 habitantes, 2014-2018	64
Gráfica 14. Tiempo promedio de traslado al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación, según tamaño de localidad, menos de 2,500 habitantes, 2014-2018	64
Gráfica 15. Número de personas cuyos problemas de salud les impidieron realizar sus actividades diarias en los últimos doce meses, por tipo de afiliación, 2014-2018	65
Gráfica 16. Lugar de atención de las personas no afiliadas a ninguna institución de servicios de salud, 2010-2018	65
Gráfica 17. Número de personas que reportaron tener problemas de salud y que fueron atendidas, por tipo de afiliación, 2014-2018	66
Gráfica 18. Porcentaje de personas que sí recibieron atención a sus problemas de salud en las últimas dos semanas, por tipo de afiliación, 2006-2018	66
Gráfica 19. Porcentaje de personas según el tipo de personal que las atendió durante su problema de salud, por tipo de afiliación, 2006-2018	67
Gráfica 20. Porcentaje de personas que estuvieron hospitalizadas, por tipo de afiliación, 2006-2018	67

Lista de Cuadros

Cuadro 1. Carencia por acceso a los servicios de salud, 2010-2018	17
Cuadro 2. Indicadores complementarios de salud, 2008-2018	18
Cuadro 3. Incidencia de gasto catastrófico en salud, 2010-2018	19
Cuadro 4. Gasto de bolsillo en salud por tipo de gasto, 2010-2018	20
Cuadro 5. Indicadores asociados a las dimensiones del acceso y uso efectivo a los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular	31
Cuadro 6. Indicadores sobre disponibilidad de los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular, 2008-2018	32
Cuadro 7. Indicadores sobre accesibilidad a los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular, 2008-2018	40
Cuadro 8. Indicadores sobre utilización de los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular, 2006-2018	41
Cuadro 9. Indicadores sobre calidad de los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular, 2006-2018	46
Cuadro 10. Motivos por los que las personas afiliadas al Seguro Popular no buscaron atención médica, 2014-2018	47
Cuadro 11. Motivos por los que las personas afiliadas al Seguro Popular no recibieron atención médica, 2014-2018	48

Anexo 2

Cuadro 1. Incidencia de gasto catastrófico en salud, 2010-2018	68
Cuadro 2. Gasto catastrófico en salud, por tipo de afiliación, 2010-2018	68
Cuadro 3. Gasto de bolsillo en salud, por tipo de gasto, 2010-2018	68
Cuadro 4. Gasto de bolsillo en salud, por tipo de gasto, por tipo de afiliación, 2010-2018	69
Cuadro 5. Población afiliada al Seguro Popular por entidad federativa, 2008-2018	70
Cuadro 6. Tiempo promedio en minutos de traslado al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación, 2008-2018	72
Cuadro 7. Tiempo promedio en minutos 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, 2008-2018	72
Cuadro 8. Tiempo promedio en minutos 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, 2008-2018	74
Cuadro 9. Proporción de personas cuyos problemas de salud les impidió realizar sus actividades diarias en los últimos doce meses, por tipo de afiliación, 2008-2018	75
Cuadro 10. Número de personas cuyos problemas de salud les impidió realizar sus actividades diarias en los últimos doce meses, por tipo de afiliación, 2008-2018	76
Cuadro 11. Proporción de personas que recibieron y que no recibieron atención médica a sus problemas de salud, por tipo de afiliación, 2008-2018	76
Cuadro 12. Número de personas que recibieron atención médica a sus problemas de salud, por tipo de afiliación, 2008-2018	77

Cuadro 13. Lugar de atención médica de las personas afiliadas al Seguro Popular, 2008-2018	78
Cuadro 14. Lugar de atención médica, por tipo de afiliación, 2008-2018	79
Cuadro 15. Motivos por los que no se buscó atención médica, por tipo de afiliación, 2014-2018	83
Cuadro 16. Motivos por los que no se recibió atención médica, por tipo de afiliación, 2014-2018	86
Cuadro 17. Distribución porcentual de personas afiliadas al Seguro Popular que fueron hospitalizadas, según lugar de atención, 2006-2018	89
Cuadro 18. Calidad del lugar de atención reportada por las personas hospitalizadas de acuerdo con la institución a la cual se encuentran afiliadas, 2006-2018	89
Cuadro 19. Proporción de personas que fueron hospitalizadas y que regresarían al lugar donde se atendieron, por tipo de afiliación, 2006-2018	91
Cuadro 20. Proporción de personas que sí recibieron atención a sus problemas de salud en las últimas dos semanas, por tipo de afiliación, 2006-2018	91
Cuadro 21. Proporción de personas que estuvieron hospitalizadas, por tipo de afiliación, 2006-2018	91
Cuadro 22. Proporción de personas según el tipo de personal que las atendió durante su problema de salud, por tipo de afiliación, 2006-2018	92

Siglas y Acrónimos

CAUSES	Catálogo Universal de Servicios de Salud
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
LGDS	Ley General de Desarrollo Social
LGS	Ley General de Salud
MCS-ENIGH	Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares
MEC del MCS-ENIGH	Modelo Estadístico para la continuidad del MCS-ENIGH
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
Pemex	Petróleos Mexicanos
SP	Seguro Popular
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud

Glosario

Accesibilidad en la salud	No existencia de barreras u obstáculos para el acceso a los servicios de salud, sean estos de tipo físico, económico o de información sobre la ubicación de establecimientos de salud y los problemas que pueden atender.
Acceso oportuno a la atención médica	Describe el porcentaje de hogares cuyos integrantes tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de una emergencia.
Calidad en la salud	Grado mediante el cual los servicios de salud, para los individuos y las poblaciones, incrementan la probabilidad de obtener los resultados deseados y son consistentes con el conocimiento profesional más actual.
Camas censables	Camas en servicio instaladas en el área de hospitalización para el uso regular de pacientes internos. 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 de 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 incluidas 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	Una persona se encuentra en carencia por acceso a 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 a servicios médicos privados.
Catálogo universal de servicios de Salud	Documento descriptivo para la atención de la salud de las personas afiliadas al Seguro Popular. Este 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.
Disponibilidad en salud	Suficiencia de los servicios, instalaciones y equipos, mecanismos, procedimientos o cualquier otro medio por el cual se materializa un derecho para toda la población.

Gasto de bolsillo	Gasto directo de los consumidores en productos y servicios de atención sanitaria, que, en general, incluye consultas, hospitalizaciones, medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete, procedimientos ambulatorios y medicamentos, entre otros. Excluye las erogaciones realizadas por concepto de seguros privados y los reembolsos producto del uso de estos.
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.
Indicador	Expresión cualitativa o cuantitativa observable que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad mediante la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables, la cual, comparada con periodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, ayuda a evaluar el desempeño de su evolución en el tiempo.
Seguro Popular	Programa que otorgaba 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.
Unidad de consulta externa	Incluye consultorios rurales, consultorios urbanos, centros avanzados de atención primaria a la salud, centros de salud con servicio ampliado, consultorio delegacional, casa de salud, brigada móvil, unidad móvil, clínica de especialidades, centro de salud con hospitalización (unidad híbrida) y unidad de especialidades médicas.

Introducción

El artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM) y la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) sientan las bases para una política de desarrollo social de Estado basada en el ejercicio de los derechos humanos. Al respecto, de acuerdo con el artículo 81 de la LGDS, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) tiene por objeto normar y coordinar la evaluación de las Políticas y Programas de Desarrollo Social, así como establecer los lineamientos y criterios para definir, identificar y medir la pobreza. Asimismo, desde 2013 y hasta 2019, el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación establecía que el CONEVAL normaría la evaluación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), de conformidad con la LGDS.

La medición de la pobreza que realiza el CONEVAL, considera las dimensiones que se relacionan con los derechos sociales (educación, salud, seguridad social, alimentación, vivienda y sus servicios) y la dimensión asociada al bienestar económico (ingreso corriente per cápita), en concordancia con la LGDS. 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 indispensable de cada uno de los derechos sin los cuales se pueda señalar que una persona no ejerce o no ha podido ejercer alguno de estos¹.

En el caso del acceso a los servicios de salud, la medición 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 al Seguro Popular (SP), 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.

En este sentido, la incidencia de la afiliación al SP, que para 2019 era de alrededor de 51 millones, en la evolución de la carencia por acceso a servicios de salud ha sido de gran trascendencia, puesto que marcó una diferencia importante en los resultados de la medición de pobreza de los últimos años.

El SP fue, hasta 2019, el brazo ejecutivo del SPSS; un seguro médico público y voluntario, que buscaba evitar el empobrecimiento derivado de gastos catastróficos en salud de la población no asegurada por las instituciones contributivas de la seguridad social a través de su afiliación a este seguro y la cobertura de servicios de salud que este proporcionaba. De acuerdo con la Ley General de Salud, antes de su reforma en 2019, la población mexicana tenía derecho a ser incorporada al SPSS de conformidad con el artículo cuarto

¹ Si bien este criterio permite disponer de una aproximación operativa para la identificación de las carencias, implica, por necesidad, que aun si una persona no presenta una carencia determinada, no podrá suponerse que tiene asegurado el ejercicio pleno del derecho correspondiente. (Metodología para la medición multidimensional de la pobreza, tercera edición, página 46).

de la CPEUM sin importar su condición social (artículo 77 BIS 1, LGS); entendiéndose por este, a las acciones previstas en esta materia por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (artículo 77 BIS 2, LGS).

A partir del primero de enero de 2020, con base en el DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicado el 29 de noviembre de 2019, se reforman los artículos 77 BIS 1 y 77 BIS 2, pasando a ser la Secretaría de Salud con el auxilio del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), la instancia que organizará las acciones para la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social en coordinación con las entidades federativas, cuando así lo hayan pactado.

Para el CONEVAL es prioritario generar información sobre el desempeño y resultados de los programas y políticas públicas de desarrollo social con el fin de contribuir a la toma de decisiones basadas en evidencia. Por ello, ante la nueva configuración de la política de salud, que ha significado la desaparición del SP y reconociendo la importancia de conocer la brecha entre la afiliación, como puerta de entrada al reconocimiento del derecho a la salud, y su ejercicio efectivo, el objetivo de este documento es presentar un diagnóstico al cierre del programa que permita documentar los avances y retos de esta intervención, así como elementos de partida para la nueva configuración en esta materia.

No se puede pasar por alto que el proceso de transición del SP al INSABI, que ya por sí mismo significa una coyuntura de gran relevancia en el acceso al derecho a la salud, ha coincidido con la emergencia sanitaria mundial que se enfrenta actualmente generada por el virus SARS-CoV-2, lo que sin duda tiene repercusiones en la transición, y aún más importante, en el acceso de la población a los servicios de salud. Sin embargo, en este documento no se considera el análisis de esta transición y sólo es un diagnóstico que caracteriza el SP al concluir su operación, que sirva como antecedente a la elaboración de análisis posteriores que permitan dar respuesta a las interrogantes que surgen alrededor de esta coyuntura sobre la garantía del derecho a la salud.

El documento se estructura de la siguiente manera: el primer apartado presenta brevemente los antecedentes del SP, sus características y operación; el segundo apartado examina la evidencia documentada en torno a los resultados del SP; el tercero contiene un análisis de indicadores asociados al acceso efectivo a los servicios de salud con corte a 2018 con énfasis en los afiliados al SP, lo que permite dar seguimiento al documento *Indicadores de Acceso y Uso Efectivo para los usuarios del SP*, publicado en 2014 por el CONEVAL, y para documentar las condiciones en que este programa termina su operación, y finalmente, se presentan conclusiones de la investigación realizada.

Antecedentes

En el caso de México, el derecho a la salud emana de la Constitución, la cual lo reconoce dentro de las garantías individuales en el 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.

El derecho a la salud también 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 su cumplimiento; 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 se reglamenta a través de la Ley General de Salud (LGS). En esta 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. Asimismo, hasta 2019², de acuerdo con esta Ley, la población mexicana tenía derecho a ser incorporada al Sistema de Protección Social en Salud (artículo 77 BIS 1, LGS); entendiéndose por este, a las acciones previstas, en esta materia, por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (artículo 77 BIS 2, LGS).

El Seguro Popular (SP) entró en funcionamiento en 2004 como mecanismo de ejecución del SPSS mediante un esquema de aseguramiento público en salud a través de afiliación voluntaria, dirigido a la población que no contaba con seguridad social vía una relación laboral, con el fin de disminuir sus gastos en salud.

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

Mediante esta afiliación, las familias beneficiarias recibían el acceso a un conjunto de beneficios de atención médica comprendidos en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) que contemplaba 294 intervenciones médicas hasta 2019, agrupadas en

² A partir del primero de enero de 2020, con base en el DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud, publicado el 29 de noviembre de 2019, se reforman los artículos 77 BIS 1 y 77 BIS 2, pasando a ser la Secretaría de Salud con el auxilio del Instituto de Salud para el Bienestar, quién organizará las acciones para la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social en coordinación con las entidades federativas, cuando así lo hayan pactado.

cinco conglomerados: prevención y promoción en salud, medicina general y de especialidad, urgencias, cirugía general y obstetricia.

Asimismo, otorgaba acceso a servicios médicos de alta especialidad para la atención de enfermedades de alto costo que podían poner en riesgo la vida y el patrimonio familiar mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos, el cual era operado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud.

El modelo financiero del SPSS se sustentaba en un esquema tripartito con aportaciones del gobierno federal, de las entidades federativas y contribuciones de los afiliados conforme a su capacidad económica. Las aportaciones al SPSS y el mecanismo de actualización estaban contenidos en la Ley General de Salud.

El Gobierno Federal realizaba una aportación anual, por persona afiliada al SP, la cual se integraba de los siguientes conceptos:

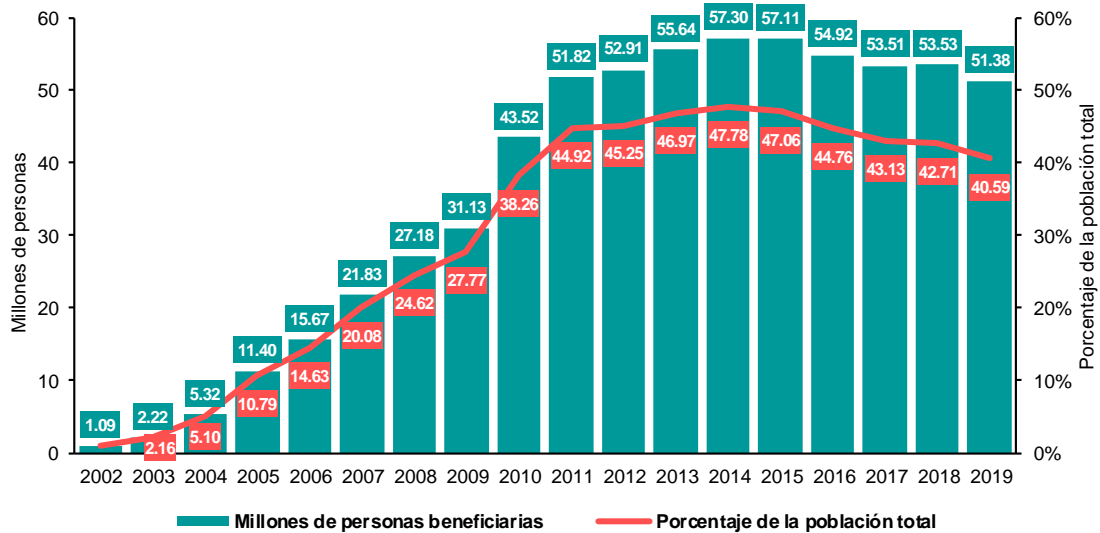
- 1) Una Cuota Social (CS), equivalente a 3.92% de un Salario Mínimo general vigente diario del 2009, para la Ciudad de México, que se actualizaba anualmente de conformidad con la variación anual observada en el Índice Nacional de Precios al Consumidor. Para el ejercicio 2019, el monto de esta aportación era de 1,165.53 pesos, y
- 2) Una Aportación Solidaria Federal (ASF), equivalente a un monto que debía representar al menos una y media veces el importe de la Cuota Social. El promedio nacional para 2018 ascendió a 1,667.74 pesos. Los gobiernos de las entidades federativas efectuaban una Aportación Solidaria Estatal (ASE), por persona afiliada, la cual debía ser, al menos, en un monto equivalente a la mitad de la Cuota Social. En 2019, el monto mínimo de este concepto era de 582.77 pesos por persona.

La aportación gubernamental anual por afiliado en el 2019 ascendía, en promedio, a 3,496.60 pesos por persona.³

Desde su etapa como programa piloto y hasta 2014 la afiliación al SP creció de forma acelerada; la gráfica 1 muestra la evolución de la población afiliada al SP, así como el porcentaje que representaba del total de la población en el país. El punto máximo de afiliación, tanto en términos absolutos, como relativos, se alcanzó en 2014, al registrar alrededor de 57.30 millones de afiliados, equivalentes al 47.78% de la población. Posteriormente, la afiliación se fue reduciendo gradualmente, hasta que en 2018 se contabilizaron 51.38 millones de personas, equivalentes a 40.59% de la población.

³ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, del Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud, Enero-Diciembre 2019, recuperado el 13 de agosto de 2020 de http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2019/Informe_Resultados_SPSS_2019.pdf

Gráfica 1. Población afiliada al Seguro Popular 2002-2019*

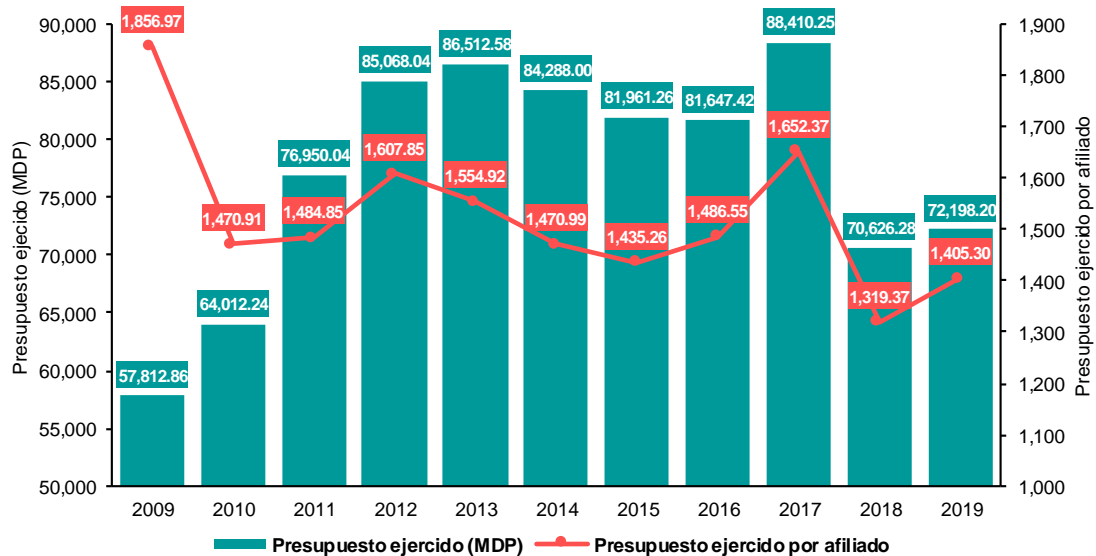


*Cifras a junio de 2019.

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con datos de Registros Administrativos del Seguro Popular y del CONAPO.

En términos de presupuesto, la gráfica 2 muestra la serie temporal del presupuesto ejercido, total y por afiliado del SP entre 2009 y 2019. Destaca que, en 2017 se registró el mayor presupuesto ejercido por el programa, y fue el segundo año con mayor presupuesto ejercido por afiliado (1,652.37 pesos por afiliado). Por otro lado, entre 2013 y 2019 el presupuesto ejercido por afiliado se mantuvo en niveles relativamente estables, aunque con una tendencia a la baja, la cual fue más pronunciada en 2018.

Gráfica 2. Presupuesto ejercido del Seguro Popular 2009-2019



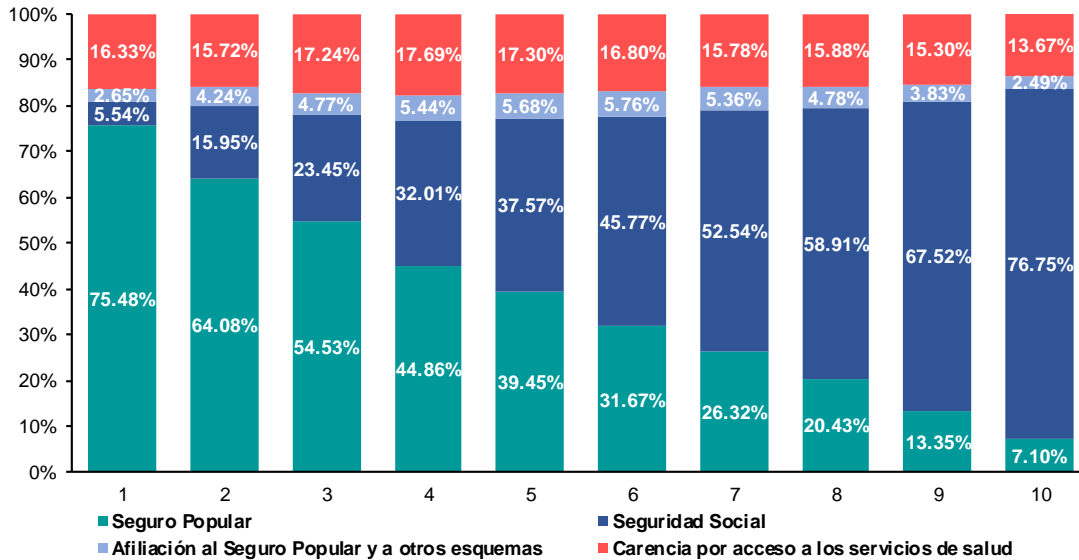
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el Presupuesto de Egresos de la Federación 2009-2019 y los Registros Administrativos del Seguro Popular.

Nota: ambos presupuestos se expresan en precios de 2019.

En este contexto, el SP se consideraba de gran relevancia dado que era el principal instrumento con el que contaba el Estado Mexicano para disminuir el rezago por acceso a los servicios de salud y garantizar este derecho humano.

La importancia del SP en cuanto al acceso a servicios de salud es mayor para la población con menores ingresos, esto debido a que justamente los deciles más bajos de ingreso estaban mayormente afiliados a este esquema.

Gráfica 3. Composición de la afiliación a la Seguridad Social y al Seguro Popular por deciles de ingreso corriente total per cápita, 2018



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MEC del MCS-ENIGH 2018.

Nota: la categoría de Seguridad Social incluye a aquellos afiliados a algún servicio de salud por relación laboral, por contratación propia o por contratación de servicios privados.

De acuerdo con la Ley General de Desarrollo Social (LGDS), la medición de la pobreza en México considera las dimensiones relacionadas 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 indispensable 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, la medición de la pobreza realizada por el CONEVAL ha considerado 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 al SP, 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 SP y a instituciones de salud, con desagregación por institución.

Como se observa en el cuadro 1, la carencia por acceso a los servicios de salud ha pasado de 29.23% (33.48 millones de personas) de la población en 2010 a 16.18% (20.24 millones de personas) en 2018, lo que indica que, en este periodo, esta métrica se ha reducido tanto en términos relativos, como en absolutos. Destaca que, con excepción de 2018, la tendencia de este indicador ha sido decreciente en todos los años analizados, debido al acelerado crecimiento de afiliados al SP y al moderado, pero constante, incremento en los afiliados al IMSS. Sobresale particularmente, que la disminución más importante de la carencia por acceso a servicios de salud fue registrada en 2012, año en que el número de afiliados al SP tuvo su mayor crecimiento en el periodo de estudio, equivalente a 12.87 millones de personas.

Cuadro 1. Carencia por acceso a los servicios de salud, 2010-2018

Indicadores	Porcentaje					Millones de personas				
	2010	2012	2014	2016	2018	2010	2012	2014	2016	2018
Carencia por acceso a los servicios de salud	29.23	21.54	18.16	15.54	16.18	33.48	25.27	21.77	19.06	20.24
Composición de la población sin carencia por acceso a los servicios de salud, según la institución de afiliación										
Población afiliada al Seguro Popular	30.53	40.78	43.46	45.35	42.23	34.97	47.83	52.11	55.62	52.82
Población afiliada al IMSS	31.77	32.06	33.96	35.38	36.38	36.40	37.61	40.72	43.39	45.50
Población afiliada a IMSS-PROSPERA	N/D	N/D	N/D	1.02	0.35	N/D	N/D	N/D	1.26	0.43
Población afiliada al ISSSTE	5.58	5.81	5.74	5.60	5.45	6.39	6.82	6.88	6.86	6.82
Población afiliada al ISSSTE estatal	1.74	0.80	1.12	1.39	1.42	1.99	0.93	1.35	1.71	1.78
Población afiliada a Pemex, Defensa o Marina	0.94	0.85	0.96	0.85	0.78	1.07	1.00	1.15	1.04	0.97
Población con seguro privado de gastos médicos	0.87	0.94	0.96	0.82	0.78	1.00	1.11	1.15	1.01	0.98
Población con acceso a servicios médicos por seguridad social indirecta	2.55	1.84	1.80	1.83	1.75	2.92	2.15	2.15	2.25	2.18
Población afiliada a otra institución médica distinta de las anteriores	1.41	1.74	1.10	0.84	0.71	1.62	2.04	1.32	1.03	0.89

Fuente: Elaborado por el CONEVAl con base en el MCS-ENIGH de 2010, 2012, 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018. Nota: Una persona puede estar afiliada a más de una institución.

Aunque el comportamiento temporal de la carencia de acceso a la salud registra disminuciones en el periodo de estudio, este indicador solo da cuenta de la afiliación de las personas a las instituciones de salud y no provee información en términos de acceso oportuno y efectivo a la atención médica y a los servicios de salud, respectivamente.

Considerando que entre 2010 y 2018 se incrementó significativamente el número de personas que se encuentran afiliadas a alguna institución de salud, se esperaría que el acceso a los servicios ofertados tuviera una variación similar. No obstante, en el cuadro 2 se muestran algunos indicadores que ejemplifican cómo el crecimiento en la afiliación no necesariamente se traslada al acceso y uso efectivo a los servicios de salud. Por ejemplo, en términos de acceso oportuno a la atención médica, resalta que el porcentaje de hogares

cuyos integrantes tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de emergencia apenas se ha reducido 0.61 puntos porcentuales (pp) en más de una década.

Cuadro 2. Indicadores complementarios de salud, 2008-2018

Indicadores	Porcentaje					
	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Porcentaje de hogares cuyos integrantes tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de emergencia ¹	3.21	3.73	2.88	2.13	2.09	2.60
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)	30.59	30.42	30.76	26.47	27.15	28.47
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)	47.53	48.15	46.89	47.16	51.47	52.33
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)	29.18	30.06	30.71	28.56	32.42	34.10

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH de 2008, 2010, 2012, 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

1/ Se considera como acceso oportuno a la atención médica.

Por su parte, algunos indicadores sobre la utilización de servicios preventivos en salud han registrado disminuciones moderadas e incluso contrarias a lo esperado en el mismo periodo. Por ejemplo, mientras que la población que reportó no haber sido pesada y medida se redujo en 2.12 pp, los indicadores referentes a la población que no se ha realizado pruebas para la detección de diabetes y de hipertensión arterial se han incrementado en el mismo periodo.

El SP buscaba contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias mexicanas por motivos de salud mediante el acceso a servicios de salud a las personas que carecían de una relación laboral que les proporcionara dicho acceso y que por ello se encontraban en condición de vulnerabilidad. Particularmente, esta vulnerabilidad proviene del gasto en salud que cada persona debe realizar, que puede ir desde la compra de un medicamento hasta el pago por hospitalización y análisis clínicos; por lo que el monto total podría conducir a las personas hacia un proceso de empobrecimiento, de agudización de condiciones de pobreza preexistentes, o bien, inhibir la búsqueda de servicios médicos, empeorando las condiciones de salud.

Con base en lo anterior, dos variables de particular interés para los objetivos del SP eran el gasto de bolsillo en salud y la incidencia de gasto catastrófico en salud. Por un lado, el gasto de bolsillo se define como el gasto directo de los consumidores en productos y servicios de atención sanitaria, que, en general, incluye consultas, hospitalizaciones, medicamentos, estudios de laboratorio o gabinete, procedimientos ambulatorios y medicamentos, entre otros; excluyendo las erogaciones realizadas por concepto de seguros privados y los reembolsos producto del uso de estos.

Por otro lado, si bien no se cuenta con una definición oficial de gasto catastrófico en México, se dice que una persona incurre en gasto catastrófico cuando sus gastos de bolsillo en salud representan más de 30% de su capacidad de pago o ingreso disponible, es decir, del ingreso neto del gasto de subsistencia⁴ (WHO, 2005).

A partir de la definición anterior, el cuadro 3 muestra la evolución del porcentaje de hogares y personas que incurrieron en gasto catastrófico por motivos de salud.

Cuadro 3. Incidencia de gasto catastrófico en salud, 2010-2018

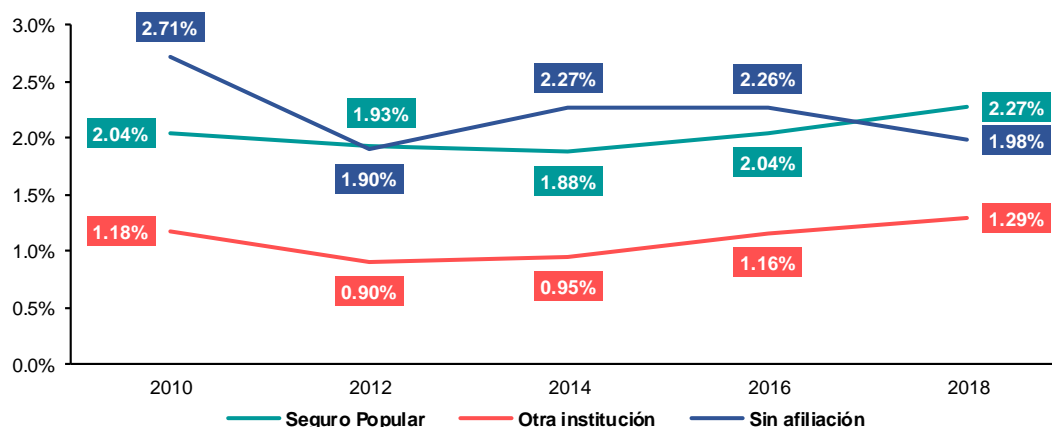
Indicador	2010	2012	2014	2016	2018
Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud	2.21%	2.00%	1.98%	2.04%	2.13%
Porcentaje de personas con gasto catastrófico en salud	1.93%	1.57%	1.62%	1.75%	1.83%

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH de 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018.

Aunque en 2012 y 2014 se identifican los menores niveles de incidencia de gasto catastrófico, tanto para personas como para hogares, los datos registrados en los últimos años de la serie se aproximan a aquellos de 2010. Lo anterior indica que, en casi una década, existe una incidencia similar de gasto catastrófico en el país. No obstante, cabe señalar que, al menos en hogares, el año con menor incidencia de gasto catastrófico coincide con aquel que registró mayor número de afiliados al SP.

Por su parte, al desglosar este mismo análisis por tipo de afiliación, se observan diferencias importantes. La gráfica 4 evidencia que la incidencia de gasto catastrófico es mayor dentro del conjunto de personas que reportaron, en este periodo, estar afiliados al SP o no estar afiliados a ningún servicio de salud.

Gráfica 4. Incidencia de gasto catastrófico según afiliación, 2010-2018



⁴ El gasto de subsistencia se define como el gasto mínimo para mantener un nivel de vida básico (OMS, 2005). Aunque la Organización Mundial de la Salud considera que el gasto catastrófico por motivos de salud ocurre cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan 40% o más de su capacidad de pago. Este nivel puede ser modificado de acuerdo con la situación específica de cada país. En México convencionalmente se considera del 30%.

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH de 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018. Nota: Otra institución incluye IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, IMSS-Prospera, y otra institución.

En el caso de las personas afiliadas al SP, la incidencia de gasto catastrófico en 2010 se ubicaba en 2.04% y, para 2018, presentó un incremento de 0.23 pp. Lo anterior puede ser resultado, por un lado, de la saturación de los servicios del SP, provocada por el acelerado crecimiento en la afiliación, combinada con una limitada inversión en la infraestructura necesaria para mantener la disponibilidad constante.

El caso de las personas sin afiliación, a pesar de que se registró una disminución entre 2010 y 2018 equivalente a 0.74 pp, también representa uno de los conjuntos de personas con mayor incidencia de gasto catastrófico. Lo anterior podría responder a que, ante la falta de afiliación, cada vez que las personas se enfrentan a un problema de salud, incurren en el gasto para atenderlo. Asimismo, destaca que, con excepción de las personas sin afiliación, en promedio, se identifica mayor incidencia de gasto catastrófico en 2018, independientemente del tipo de afiliación.

Ahora bien, si analizamos el tipo de gasto de bolsillo que realizan los hogares y la importancia relativa entre ellos, podemos identificar los servicios de salud específicos en los que se concentra el gasto. El cuadro 4 muestra la configuración del gasto de bolsillo en salud de las personas a nivel nacional, desde el año 2010 hasta el 2018. En particular, se observa que la atención primaria y ambulatoria es el servicio de salud en el que más gastan los hogares mexicanos, puesto que supera, en todo el periodo, 60% del gasto de bolsillo en salud. Por su parte, el único rubro que registra una mayor importancia relativa en 2018, respecto a 2010, es el de medicamentos sin receta, al pasar de 32.09% en 2010 a 35.18% en 2018.

Cuadro 4. Gasto de bolsillo en salud por tipo de gasto, 2010-2018

Indicador	2010	2012	2014	2016	2018
Atención primaria y ambulatoria	62.84%	61.11%	60.65%	62.20%	60.91%
Atención hospitalaria	5.07%	4.79%	4.62%	4.10%	3.91%
Medicamentos sin receta	32.09%	34.09%	34.73%	33.71%	35.18%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

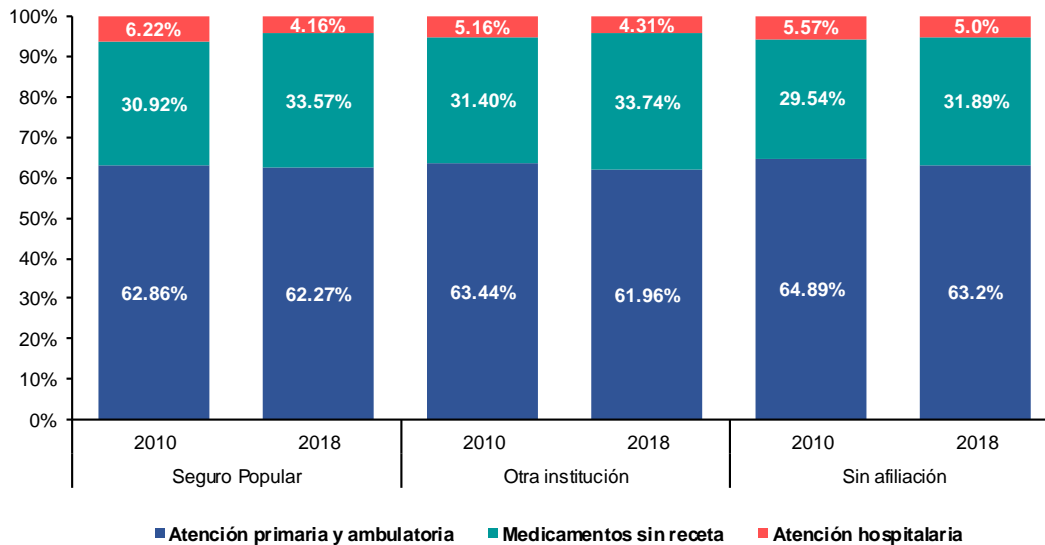
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH de 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018. Nota: el cálculo se lleva a cabo tomando en cuenta el gasto de bolsillo en salud de cada hogar.

En la gráfica 5 se aprecia la proporción del gasto de bolsillo en salud, para cada tipo de afiliación, en dos cortes temporales: 2010 y 2018; se observa que la configuración del indicador no registra variaciones importantes entre 2010 y 2018, las tres categorías consideradas (SP, otra institución⁵ y sin afiliación) registran diferencias similares en los mismos rubros. Específicamente, para las personas afiliadas al SP se redujo la importancia relativa en alrededor de 2.06 y 0.59 pp del gasto en atención hospitalaria y atención primaria y ambulatoria, proporción que se trasladó a medicamentos sin receta.

⁵ Incorporan los afiliados al IMSS, al ISSSTE, a PEMEX y otras instituciones.

Asimismo, los afiliados a otras instituciones registraron una disminución importante en el gasto en atención primaria y ambulatoria (1.48 pp) y un incremento de mayor magnitud en medicamentos sin receta. Finalmente, resalta que, en todos los casos, entre 2010 y 2018, se redujo la proporción del gasto en atención hospitalaria y atención primaria y ambulatoria, y se incrementó la participación relativa del gasto en medicamentos sin receta.

Gráfica 5. Gasto de bolsillo por tipo de afiliación, 2010 y 2018



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH de 2010 y 2018. Nota: Otra institución incluye IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, IMSS-Prospera, y otra institución.

Ante estos datos, indagar acerca de los posibles efectos atribuibles al SP, es una cuestión relevante que se abordará en el documento con el propósito de identificar el aporte específico de esta intervención y su posible contribución en el acceso al derecho a la salud. Asimismo, 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 actualmente reporta el CONEVAL y que contribuyan a determinar hasta qué punto se ejerce efectivamente el derecho a la salud. Para ello, el documento también presenta una serie de indicadores clasificados según la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios de salud.

¿Qué nos dice la evidencia sobre los efectos del Sistema de Protección Social en Salud?

Como se mencionó anteriormente, el SP buscaba contribuir a la disminución del empobrecimiento de las familias mexicanas por motivos de salud. Por ello, uno de los principales indicadores en los cuales las evaluaciones documentan resultados del programa fue el de gasto en salud.

Uno de los primeros y más importantes esfuerzos para medir el efecto del Seguro Popular fue la evaluación realizada por King y otros investigadores de la Universidad de Harvard, quienes, junto con la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública, diseñaron una evaluación de impacto que aprovechó la fase inicial de expansión del SP mediante una asignación aleatoria de promoción a la población para afiliarse al SP. Este diseño consistió en establecer pares de conglomerados, es decir, conjuntos de localidades asociadas a una unidad de salud, y asignar de manera aleatoria a un solo conglomerado del par la invitación a afiliarse al SP. Los pares de conglomerados se seleccionaron de manera que tuvieran características similares, como la estructura de la población, los niveles de ingreso, educación y la disposición de servicios médicos.

Para esta evaluación, se obtuvo información en una primera cohorte de 100 conglomerados (50 pares), que estaban conformados aproximadamente por 118,500 hogares en siete estados de la república y una segunda cohorte con 29 pares adicionales en otros siete estados, dado que la mayor parte de los conglomerados de la primera cohorte eran rurales. La información para la evaluación se recopiló con tres encuestas, la primera de línea base en 2005, la segunda diez meses después, en 2006, y la tercera en 2008. La tercera ronda de levantamiento de información fue coordinada por el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (INCMN).

King y otros investigadores (2009) publicaron los resultados de la primera cohorte en las primeras dos mediciones (2005 y 2006).⁶ Entre los principales hallazgos, se observó que el SP tuvo un efecto significativo en reducir el gasto catastrófico de los hogares⁷, además se observó que la mayor parte de ese efecto ocurrió en los hogares más pobres. Respecto al gasto de bolsillo total en salud, esta evaluación muestra que el SP redujo el gasto de bolsillo únicamente en los hogares pobres⁸. En cuanto a los gastos de bolsillo desglosados, el SP redujo el gasto en servicios ambulatorios y no ambulatorios igualmente para los hogares pobres, pero no se encontró efecto positivo en el gasto en medicamentos y en aparatos médicos.

Por otro lado, el INCMN (2008) publicó los resultados que incluyen la información del tercer levantamiento de la evaluación en 2008 y que incluyen la segunda cohorte. Entre los

⁶ Se estimó el efecto de la Intención al Tratamiento (ITT), es decir, el efecto sobre el grupo independientemente de si las personas se afiliaron o no. En este caso, se consideró el efecto de todas las personas que fueron invitadas a afiliarse al programa, sin importar si se afiliaron o no.

⁷ El efecto de la ITT mostró una reducción de 23% en la proporción de hogares con gasto catastrófico respecto a la línea base.

⁸ El efecto de la ITT sobre los gastos de bolsillo de los hogares pobres fue de 426 pesos mexicanos al año.

principales hallazgos, se identificó que el gasto de los hogares en salud fue menor en hogares afiliados al SP (598 pesos trimestrales) que en hogares no asegurados (854 pesos trimestrales) y que en hogares afiliados a otros esquemas de aseguramiento (959 pesos trimestrales).

El análisis del gasto por componente mostró que hay diferencias significativas en el gasto en medicamentos y en el que se destina al pago de atención médica ambulatoria, siendo menores para los hogares afiliados al programa. Asimismo, respecto al porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud, se encontró que la ocurrencia de este tipo de gasto fue menor entre familias aseguradas con el SP con respecto a familias no aseguradas.

En este sentido, la evaluación de impacto realizada en la fase de expansión del programa muestra que la afiliación al SP evitó que miles de familias pusieran en riesgo su estabilidad financiera por cuestiones de salud (CONEVAL, 2018).

Un estudio de Sosa y colaboradores (2011) tuvo como objetivo estimar el efecto de mediano plazo del SP sobre el gasto catastrófico y el gasto de bolsillo en salud, desagregado en consulta ambulatoria, hospitalización y medicamentos, tanto a nivel hogar como a nivel localidad⁹. Los resultados fueron que a nivel localidad, tanto para las zonas rurales como urbanas, no se detectaron efectos del SP en ninguno de los indicadores analizados¹⁰. A nivel hogar se encontró que el SP tiene un efecto protector en el gasto catastrófico y de bolsillo en consultas ambulatorias, hospitalización y medicamentos en zonas rurales; en cambio, en las zonas urbanas únicamente se encontraron efectos significativos en la reducción del gasto de bolsillo en consultas ambulatorias. Lo anterior sugiere que el SP tiene un efecto en el gasto en salud diferenciado entre zonas rurales y urbanas.

Por su parte, Wirtz y colaboradores (2012) analizaron el efecto en México de la condición de derechohabiente sobre el gasto de bolsillo en medicinas y la proporción gastada en medicamentos del total de recursos disponibles en el hogar¹¹. Se encontró que el gasto de bolsillo en medicinas representa un 66% del gasto total en salud y un 5% de los recursos disponibles en el hogar. También se observó que los hogares con acceso a la seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, Defensa o Marina) tuvieron una probabilidad 28.5% menor de gastar en medicinas, en comparación con los hogares sin seguridad social. Para los hogares con afiliación mixta (donde algunos miembros tenían seguridad social o SP, y otros ninguna afiliación) la probabilidad de gastar en medicinas se redujo en 8%. Sin embargo, no se encontró diferencia en la proporción del gasto en

⁹ Para ello se utilizó la Encuesta de Evaluación de Impacto del SP en tres mediciones 2005, 2006 y 2008, esta encuesta construye conglomerados de control y tratamiento en zonas rurales y urbanas. Para llevar a cabo el análisis a nivel localidad se utilizó el método de diferencias en diferencias y para el nivel hogar se realizó un modelo de efectos fijos con variables instrumentales.

¹⁰ De acuerdo con el documento, la cobertura del SP aumentó tanto en la última medición que es probable que los grupos control y tratamiento se homogeneizaran, y el control como tal dejó de serlo.

¹¹ Para el estudio se realizó un análisis transversal utilizando la ENIGH 2008. Los hogares se agruparon según el tipo de seguro médico del hogar (Seguro Social, SP, mixto o sin afiliación). El gasto de bolsillo para medicamentos y costos de salud, así como la probabilidad de ocurrencia de dicho gasto, se estimaron con modelos de regresión lineal; posteriormente, se calculó la proporción gastada en salud de los recursos disponibles del hogar. El procedimiento de selección de Heckman se utilizó para corregir la autoselección del gasto en salud; se utilizó un procedimiento de coincidencia de puntaje de propensión y un procedimiento alternativo que utiliza variables instrumentales para corregir la heterogeneidad entre hogares con y sin SP.

medicamentos entre hogares beneficiarios del SP y hogares sin seguridad social. En este sentido, la conclusión principal del estudio es que las medicinas son el componente en el que hay mayor gasto en salud, por lo que se recomienda fortalecer el acceso a medicamentos para reducir el gasto de bolsillo de los hogares en México.

El estudio de Ávila y colaboradores (2013) analiza el efecto del SP en el gasto en salud de los hogares beneficiarios (monto gastado, probabilidad de incurrir en gastos en salud y en gastos excesivos en salud)¹². Los resultados muestran que el SP reduce la probabilidad de realizar gastos en salud en 3.6% en los hogares beneficiarios y en hogares beneficiarios con personas enfermas de diabetes o hipertensas, en 7.1%. La probabilidad de incurrir en gastos excesivos de salud disminuye en 36%, y en hogares con enfermos y hospitalizados en 46.5 y 41.7%, respectivamente.

Estos resultados sugieren un efecto protector del SP sobre la vulnerabilidad financiera de sus beneficiarios, sobre todo en hogares con necesidades de salud. Por otro lado, en este estudio se encuentran efectos heterogéneos por nivel socioeconómico y entre áreas urbanas y rurales, ya que hay un menor efecto sobre el gasto excesivo en salud en los hogares más vulnerables, además de que no se encontró efecto en la reducción de la probabilidad de incurrir en gastos en salud en zonas rurales, aunque sí sobre el monto gastado y el gasto excesivo.

A partir de los resultados del estudio de Arenas y colaboradores (2015) no se identifica impacto del programa en el gasto mensual en salud en los hogares beneficiarios, ni en zonas urbanas ni rurales¹³. De manera similar, dicho estudio indica que el SP no ha tenido un impacto significativo en la reducción del gasto catastrófico en salud, ni en la proporción del gasto del hogar en salud.

Asimismo, a principios de 2018 se publicó un estudio de Knaul y otros investigadores¹⁴, que identificó un efecto del SP en disminuir la probabilidad de sufrir gastos empobrecedores.

Finalmente, en 2019 Huffman y Van Gameren publicaron una evaluación para conocer el efecto de la expansión de la cobertura del SP sobre la infraestructura de la Secretaría de Salud, en específico en el número de médicos, personal de enfermería y consultorios. Un rasgo particular de esta evaluación es que la unidad de análisis son las jurisdicciones sanitarias (JS) y se analizaron los efectos de tratamiento cuantil, con lo cual se hizo un análisis de la heterogeneidad de los efectos. Los autores identificaron que hay mayor crecimiento de infraestructura (sobre todo en personal médico y de enfermería) en áreas geográficas donde aumenta mayormente la cobertura del SP, sin embargo, las JS que se beneficiaron más son precisamente las que tenían más infraestructura antes de que empezara el SP. Además, observan que hay menores efectos en las zonas geográficas

¹² Para ello se utilizó la ENSANUT 2012 y se estimó el efecto del programa con el método de pareamiento por puntaje de propensión.

¹³ Este estudio aprovechó los datos longitudinales de la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida de los Hogares (ENNVIH) en sus dos primeras rondas y utilizó el método de Diferencias en Diferencias para estimar el impacto del SP en el gasto en salud.

¹⁴ Para ello se utilizaron las ENIGH de 2004 a 2012 y se emplearon los métodos de pareo por puntaje de propensión y el método de variables instrumentales (para controlar el potencial problema de endogeneidad en la variable de afiliación al SP).

más vulnerables del país (el sureste del país) y por lo cual sugieren la posibilidad de que el programa no cubrió suficientemente esta región.

En general, la mayoría de las evaluaciones de impacto realizadas muestran que el SP tuvo un efecto significativo en la reducción del gasto en salud, sobre todo en los primeros años de operación, pues se mostró eficaz en reducir el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico en los hogares beneficiarios, sobre todo entre los hogares más pobres. Es de destacar que los efectos del SP fueron cada vez menores conforme se extendió su cobertura a más hogares en el país; lo cual puede ser consistente con una mayor presión en la demanda por servicios de salud, sin que esto fuera acompañado de un aumento en la oferta de estos servicios.

De acuerdo con las evaluaciones al SP, fortalecer el acceso a los medicamentos para reducir el gasto de bolsillo era uno de los retos que aún tenía el programa, pues a pesar de que la evidencia sugiere la reducción de gastos en atención médica ambulatoria y hospitalaria, no se encontró evidencia de que el SP redujera el gasto en medicamentos. Por otro lado, en las evaluaciones se observa que hay efectos diferenciados en los hogares urbanos y rurales, sin embargo, las diferencias aún no son claras pues no hay resultados homogéneos al respecto.

Otros indicadores sobre los que se ha medido el efecto del SP son aquellos relacionados con el acceso y uso de servicios de salud, por ejemplo, en el número de visitas a clínicas de salud, el número de consultas y hospitalizaciones, la búsqueda oportuna de atención médica y la atención de salud preventiva.

Al respecto, Sosa y colaboradores (2007) analizan el impacto del SP en la utilización de servicios médicos obstétricos. En dicho estudio, los autores distinguen entre tres sitios mutuamente excluyentes a los que las mujeres embarazadas pueden acudir para ser atendidas durante el parto: unidades de salud acreditadas por el SP, clínicas estatales de la Secretaría de Salud (SSA) no acreditadas por el SP y servicios privados de atención obstétrica (que incluye desde hospitales y clínicas privadas, hasta el servicio de parteras). A partir de este análisis, se encontró que las mujeres beneficiarias tenían una preferencia mucho mayor de dar a luz en una unidad acreditada por el SP en lugar de pagar de su bolsillo por un parto privado.

Al mismo tiempo, la afiliación al SP tuvo el efecto de disminuir la probabilidad de dar a luz en unidades de la SSA no acreditadas por el SP, y en los servicios privados. Sin embargo, la disminución fue mayor en las unidades de la SSA no acreditadas, que en los servicios privados. De acuerdo con los autores, una explicación a esto es que las clínicas estatales no acreditadas por el SP son percibidas como de baja calidad, o bien carecen de instalaciones y equipo adecuado.

Por otra parte, el documento de Madrigal y colaboradores (2008), además de reportar los efectos del SP sobre el gasto en salud, mide los efectos en la utilización y cobertura de los servicios. Al respecto, a nivel conglomerado, encontraron efectos positivos en el porcentaje de partos atendidos en los servicios de la SSA y en el porcentaje de personas con tratamiento para la artritis en la primera cohorte. A nivel hogar, el estudio muestra que los hogares afiliados al SP tuvieron una utilización de servicios más frecuente (3.3 veces al año) que los hogares no asegurados (2.5) y ligeramente menor a la de los hogares con otro

esquema de aseguramiento (3.6). Además, la utilización de servicios en los hogares afiliados al SP muestra cierta tendencia a enfocarse más en medicina preventiva o padecimientos crónicos degenerativos, mientras que los hogares no asegurados tienen un comportamiento que se mantiene apegado a la atención reactiva de problemas agudos de salud.

Los efectos del SP no se limitan a la frecuencia de utilización y al tipo de intervención solicitada sino, quizá más importante, al tipo de proveedor. Los hogares beneficiarios del SP utilizan con mayor frecuencia los servicios de la SSA, es decir, servicios públicos. Asimismo, dicho estudio mostró que la frecuencia con la que los hogares postergan su solicitud de atención médica debido a falta de recursos económicos disminuyó en hogares del grupo de tratamiento, de 33 a 16% entre la primera y segunda medición del indicador, mientras que en el grupo control dicha frecuencia se mantuvo casi constante.

Por otro lado, en 2012 el CONEVAL presentó los resultados de una evaluación de impacto¹⁵ que midió los efectos del SP. En cuanto a la utilización de servicios médicos, el estudio desagrega el indicador en consultas externas y en hospitalizaciones, lo que permite conocer a detalle los tipos de servicios que los beneficiarios del programa demandan con más intensidad y el tipo de proveedor de servicios al que prefieren acudir (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar, servicios de la Secretaría de Salud y privadas).

Se encontró que, en general, el programa no ha tenido un impacto en el número de hospitalizaciones totales ni en el de consultas externas totales, excepto para mujeres de origen urbano, quienes aumentaron el número de consultas externas como resultado del programa. En particular, se observó que, para el caso de mujeres en el ámbito urbano, el SP aumentó el número de consultas en los centros de la SSA; mientras que, para el caso de mujeres en el ámbito rural, redujo el número de consultas en instituciones del ISSSTE, Pemex, la Sedena o la Semar.

Para el caso de los hombres, el SP también aumentó el número de consultas en los centros de la SSA en el ámbito urbano; mientras que en el ámbito rural aumentó el uso de servicios de hospitalización en centros de la SSA. En general, la evaluación sugiere que, al menos en su fase inicial, el programa incentivó el uso de servicios de la SSA y desincentivó el de los servicios del IMSS. Por último, en cuanto a la demanda de servicios en instituciones privadas, no se encuentra ningún impacto del programa.

Finalmente, el estudio de Rivera y colaboradores (2019) tuvo como objetivo determinar el efecto del SP en el uso de la atención preventiva para la detección temprana de diabetes, hipertensión, cáncer de mama y cáncer de cuello uterino entre personas beneficiarias de bajos ingresos de 50 años o más¹⁶. El estudio encontró que el SP no ha tenido un efecto

¹⁵ Para la evaluación se usó el método de emparejamiento por puntajes de propensión (PSM, por sus siglas en inglés) con diferencias en diferencias (DD). En el análisis, el grupo de tratamiento incluye a todas las personas que residen en hogares en donde al menos uno de sus miembros indicó estar afiliado al SP en la ENNViH 2005. Para el análisis urbano, la definición del tratamiento a la que se recurre en este análisis clasifica en el grupo de beneficiarios del programa a las mujeres de entre 20 y 65 años de edad, grupo etario con mayor probabilidad de participar en el mercado laboral, que residen con al menos una persona que esté afiliada al SP. Dado que el programa da prioridad a la inscripción de familias de bajos recursos que viven en zonas rurales, el análisis presenta los resultados por región, urbano y rural, tanto a nivel hogar como individual.

¹⁶ El análisis se realizó con las ENSANUT de 2000, 2006 y 2012, empleando el método de variables instrumentales.

significativo en el uso de los servicios preventivos en personas adultas beneficiarias, por lo que se necesitan mayores esfuerzos para impulsar la atención preventiva entre la población de menores recursos.

En general, el SP parece haber tenido un efecto moderado en mejorar el acceso y uso de servicios de salud en la población beneficiaria. Tuvo un efecto positivo en el número de partos atendidos en las unidades patrocinadas por el SP y aumentó el uso de servicios ambulatorios en los centros de salud de la SSA, pero únicamente en las zonas urbanas. El menor impacto del SP en zonas rurales, algo que varios estudios han reportado, puede deberse a las distancias entre los hogares y los centros de salud, a la falta de acceso a los centros o a problemas de suministro de medicamentos, lo que desincentivaría su uso (Ávila *et al.*, 2013).

Por otro lado, el SP redujo la frecuencia con la que los hogares postergan la solicitud de atención médica debido a la falta de recursos. Sin embargo, se observó también que el programa no logró aumentar la atención preventiva para la detección temprana de enfermedades. Por lo que promover la atención y detección temprana es un reto todavía pendiente.

Una discusión frecuente en torno a los efectos del SP ha sido si éste puede o no promover que las personas beneficiarias permanezcan en el sector informal o bien desincentivar su acceso al sector formal.

Al respecto, Campos y colaboradores (2010) muestran que en municipios con y sin SP se observó una tasa de empleo en el sector formal decreciente desde 2001 y concluyen que el SP no tiene efectos sobre la tasa de empleo en el sector formal, ni en la probabilidad de pasar del sector formal al informal.

Por otro lado, Reyes Aterido y colaboradores (2011) analizaron si el SP había tenido impacto sobre los incentivos de los trabajadores a operar en el sector informal, teniendo en cuenta que la cobertura del programa depende no solo de la situación laboral del individuo, sino también de la de otros miembros del hogar. El análisis encuentra que el programa redujo la formalidad entre 0.4 y 0.7 puntos porcentuales y el efecto ocurre en gran medida a los pocos años de la introducción del programa; en lugar de alentar la salida del sector formal, de acuerdo con este estudio, el SP se asocia con una reducción de 3.1 puntos porcentuales en la entrada de trabajadores a la formalidad.

Este estudio también explora si dentro de los hogares las personas tienen diferentes incentivos para transitar a la informalidad, dependiendo de su posición en el hogar. Dicho factor es relevante debido a que la cobertura del seguro por relación laboral (IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena o Semar) a empleados del sector formal se extiende a los dependientes elegibles de un contribuyente. Se identificó que el SP afecta la formalidad de manera diferente en cada miembro del hogar, disminuyendo más la formalidad en las parejas de las personas jefas de familia si éstas últimas tienen seguridad social. Es decir, una persona tiene menos incentivos a tener un empleo con seguridad social si su pareja tiene ya seguridad social que pueda expandirse a otros miembros del hogar. Esto sería consistente

con la idea de que más que ser sustitutos, el SP y la seguridad asociada a la relación laboral operaban como beneficios complementarios para las familias.

En cuanto a los efectos sobre la transición entre tipos de empleos, este estudio encuentra que, tras la introducción del SP, hay una reducción en el flujo que va de los asalariados informales a asalariados formales. Asimismo, hay reducción en el flujo que va del autoempleo al trabajo formal y también en el flujo de "inactividad" y desempleo, al empleo asalariado formal. Asimismo, los autores encontraron que los efectos del SP en disminuir la participación en el sector formal son más importantes para los hogares cuyo jefe de hogar tiene bajo nivel educativo (tanto para los hogares con jefatura masculina como femenina), en hogares más grandes y cuando hay alguien más en el hogar que garantice la cobertura a la seguridad social.

Por otro lado, la evaluación realizada por el CONEVAL (2013), midió el impacto del programa en el mercado laboral a través del acceso al empleo formal, el cambio en las horas trabajadas en el sector formal y en el nivel de cobertura del IMSS. El análisis atiende la preocupación planteada en otros estudios de que el programa puede inducir un movimiento de trabajadores del sector formal al informal y afectar así los niveles de recaudación fiscal y poner en riesgo la viabilidad del programa (Levy, 2008). Sin embargo, los autores señalan que este movimiento dependería, entre otros factores, de la percepción de los usuarios de la calidad de los servicios de salud que ofrece el SP en comparación con otras instituciones y de los costos asociados a cada alternativa.

Al medir el empleo formal se encontró un efecto negativo del SP para las mujeres en el ámbito urbano y para hombres en el ámbito rural, mientras que no se encontró efecto sobre el empleo formal de hombres en el ámbito urbano, lo anterior enfocándose en la relación laboral para identificar el estatus de formalidad en el empleo¹⁷. Respecto a las horas trabajadas en el sector formal, la evaluación indica que el programa no ha tenido ningún efecto.

Finalmente, a manera de conclusión preliminar, a partir de la revisión de evidencia disponible del SP, es posible identificar hallazgos relevantes de la implementación de este programa. En primer lugar, la evaluación de impacto del SP de 2008 mostró que, al menos, en los primeros años de operación del programa, se identificaron efectos en el gasto en salud, tanto en el gasto de bolsillo como en el gasto catastrófico en los hogares beneficiarios y sobre todo en los hogares más pobres, lo cual sugiere que la intervención evitó que miles de familias pusieran en riesgo su estabilidad financiera por cuestiones de salud.

¹⁷ Para definir la informalidad, con los datos disponibles en la ENNVIIH 2002-2005, se siguió un criterio de ausencia de prestaciones sociales y laborales, así, se consideraron como trabajadores formales a las personas que trabajaron, en los doce meses anteriores a la fecha en la que se realizó la encuesta, en algún negocio (familiar o no familiar), como obreros o empleados en el sector no agropecuario, o como empleados en el sector agropecuario; como trabajadores informales se consideraron a trabajadores y campesinos por cuenta propia, empleadores y propietarios de un negocio (en su conjunto "trabajadores por cuenta propia") (Coneval, 2013).

Sin embargo, la evidencia generada en años posteriores sugiere que estos efectos no se mantuvieron en el tiempo, lo cual es consistente con el aumento del gasto catastrófico observado entre 2010-2018 y con el aumento vertiginoso de la afiliación al SP.

En segundo lugar, el acceso a los medicamentos para reducir el gasto de bolsillo era uno de los retos pendientes del SP; no se encontró evidencia de que el SP redujera el gasto en medicamentos, lo cual es congruente con un aumento en la proporción que este gasto representa del gasto de bolsillo en salud, entre 2010 y 2018.

En tercer lugar, sobre el acceso y uso de los servicios de salud, el SP parece haber tenido un efecto moderado; contribuyó a reducir la frecuencia en que los hogares postergan la atención médica por falta de recursos, pero no se identifican efectos en el uso de servicios de salud preventivos, además de que aumentó el uso de servicios ambulatorios en los centros de salud de la SSA, pero únicamente en las zonas urbanas.

En cuarto lugar, el efecto del SP en el empleo formal no es concluyente, aunque sí se identificó evidencia asociada a desincentivar el flujo de trabajadores del sector informal al formal.

Diagnóstico del acceso y uso efectivo de los servicios de salud para los afiliados al Seguro Popular al cierre del programa

De acuerdo con el CONEVAL, una persona se encuentra en 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. 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. El cálculo de esta carencia se ha llevado a cabo considerando al SP, las instituciones públicas de seguridad social o los servicios médicos privados.

La carencia por acceso a los servicios de salud ha disminuido de manera pronunciada en los últimos años. Sin embargo, la afiliación es tan solo 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, por ejemplo, si se obtiene atención, si esta es de calidad y si, consecuentemente, se atienden los problemas de salud, independientemente de factores como el ingreso, la residencia, la condición laboral o étnica. Por ello, con el fin de aportar información en torno al ejercicio del derecho a la salud y su evolución, en este apartado se presentan indicadores que buscan aproximar una medición del acceso y uso efectivos de los servicios de salud.

En 2014, el CONEVAL publicó el documento Indicadores de Acceso y Uso Efectivo para los usuarios del Seguro Popular, con el objetivo de dar seguimiento al programa a partir de indicadores asociados con la disponibilidad, accesibilidad, utilización y calidad de los servicios de salud que recibía esta población. En este sentido, ante el cierre del SP en 2019 y para informar las condiciones en que este programa termina su operación, este apartado presenta una actualización de los indicadores anteriores, con énfasis en las personas afiliadas al SP.

De esta manera, se calcularon los indicadores del cuadro 5¹⁸, asociados al acceso y uso efectivo a la salud, entendiéndolo como la posibilidad de obtener atención en salud cuando se requiere y que esta sea independiente de características como el ingreso, el lugar de residencia, la condición laboral o la pertenencia a un grupo étnico o minoría.

¹⁸ La construcción de los indicadores, de manera similar a la publicación de 2014, se realizó con información proveniente del Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (MCS-ENIGH) del 2008 al 2014 y del Modelo Estadístico para la continuidad del MCS-ENIGH 2016 y 2018, del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI); de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) de 2006, 2012 y 2018, del Instituto Nacional de Salud Pública; de las bases de datos de recursos en salud (humanos, físicos, materiales y financieros) de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud 2012-2017, producidas por el Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), del Sistema de Información de la Secretaría de Salud y los Datos Abiertos de la Secretaría de Salud.

Cuadro 5. Indicadores asociados a las dimensiones del acceso y uso efectivo a los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular

Dimensión asociada	Atributo	Indicador	Fuente	Años disponibles
Disponibilidad	Recursos físicos y materiales	Establecimientos de salud por cada mil personas afiliadas	SINAIS MCS- ENIGH	2012-2017 2008-2018
		Camas censables disponibles por cada mil personas afiliadas	SINAIS MCS- ENIGH	2012-2017 2008-2018
		Camas no censables disponibles por cada mil personas afiliadas	SINAIS MCS- ENIGH	2012-2017 2008-2018
		Otro equipo médico disponible por cada mil personas afiliadas ¹	SINAIS MCS- ENIGH	2012-2017 2008-2018
	Recursos humanos	Personal médico en contacto con pacientes por cada mil personas afiliadas	SINAIS MCS- ENIGH	2012-2017 2008-2018
		Personal de enfermería en contacto con pacientes por cada mil personas afiliadas	SINAIS MCS- ENIGH	2012-2017 2008-2018
Accesibilidad	Física	Tiempo promedio de traslado al hospital la última vez que se tuvo una emergencia	MCS- ENIGH	2008-2012
		Tiempo promedio de traslado al hospital en caso de presentarse una emergencia	MCS- ENIGH	2008-2018
Utilización	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	2008-2018
	Atención a la demanda de servicios	Porcentaje de personas que reportan sí haber recibido atención a sus problemas de salud ² en los últimos doce meses ³	MCS- ENIGH	2008-2018
		Porcentaje de personas que reportan haber recibido atención a sus problemas de salud en las últimas dos semanas	ENSANUT	2006, 2012 y 2018
		De las personas que recibieron atención por sus problemas de salud, porcentaje de personas que sí fueron atendidas por personal de salud	ENSANUT	2006, 2012 y 2018
		Porcentaje de personas hospitalizadas en el último año	ENSANUT	2006, 2012 y 2018
		Porcentaje de personas cuya hospitalización fue en instalaciones de la Secretaría de Salud, así como en unidades de seguridad social	ENSANUT	2006, 2012 y 2018
	Calidad	Atención a la salud	Porcentaje de personas que no fueron atendidas al presentar un problema de salud	MCS- ENIGH
Motivo por el que las personas no fueron atendidas al presentar un problema de salud			MCS- ENIGH	2014-2018

Dimensión asociada	Atributo	Indicador	Fuente	Años disponibles
Hospitalización		Motivo por el que las personas no buscaron atención al presentar un problema de salud	MCS-ENIGH	2014-2018
		Porcentaje de personas hospitalizadas que consideran muy buena o buena la calidad del servicio durante su hospitalización	ENSANUT	2006, 2012 y 2018
		Porcentaje de personas que no regresarían al lugar de hospitalización	ENSANUT	2006, 2012 y 2018

Fuente: Elaborado por el CONEVAL.

1/ El 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.

2/ Se entiende por problemas de salud la existencia de una enfermedad o padecimiento de algún dolor, malestar o accidente que le haya impedido al individuo realizar sus actividades cotidianas.

3/ Este porcentaje proviene del grupo de individuos que declaran haber presentado problemas de salud en los últimos doce meses. A partir de 2014 se cuestiona sobre la última vez que se sufrió de enfermedad o padecimiento.

A continuación, se analizan los indicadores anteriores¹⁹, lo cual permite aproximar el diagnóstico del acceso y uso efectivo, así como la identificación de elementos que contribuyen al ejercicio del derecho a la salud y factores que podrían inhibirlo.

a) Indicadores asociados a la disponibilidad de los servicios de salud

Respecto a la disponibilidad de los servicios de salud, la fuente primaria de información es el SINAIS. A partir de este, se obtiene información respecto de los 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 SP se otorgaba 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 con la que contaban los afiliados al SP, se puede medir a través de los servicios disponibles en este rubro. El cuadro 6 contiene los datos correspondientes a los indicadores de disponibilidad a nivel nacional para la población que se encontraba afiliada al SP.

Cuadro 6. Indicadores sobre disponibilidad de los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular, 2008-2018

Indicador	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Establecimientos de salud por cada mil afiliados al Seguro Popular						
Unidades de consulta externa	0.59	0.39	0.30	0.27	0.26	0.27
Unidades de hospitalización	0.03	0.02	0.02	0.01	0.01	0.01

¹⁹ El cálculo de los indicadores presentados en este documento considera la precisión de las estimaciones, dadas las desagregaciones que se realizan en varios de ellos, por lo que el Anexo 2 presenta las estimaciones y sus correspondientes coeficientes de variación, que permiten tener mayores elementos sobre la confiabilidad en la precisión de las estimaciones.

Indicador	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Camas censables disponibles por cada mil afiliados al Seguro Popular	1.63	1.08	0.79	0.75	0.70	0.73
Camas no censables disponibles por cada mil afiliados al Seguro Popular	1.22	0.79	0.49	0.52	0.51	0.52
Equipo médico disponible por cada mil afiliados al Seguro Popular						
Incubadoras	0.09	0.06	0.06	0.06	0.03	0.07
Quirófanos	0.07	0.05	0.04	0.04	0.03	0.04
Salas de expulsión	0.20	0.13	0.08	0.06	0.04	0.03
Bancos de sangre	0.01	0.00	N/D	N/D	0.00	0.00
Laboratorios de análisis clínico	0.04	0.03	0.02	0.02	0.02	0.03
Equipos de mamografía	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
Unidades de hemodiálisis	N/D	N/D	0.01	0.00	0.00	0.01
Equipo de ultrasonido	N/D	N/D	N/D	0.02	0.02	0.03
Personal médico en contacto con pacientes por cada mil afiliados al Seguro Popular	3.41	2.31	1.87	1.90	1.87	2.03
Personal de enfermería en contacto con paciente por cada mil afiliados al Seguro Popular	4.49	3.13	2.57	2.67	2.72	2.99

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con datos del SINAIS y en el MCS-ENIGH de 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

Establecimientos de salud

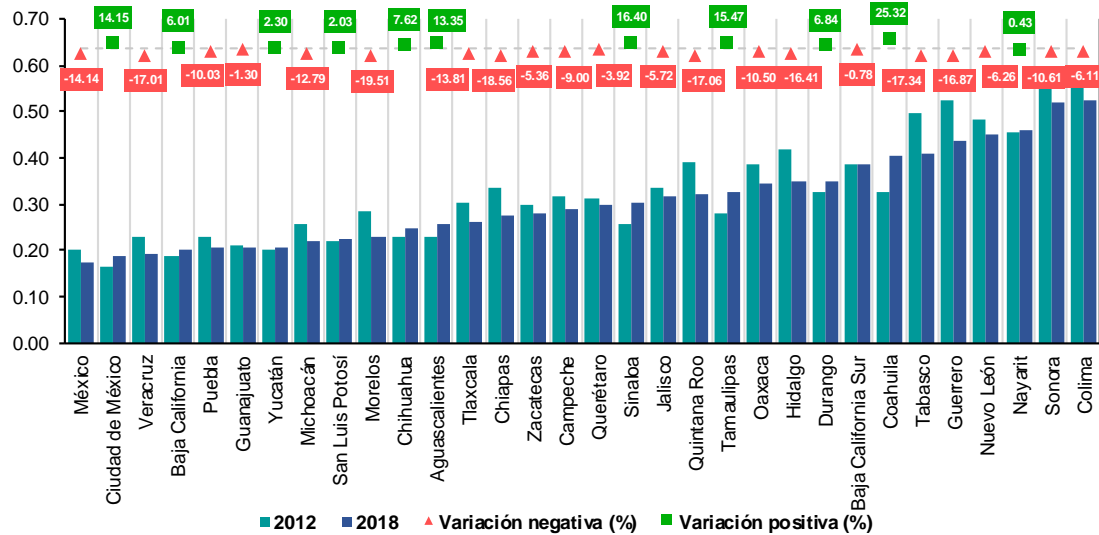
El número de unidades para consulta externa y hospitales constituye una medida para conocer el nivel de disponibilidad del sistema de salud. Las unidades para consulta externa incluyen consultorios rurales, consultorios urbanos, centros avanzados de atención primaria a la salud, centros de salud con 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

A nivel nacional, el promedio de unidades para consulta externa por cada 1,000 afiliados al SP disminuyó de 2008 a 2018, al pasar de 0.59 a 0.27 unidades (ver cuadro 6), principalmente por el crecimiento tan acelerado de los afiliados al SP en este periodo. Adicionalmente, en 2018, 13 entidades federativas se ubicaron por debajo del promedio nacional en términos de unidades para consulta externa disponibles por cada 1,000 afiliados al SP, siendo el Estado de México, Ciudad de México y Veracruz las entidades con el peor desempeño en este indicador (0.174, 0.189 y 0.191, respectivamente).

Asimismo, haciendo una comparación entre 2012 y 2018, a nivel estatal, la mayoría de los afiliados al SP en 2018 tuvieron una menor disponibilidad de unidades para consulta externa (ver gráfica 6), ya que la variación durante este periodo de análisis fue negativa para 21 entidades. Cabe destacar que, de estas, solamente Guanajuato, Querétaro y Baja California Sur tuvieron una variación negativa de menos de 5%. Por el contrario, de las 11 entidades con una variación positiva, Coahuila fue el estado con el mayor incremento en el número de unidades para consulta externa por cada mil personas afiliadas al SP (25.32%), seguido por Sinaloa y Tamaulipas con una variación positiva de más de 15%.

Gráfica 6. Unidades de consulta externa por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el SINAIS, el MCS-ENIGH de 2012 y el MEC del MCS-ENIGH 2018.

La entidad federativa con el mayor número de unidades para consulta externa por cada mil personas afiliadas al SP en 2012 fue Sonora con 0.58, sin embargo, hasta 2018 este estado tuvo una variación negativa de -10.61%, registrando en este último año 0.52 unidades, lo que lo ubica en 2018 como el segundo estado con mayor número, justo después de Colima (0.53).

Hospitales

Para calcular la relación entre hospitales y personas que estuvieron afiliadas al SP, en el ámbito estatal, fueron considerados hospitales generales, integrales, especializados y psiquiátricos.

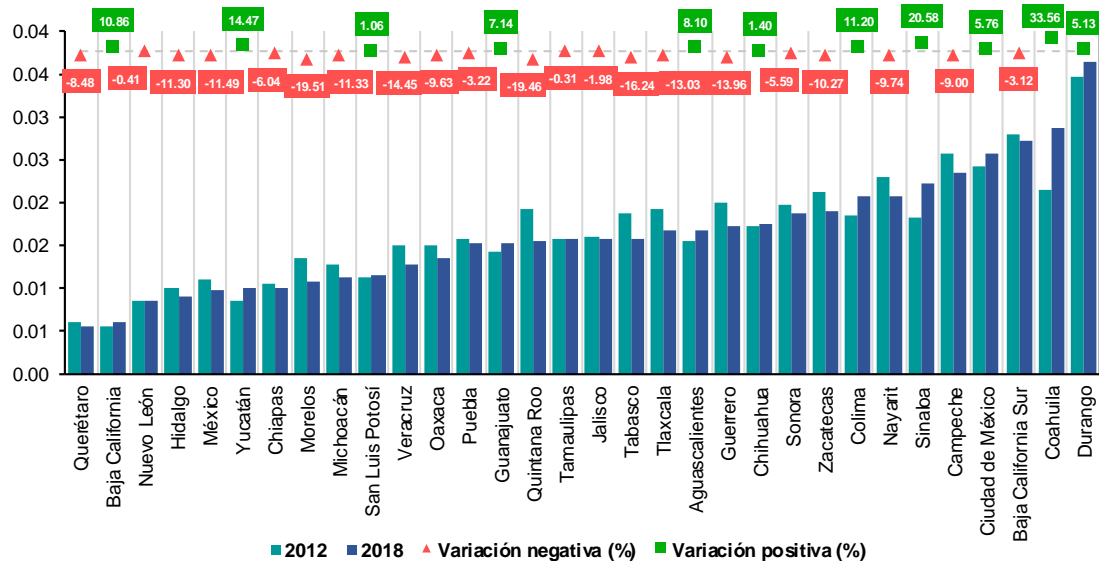
De acuerdo con datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)²⁰, en México existían 0.01 y 0.011 hospitales públicos por cada mil habitantes en 2008 y 2018, respectivamente, lo que indica un comportamiento constante del indicador durante este periodo. Sin embargo, al observar el número de hospitales respecto a los afiliados al SP, el indicador se reduce en más de la mitad, al pasar de 0.03 a 0.01 en 2008 y 2018, respectivamente.

Si se compara la evolución del indicador de 2012 a 2018 por entidad federativa, nuevamente se observa que, en promedio, debido al gran número de nuevos afiliados en esos años, se tiene un menor nivel del indicador en la mayoría de las entidades federativas. Particularmente, solo Durango, Coahuila, Ciudad de México, Sinaloa, Colima, Chihuahua, Aguascalientes, Guanajuato, San Luis Potosí, Yucatán y Baja California registraron, en este periodo, una variación positiva de hospitales por cada mil personas afiliadas al SP. En este

²⁰ OCDE, 2020. Datos consultados el 7 de mayo de 2020 en <https://stats.oecd.org/>

sentido, el estado que tuvo la variación más importante fue Coahuila, con cerca de 33.56% de aumento en la disponibilidad de unidades de hospitalización, seguido por Sinaloa con 20.58%. Sin embargo, en términos absolutos, tanto en 2012 como en 2018, la entidad con mayor número de hospitales por cada mil afiliados al SP fue Durango (0.03 y 0.04, respectivamente).

Gráfica 7. Hospitales por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el SINAIS, el MCS-ENIGH de 2012 y el MEC del MCS-ENIGH 2018.

En 21 entidades se registró una disminución en el indicador de 2012 a 2018, de las cuales Tabasco, Morelos y Quintana Roo registraron una variación negativa de más de 15%, siendo Morelos el estado con la disminución más importante (-19.51%). Sin embargo, Querétaro y Baja California fueron los estados con menor disponibilidad de hospitales por cada mil personas afiliadas al SP tanto en 2012 como en 2018.

Camas 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. Aunque ambas medidas indican la capacidad de atender pacientes en los hospitales, tienen ciertas diferencias.

En primer lugar, 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 particulares de estas camas es que generan un egreso hospitalario (NOM-035-SSA3-2012).

Una manera de dimensionar las variaciones en el número de camas disponibles es examinando la información reportada para México por la OCDE²¹. Según esta fuente, en el

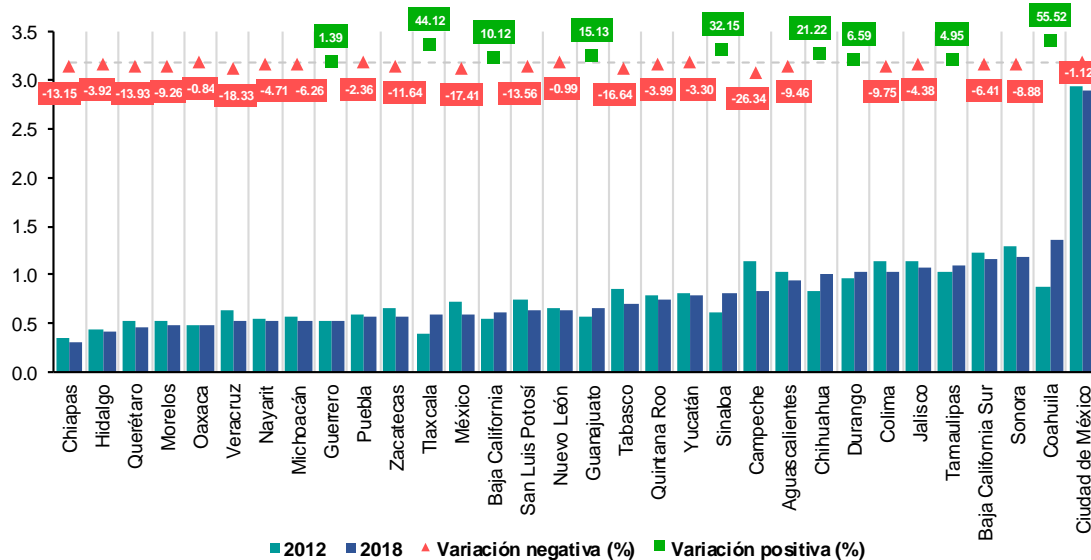
²¹ OCDE, 2019. Datos consultados el 20 de julio de 2020 en <https://stats.oecd.org/>

país el número de camas de hospitales por cada mil personas ha sido decreciente, en 2008 se reportaron 1.03 y en 2018 0.98. Asimismo, al comparar entre los países miembros, en 2018, México se situó en el último lugar del grupo²², debajo de Colombia, que tenía 1.71. El país con más camas hospitalarias por cada mil habitantes fue Japón, con 12.98, y el promedio de todos los países fue de 4.50 camas hospitalarias por cada mil habitantes²³.

Estos datos indican²⁴ que, desde 2008, existen 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 5.91 camas por cada mil habitantes) como en la parte baja (Reino Unido, con 2.50 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 médicos.

En este contexto, el promedio de camas censables disponibles por cada mil afiliados al SP a nivel nacional, también disminuyó de 2008 a 2018, al pasar de 1.63 a 0.73 unidades respectivamente.

Gráfica 8. Camas censables por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el SINAIS, el MCS-ENIGH de 2012 y el MEC del MCS-ENIGH 2018.

En relación con el indicador, a nivel estatal, destaca que la Ciudad de México contó con más del doble que el segundo lugar en dicha métrica en todo el periodo²⁵. No obstante, la

²² Los países de la OCDE para los cuales se tienen datos de camas hospitalarias, ordenados de mayor a menor de acuerdo con esta variable en 2018, son Japón, Corea, Austria, Hungría, República Checa, Polonia, Lituania, Francia, Eslovaquia, Bélgica, Letonia, Suiza, Estonia, Luxemburgo, Eslovenia, Grecia, Finlandia, Noruega, Portugal, Países Bajos, Italia, Israel, Irlanda, España, Islandia, Turquía, Nueva Zelanda, Canadá, Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Chile, Colombia y México.

²³ Ídem.

²⁴ 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.

²⁵ Mientras que en 2012 Sonora fue la segunda entidad con mejor desempeño en este indicador, en 2018 fue Coahuila.

variación del indicador para Ciudad de México registró una disminución de -1.13%. Por su parte, los tres estados con menos camas censables en 2012 fueron Chiapas, Tlaxcala e Hidalgo, y en 2018, Chiapas, Hidalgo y Querétaro.

Cabe destacar que, durante este periodo, en nueve entidades se registró un aumento en el indicador, siendo Tlaxcala, Baja California, Guanajuato, Sinaloa, Chihuahua y Coahuila, las entidades que registraron un crecimiento positivo notable, al presentar variaciones de más de 10%. Sin embargo, en general, de 2012 a 2018 se observa una disminución del promedio de camas censables por cada mil afiliados al SP en todo el país.

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

En 2008, a nivel nacional, se contaba al menos con una cama no censable por cada mil afiliados al SP (1.22), para 2018, el número de camas no censables disponibles era de 0.52. Del análisis por entidad federativa se identifica que, tanto en 2012 como en 2018, solo dos estados disponían al menos de una cama no censable por cada mil afiliados.

En este indicador, Colima encabezó la lista entre 2012 y 2018, pero la diferencia con el segundo lugar no fue tan amplia. Por su parte, mientras que San Luis Potosí, Durango y Nuevo León fueron las entidades que menos camas no censables tenían en 2012, con 0.23, 0.26 y 0.27, respectivamente, en 2018 lo fueron Veracruz, Nuevo León y Chiapas, con 0.25, 0.27 y 0.28 camas, respectivamente. Asimismo, entre 2012 y 2018, 21 estados tuvieron una variación positiva de camas no censables, siendo San Luis Potosí el estado con una variación significativa de más de 96%, seguido de Yucatán con cerca de 92%. Por otro lado, de los 11 estados con una variación negativa, Morelos tuvo una menor disponibilidad de camas no censables al tener una disminución de 23.80%.

Equipo médico disponible

En cuanto a la disponibilidad de equipo médico, se observa también que, aunque el número absoluto de los equipos médicos creció entre 2008 y 2018, las personas afiliadas lo hicieron de una forma más acelerada, de forma tal que, para 2018, se registró una menor cantidad de equipo médico por cada mil afiliados.

Particularmente, el número total de incubadoras pertenecientes a la Secretaría de Salud pasó de 1,943 en 2008 a 3,494 en 2018. Asimismo, se registró un aumento en el número total de quirófanos, al pasar de 1,544 a 1,877 durante el mismo periodo. No obstante, el número de salas de expulsión disminuyó, pasando en los años de observación 2008 y 2018 de 4,318 a 1,430. Mientras que el número de bancos de sangre pasó de 124 a 144 y el de laboratorios de análisis clínicos de 902 a 1,368, respectivamente.

Al hacer un análisis del equipo médico por cada mil afiliados al SP es posible observar una disminución en la disponibilidad de estos. Por ejemplo, las incubadoras disponibles por cada mil afiliados al SP pasaron de 0.09 a 0.07, entre 2008 y 2018; los quirófanos pasaron

de 0.07 a 0.04 durante este mismo periodo; las salas de expulsión disminuyeron de 0.20 a 0.03 también durante este mismo periodo. Esta tendencia decreciente puede observarse en el número de bancos de sangre, de laboratorios de análisis clínico, de equipos de mamografía y de ultrasonido, así como de unidades de hemodiálisis disponibles por cada mil personas afiliadas al SP. La información gráfica de estos indicadores en el orden federal se muestra en el Anexo 1.

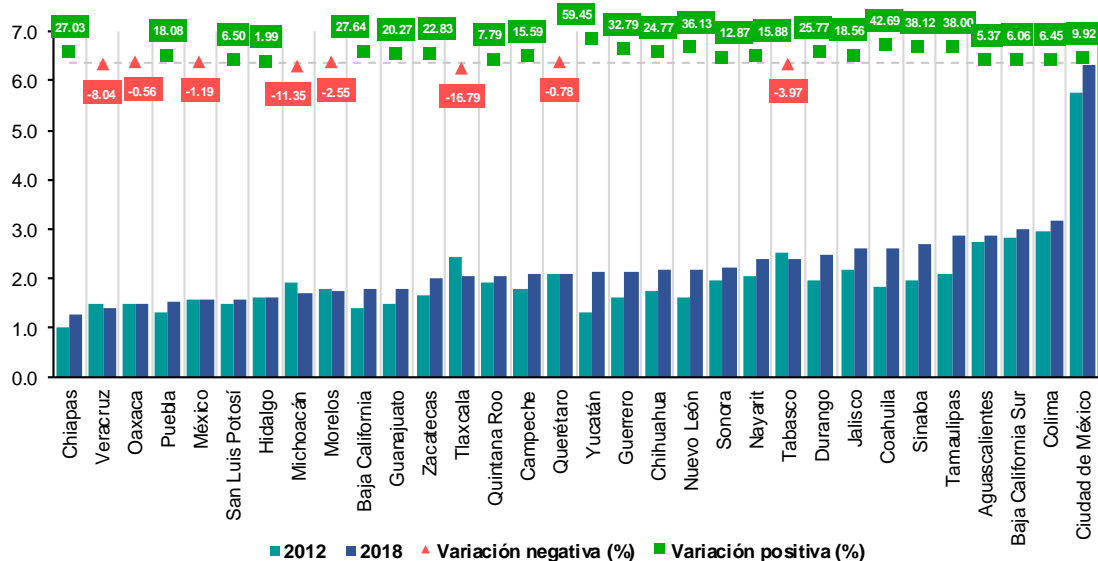
Personal médico y de enfermería en contacto con pacientes

La disponibilidad de recursos humanos en contacto con pacientes por cada mil personas afiliadas al SP se redujo de manera importante. En particular, destaca la reducción relativa del personal médico y de enfermería respecto al número de afiliados que se experimentó entre 2008 y 2010, puesto que, para este año, el número de personal médico por cada mil personas afiliadas al SP se redujo significativamente, pasando de 3.41 a 2.31, mientras que el número de personas enfermeras pasó de 4.49 a 3.13, respectivamente.

Si bien la disminución más pronunciada se registró entre 2008 y 2010, en los años posteriores puede observarse una ligera tendencia creciente, en 2012 el número de personal médico fue de 1.87, llegando hasta 2.03 en 2018. Por su parte, el indicador correspondiente al personal de enfermería, en estos mismos años, fue de 2.57 y 2.99, respectivamente.

Los datos estatales entre 2012 y 2018, referentes al personal médico (ver gráfica 9), revelan tendencias similares a las encontradas para consultorios y camas de hospitales. Mientras que Chiapas, Veracruz y Oaxaca fueron las entidades con menor disponibilidad por cada mil afiliados al SP, la Ciudad de México se posicionó en el primer sitio.

Gráfica 9. Personal médico en contacto con pacientes y en otras actividades por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular, 2012-2018



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el SINAIS, el MCS-ENIGH de 2012 y el MEC del MCS-ENIGH 2018.

Asimismo, cabe señalar que la variación de personal médico por cada mil personas afiliadas entre 2012 y 2018 por entidad federativa fue negativa solamente para ocho estados. De la misma manera, mientras que Yucatán y Coahuila registraron las variaciones positivas más importantes (59.45 y 42.69%, respectivamente) en el periodo, Tlaxcala y Veracruz fueron los estados con la mayor disminución, al registrar variaciones equivalentes a -16.79% y -8.04%, respectivamente.

Respecto a la disponibilidad del personal de enfermería en contacto con pacientes, el promedio de la OCDE²⁶ en 2018 fue de 8.85 personas enfermeras²⁷ por cada mil habitantes. México se situó en el penúltimo lugar del grupo con 2.87 personas enfermeras por cada mil habitantes²⁸, solo por encima de Turquía, que registró 2.34. Para el mismo año, a nivel nacional el número de personas enfermeras en contacto con pacientes por cada mil afiliados al SP fue de 2.47.

La gráfica 10 del anexo muestra a nivel estatal el número de personas enfermeras en contacto con pacientes por cada mil afiliados al SP, entre 2012 y 2018. Al igual que los médicos, la Ciudad de México ocupa el primer lugar, mientras que Oaxaca, Veracruz y Michoacán son las entidades con una menor disponibilidad de personal de enfermería. La variación de 2012 a 2018 fue negativa para Veracruz, Michoacán, Morelos, Tlaxcala y Tabasco, siendo estos dos últimos los que registraron los cambios más importantes (-13.81% y -10.67%, respectivamente), mientras que los estados que tuvieron variaciones positivas mayores fueron Coahuila (80.13%), Yucatán (78.53%), Sinaloa (53.96%), Zacatecas (51.91%) y Guerrero (51.76%).

En resumen, ya sea que se analicen los recursos físicos o humanos, de 2008 a 2018, los indicadores evidencian una disminución en la disponibilidad de servicios de salud para afiliados al SP. Nuevamente, esto es consistente con el hecho de que mientras la población afiliada continuó aumentando, la infraestructura y los recursos humanos no se incrementaron en proporción similar, aun cuando se observa una tendencia creciente en los recursos, sobre todo humanos.

b) Indicadores asociados a la accesibilidad a los servicios de salud

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. Este indicador da cuenta de las dificultades que enfrentan las personas para tener acceso a los servicios de salud de manera oportuna.

Los hogares encuestados en la ENIGH 2008, 2010 y 2012 fueron interrogados acerca del tiempo que les tomó llegar a un hospital la última vez que tuvieron una emergencia o, en su

²⁶ OCDE Data, 2018. Datos consultados el 11 de mayo de 2020 en <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm#indicator-chart>

²⁷ Se considera como personas enfermeras activas en contacto con pacientes, el personal de enfermería independiente, el profesionalmente activo (incluyendo el que trabaja en la investigación), el auxiliar de enfermería y las personas parteras.

²⁸ Los países de la OCDE para los cuales se tienen datos del número de personas enfermeras, ordenados de mayor a menor de acuerdo con esta variable en 2018, son Noruega, Suiza, Islandia, Alemania, Irlanda, Australia, Estados Unidos, Japón, Francia, Nueva Zelanda, Eslovenia, Dinamarca, Canadá, República Checa, Lituania, Reino Unido, Corea, Portugal, Austria, Italia, Hungría, Estonia, España, Eslovaquia, Israel, Letonia, Grecia, México y Turquía.

defecto, una estimación del tiempo necesario para llegar al hospital en caso de experimentar una emergencia. No obstante, a partir de 2014, el cuestionario de la ENIGH solo indaga sobre el tiempo estimado de traslado al hospital en caso de experimentar una emergencia (ver cuadro 7).

Cuadro 7. Indicadores sobre accesibilidad a los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular, 2008-2018

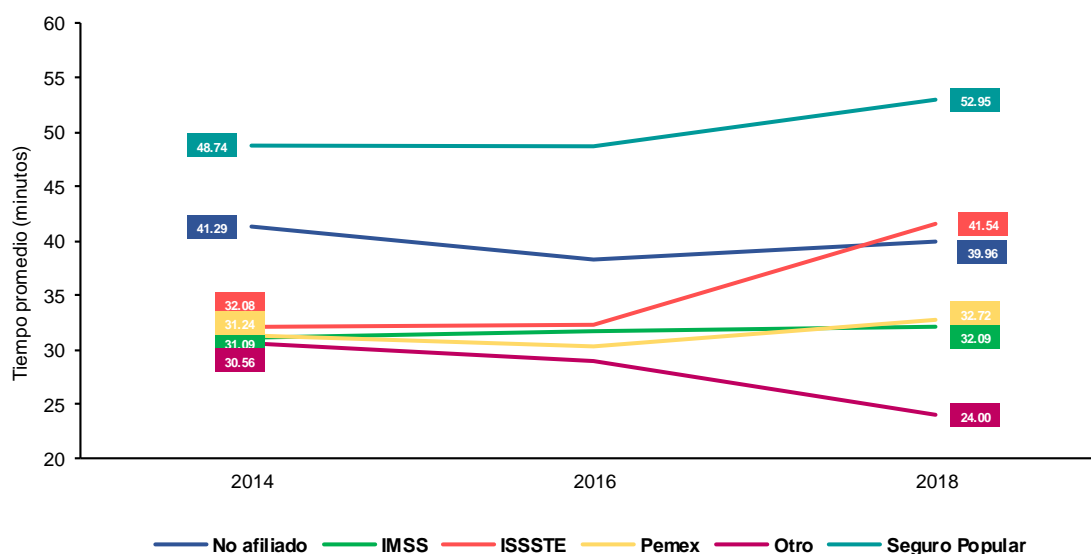
Indicador	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Tiempo promedio de traslado al hospital la última vez que se tuvo una emergencia (minutos)	58.80	58.70	52.76	N/D	N/D	N/D
Tiempo promedio estimado de traslado al hospital en caso de presentarse una emergencia (minutos)	51.82	57.97	47.81	N/D	N/D	N/D
Tiempo promedio de traslado al hospital (minutos)	57.00	58.50	51.47	48.74	48.67	52.95

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH de 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

Si bien existe un cambio importante en el cuestionario de la ENIGH que dificulta la comparabilidad del indicador en el periodo de estudio, sobresale que el tiempo reportado en 2018 se encuentra en un nivel similar a los tres indicadores de 2008. Lo anterior sugiere que la población que se encontraba afiliada al SP, en promedio, se enfrentó a las mismas barreras de tiempo requerido para el traslado durante este periodo.

Con el propósito de contextualizar los datos anteriores, la gráfica 10 muestra el cálculo de este mismo indicador para las distintas instituciones de servicios de salud en México.

Gráfica 10. Tiempo promedio de traslado al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación, 2014-2018²⁹



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH de 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

²⁹ La información se reporta desde 2014 debido a un cambio en el cuestionario de la ENIGH después del 2012, lo cual no permite preservar la comparabilidad en el tiempo.

En la gráfica 10 se aprecia que, entre 2014 y 2018, las personas que se encontraban afiliadas al SP, en promedio, reportaron el tiempo de traslado más extenso para llegar a un hospital en caso de emergencia (48.74 y 52.95 minutos en 2014 y 2018, respectivamente). Enseguida, se encontraban las personas no afiliadas a ningún servicio de salud, y las personas afiliadas al ISSSTE, los cuales reportaron un tiempo de traslado equivalente a 41.29 y 32.08 en 2014, y 39.96 y 41.54 en 2018, respectivamente. Asimismo, destaca que el tiempo más reducido en 2018 fue reportado por las personas que se encuentran afiliadas a otros servicios de salud, entre los que se encuentran los servicios privados. Finalmente, cabe señalar que, con excepción de las personas afiliadas a otras instituciones y aquellas sin afiliación, en todas las categorías analizadas se reportó un aumento en el tiempo promedio de traslado entre 2014 y 2018.

Al observar el tiempo promedio que toma a los individuos llegar al hospital en caso de emergencia, según el tamaño de la localidad (ver gráficas 11 a 14 del Anexo 1), destacan dos hallazgos. Por un lado, 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. Por otro, los beneficiarios del SP de las localidades de menor tamaño son quienes, junto con los no afiliados, demoraban más en llegar al hospital en caso de emergencia, al registrar, en promedio, más de una hora durante todo el periodo de estudio.

c) Indicadores asociados a la utilización de los servicios de salud

Para medir la utilización de servicios de salud, se muestran en el siguiente cuadro los indicadores sobre el reporte de uso de servicios de salud de los afiliados al SP con base en la información disponible.

Cuadro 8. Indicadores sobre utilización de los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular, 2006-2018

Indicador	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular que recibieron atención en:							
Centros de Salud, hospitales o institutos de la Secretaría de Salud	N/D	90.83	79.83	79.58	57.49	50.97	48.55
Hospitales del IMSS	N/D	3.56	6.99	8.70	6.61	5.55	4.66
IMSS-Oportunidades	N/D	4.55	3.64	3.60	2.35	2.20	1.75
Hospitales o clínicas privadas	N/D	14.26	14.88	16.02	17.39	23.73	25.44
Consultorios en farmacias	N/D	9.44	12.82	19.22	12.82	14.79	17.20
Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular que reportan haber recibido atención a sus problemas de salud en los últimos doce meses	N/D	91.93	87.26	87.73	72.09	74.26	73.20
Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular que reportan haber recibido atención a sus problemas de salud en las últimas dos semanas	67.86	NA	NA	58.24	NA	NA	80.47

Indicador	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
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	60.54	NA	NA	61.18	NA	NA	77.36
Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular hospitalizadas o internadas en el último año	11.02	NA	NA	39.60	NA	NA	36.83
Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular cuya hospitalización fue en instalaciones de la Secretaría de Salud	66.78	NA	NA	77.26	NA	NA	73.22

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH de 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018, y la ENSANUT 2006, 2012 y 2018.

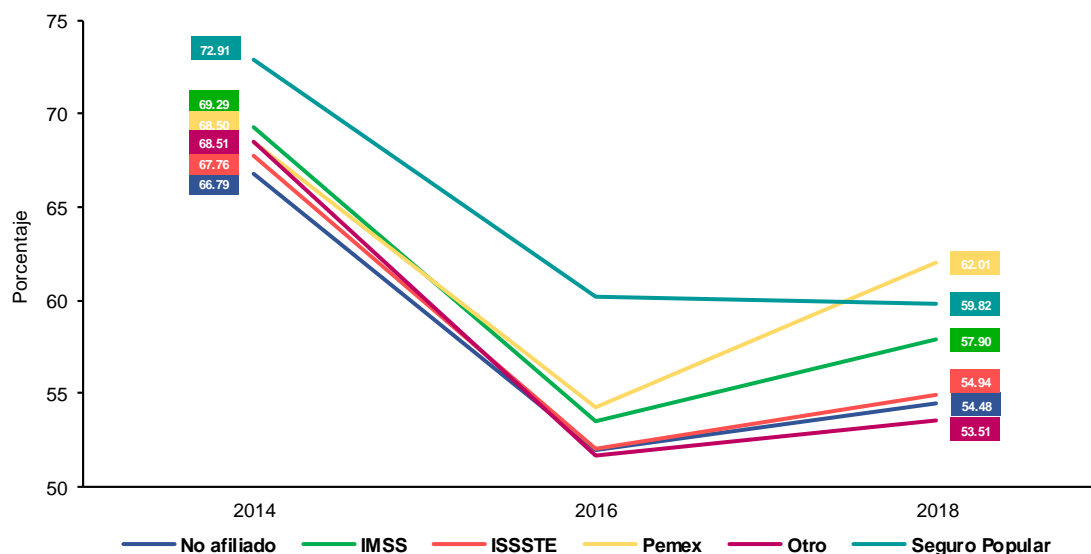
Nota: Existe la posibilidad de que los individuos hayan reportado más de un lugar de atención, por lo que los porcentajes no necesariamente suman 100.

A continuación, se analizan los indicadores anteriores, diferenciando entre aquellos relacionados con la demanda de servicios de salud, con atención médica y, finalmente, con la hospitalización.

Demanda de servicios de salud

Para poner en contexto los indicadores de utilización de servicios de salud, los datos corresponden a lo reportado 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; estos ayudan a conocer la magnitud de la demanda por servicios de salud (ver gráfica 11).

Gráfica 11. Porcentaje de personas cuyos problemas de salud les han impedido realizar sus actividades diarias en los últimos doce meses, por tipo de afiliación, 2014-2018³⁰



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH de 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

³⁰ La información se reporta desde 2014 debido a un cambio en el cuestionario de la ENIGH después del 2012, lo cual no permite preservar la comparabilidad en el tiempo.

En 2014, en promedio, más de la mitad de la población total reportó haber tenido problemas de salud o accidentes que les impidieran efectuar sus actividades normales; particularmente, la población sin afiliación a alguna institución de seguridad social, o servicio de salud, fue la que presentó el indicador más bajo de morbilidad, al registrar 66.79% y aquellos afiliados al SP registraron la mayor incidencia con 72.91%. Para 2018, los afiliados a alguna institución de seguridad social distinta al IMSS, ISSSTE y PEMEX tuvieron la menor incidencia de morbilidad, y los afiliados a PEMEX la mayor.

Es probable que esta diferencia en morbilidad reportada entre quienes cuentan con algún tipo de servicio de salud, y quienes no, podría deberse a una menor atención por padecimientos menores o incluso que el que acuden de manera menos recurrente dificulte el diagnóstico de enfermedades, para las personas que no están afiliadas a ninguna institución.

Aunque en términos porcentuales la incidencia de personas que reportó haber tenido problemas de salud para cada uno de los regímenes de seguridad social es similar, en términos absolutos es notablemente distinta (ver gráfica 15 del Anexo 1); por ejemplo, el SP y el IMSS fueron los servicios que enfrentaron la mayor demanda de servicios, contabilizando en 2018 31.60 y 23.27 millones de personas, respectivamente.

Por su parte, en esta misma gráfica 15 del anexo 1 se aprecia que todas las afiliaciones y la categoría de no afiliados registraron disminuciones en la población que reporta haberse enfermado en los últimos doce meses. Particularmente, resalta el caso del SP, en el que se identifica una caída absoluta en este indicador equivalente a 6.4 millones de personas.

Lugar de atención médica

En cuanto al lugar específico donde se atienden los afiliados al SP, sobresale que, de 2008 a 2018, se registró una disminución en la atención en todas las instituciones públicas, particularmente, destaca que la atención en los hospitales y las clínicas de la Secretaría de Salud disminuyó en alrededor de treinta puntos porcentuales.

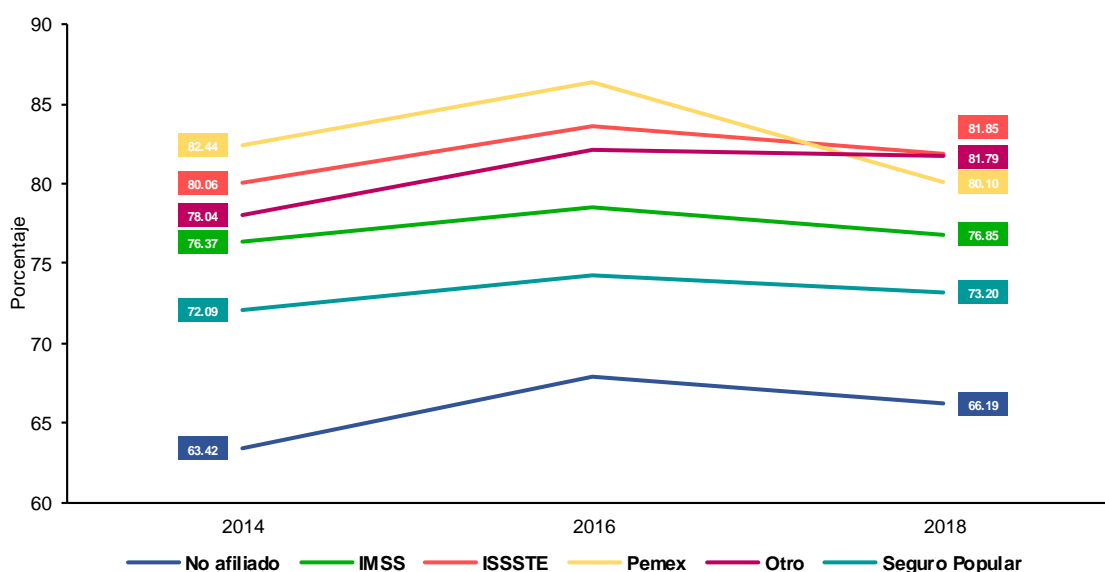
Asimismo, es importante señalar que, en el mismo periodo, los servicios privados y los consultorios de farmacias incrementaron notablemente su participación en la atención de las personas que se encontraban afiliadas al SP. Esto supone que los afiliados podían no conocer su estatus de afiliado al SP y, por ello, no acudían al servicio de salud que les correspondería, 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 16 del Anexo 1) 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 SP, aunque estos individuos, al no ser derechohabientes de la seguridad social, son parte de la población potencial de este programa.

Atención médica

Respecto a las personas que reportaron haber tenido problemas de salud y recibieron atención, nuevamente el cuestionario de la ENIGH registra una modificación en la forma de preguntar, por lo que se dificulta considerablemente la comparabilidad de la serie a partir de 2014³¹. No obstante, la gráfica 12 muestra que, independientemente del año referencia, y sin considerar a las personas que no tienen afiliación a ningún sistema de salud, las personas que estaban afiliadas al SP, en promedio, recibieron menos atención cuando tuvieron un problema de salud en comparación con las demás instituciones. Por ejemplo, en 2018, mientras que de cada 100 personas afiliadas al ISSSTE 81 recibieron atención, solo 73 afiliadas al SP la tuvieron.

Gráfica 12. Porcentaje de personas que reportaron tener problemas de salud y que fueron atendidas, por tipo de afiliación 2014-2018³²



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH de 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

Aunque esta diferencia de atención entre el ISSSTE y SP pareciera moderada, en términos absolutos ambos sistemas contemplan una cantidad de personas de magnitudes diferentes, ello se evidencia en la gráfica 17 del Anexo 1.

Por otra parte, aunque entre 2014 y 2016 es posible observar una ligera tendencia creciente en el indicador, esta disminuye ligeramente en 2018. Lo anterior se traduce en que, de 2014

³¹ La pregunta antes de 2014 era "En los últimos doce meses, ¿se ha enfermado o ha padecido de algún dolor, malestar o accidente que le haya impedido realizar sus actividades cotidianas?" Seguido de "Recibió atención médica: a) Siempre, b) Casi siempre, c) Casi nunca, d) Nunca; e) Algunas veces; por su parte, a partir de 2014 se pregunta "¿Cuándo fue la última vez que sufrió algún dolor, malestar o enfermedad o accidente que le impidiera realizar sus actividades cotidianas?" Seguido de: "En esta ocasión, ¿buscó que lo atendieran?" y, posteriormente "¿Recibió atención?". Para tratar de conservar cierto grado de comparabilidad, a partir de 2014 el análisis se acotó a las personas que mencionan haber tenido algún problema en los últimos doce meses.

³² La información se reporta desde 2014 debido a un cambio en el cuestionario de la ENIGH después del 2012, lo cual no permite preservar la comparabilidad en el tiempo.

a 2018, con excepción de PEMEX, las personas afiliadas y no afiliadas recibieron una mayor atención a sus problemas de salud.

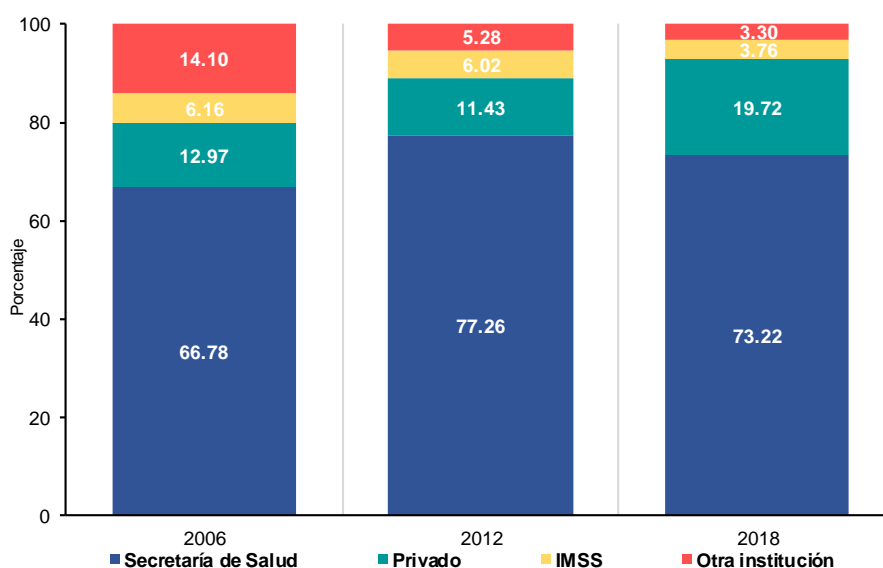
Estos resultados pueden ser complementados con datos de la ENSANUT 2006, 2012 y 2018 (ver gráfica 18 del Anexo 1), los cuales confirman el hecho de que las personas afiliadas al SP, lo mismo que las no afiliadas a alguna institución para recibir atención médica, son quienes en menor proporción declaran recibir atención a sus problemas de salud. Esto podría ser indicativo de que la capacidad de atención de los servicios de salud disminuyó como resultado del aumento importante de los afiliados al SP, que no estuvo acompañado de un incremento significativo en la disponibilidad de servicios de salud.

Los datos anteriores son congruentes con el hecho de que 60.54 por ciento en 2006, 61.18 por ciento en 2012 y 77.36 por ciento en 2018 de los individuos afiliados al SP (ver gráfica 19 del Anexo 1) 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.

Hospitalización

Respecto al uso de servicios de hospitalización, con base en datos de la ENSANUT 2006, 2012 y 2018, un aumento importante del porcentaje de personas hospitalizadas, que estaban afiliadas al SP entre 2006 y 2018, se acompañó de una reducción del porcentaje de personas hospitalizadas sin afiliación (ver gráfica 20 del Anexo 1). Sin embargo, es notable que no todos los afiliados al SP que fueron hospitalizados se atendieron en instalaciones de la SSA y que, como en el caso de la atención general a los problemas de salud, un porcentaje importante de individuos afiliados al SP siguió acudiendo a hospitales privados (ver gráfica 13).

Gráfica 13. Distribución porcentual de personas afiliadas al Seguro Popular que fueron hospitalizadas, según lugar de atención, 2006-2018



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENSANUT 2006, 2012 y 2018.

Nota: la categoría de Otra institución agrupa como lugar de hospitalización al ISSSTE, Pemex, IMSS Oportunidades, Consultorios de farmacias, así como la opción de respuesta "No sabe/No responde".

d) Indicadores asociados a la calidad de los servicios de salud

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 9.

Cuadro 9. Indicadores sobre calidad de los servicios de salud para personas afiliadas al Seguro Popular, 2006-2018

Indicador	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2018
Porcentaje de personas afiliadas al Seguro Popular que no se atendieron al presentar un problema de salud	N/D	8.07	12.74	12.27	27.91	25.74	26.80
Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideraron "muy buena" la calidad del servicio durante su hospitalización	17.36	NA	NA	19.05	NA	NA	28.12
Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideraron "buena" la calidad del servicio durante su hospitalización	67.11	NA	NA	61.03	NA	NA	51.49
Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideraron "regular" la calidad del servicio durante su hospitalización	12.90	NA	NA	13.54	NA	NA	13.80
Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideraron "mala" la calidad del servicio durante su hospitalización	2.04	NA	NA	3.15	NA	NA	4.08
Porcentaje de afiliados al Seguro Popular hospitalizados que consideraron "muy mala" la calidad del servicio durante su hospitalización	0.39	NA	NA	2.94	NA	NA	2.31
Porcentaje de afiliados al Seguro Popular que no regresarían al lugar de hospitalización	11.98	NA	NA	13.03	NA	NA	18.22

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH de 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018, y la ENSANUT 2006, 2012 y 2018.

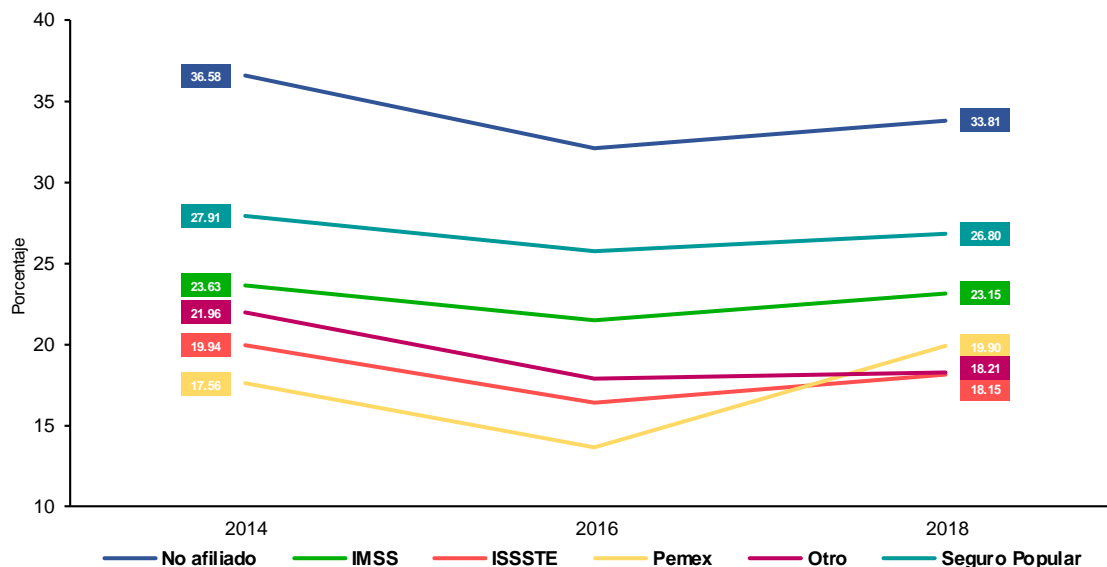
En los siguientes apartados se analizan estos indicadores comparando los datos obtenidos para afiliados al SP con los individuos afiliados o inscritos a otras instituciones de salud.

Motivos de no atención médica

Consistente con los datos sobre la utilización de los servicios de salud, un importante porcentaje de las personas que se encontraban afiliadas al SP no recibía atención a sus padecimientos (ver gráfica 14), y sea porque no buscaban el servicio o, en caso de hacerlo, este no estaba disponible.

A partir de la gráfica, es posible observar que, desde 2014, las personas que no estaban afiliadas a ninguna institución de salud y los afiliados al SP fueron los que menos recibieron atención a sus problemas de salud, y hasta 2018 sigue prevaleciendo esta tendencia.

Gráfica 14. Porcentaje de personas que reportaron tener problemas de salud y que no fueron atendidas, por tipo de afiliación, 2014-2018³³



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH de 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

Asimismo, a partir del año 2014, se cuestionan los motivos por los que las personas no buscaron atención médica, y por los que esta no se recibió a pesar de haberla buscado. De esta manera es posible analizar la calidad de los servicios de salud a través de la percepción de la población y conocer los factores que limitan la búsqueda de atención, a pesar de presentar algún problema de salud, así como la capacidad de respuesta de las instituciones de salud ante la demanda de servicios de atención médica.

Cuadro 10. Motivos por los que las personas afiliadas al Seguro Popular no buscaron atención médica³⁴, 2014-2018

Indicador	2014	2016	2018
Los afiliados al Seguro Popular que reportaron no haber buscado atención médica mencionaron como motivos:			
No hay donde atenderse	0.51	0.46	0.53
No tenía dinero	7.01	5.35	5.04
La clínica y hospital queda muy lejos	1.70	0.98	1.24
No lo atienden aunque vaya a la unidad médica	0.96	0.84	0.46
No le tiene confianza al personal de la unidad médica	0.55	0.47	0.30
Lo tratan mal	0.49	0.19	0.20
No hablan la misma lengua	0.01	0.01	0.00
Hay que esperar mucho para ser atendido	2.31	1.51	1.07
No le dan el medicamento que necesita	1.23	1.44	0.91
La unidad médica no estaba abierta	0.78	0.64	0.37
No había médico en la unidad	0.97	0.87	0.81

³³ La información se reporta desde 2014 debido a un cambio en el cuestionario de la ENIGH después del 2012, lo cual no permite preservar la comparabilidad en el tiempo.

³⁴ íbidem.

Indicador	2014	2016	2018
Algún miembro del hogar se lo impidió	0.11	0.10	0.07
No tuvo tiempo	2.91	2.14	2.27
No hubo quién lo llevara	0.99	0.88	0.81
No quiso o no era necesario	47.75	34.34	33.87
Se automedicó o autorecetó	62.18	64.26	65.20

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

Nota: Las personas pudieron reportar más de un motivo, por lo que los porcentajes no necesariamente tienen que sumar 100.

Respecto a la población que respondió no haber buscado atención médica, a pesar de haber tenido algún problema de salud o enfermedad durante el último año, los motivos tienen que ver principalmente con la automedicación y la percepción de que, para dicho problema de salud, no era necesario recibir atención médica. Por otra parte, en el cuadro 11 se exponen las razones por las que las personas, a pesar de buscar la atención médica, no la recibieron.

Cuadro 11. Motivos por los que las personas afiliadas al Seguro Popular no recibieron atención médica³⁵, 2014-2018

Indicador	2014	2016	2018
Los afiliados al Seguro Popular que reportaron no haber sido atendidos mencionaron como motivo de no atención que:			
No tenía dinero	1.12	0.32	0.35
No hablan la misma lengua	0.00	0.00	0.00
No quisieron	13.96	16.55	15.08
Dijeron que no era necesario	10.73	10.83	8.94
No tenían tiempo	9.18	5.44	4.05
La unidad médica no estaba abierta	8.82	10.51	8.37
Le dieron una cita hasta mucho tiempo después	15.29	9.37	7.42
No había médico en la unidad	25.01	31.09	30.81
No le dieron ninguna razón	3.70	2.31	8.34
El personal de la unidad dijo que no era necesario	11.55	3.99	4.92
Otro motivo que no está mencionado anteriormente	23.32	19.64	16.20

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

Nota: Las personas pudieron reportar más de un motivo, por lo que los porcentajes no necesariamente tienen que sumar 100.

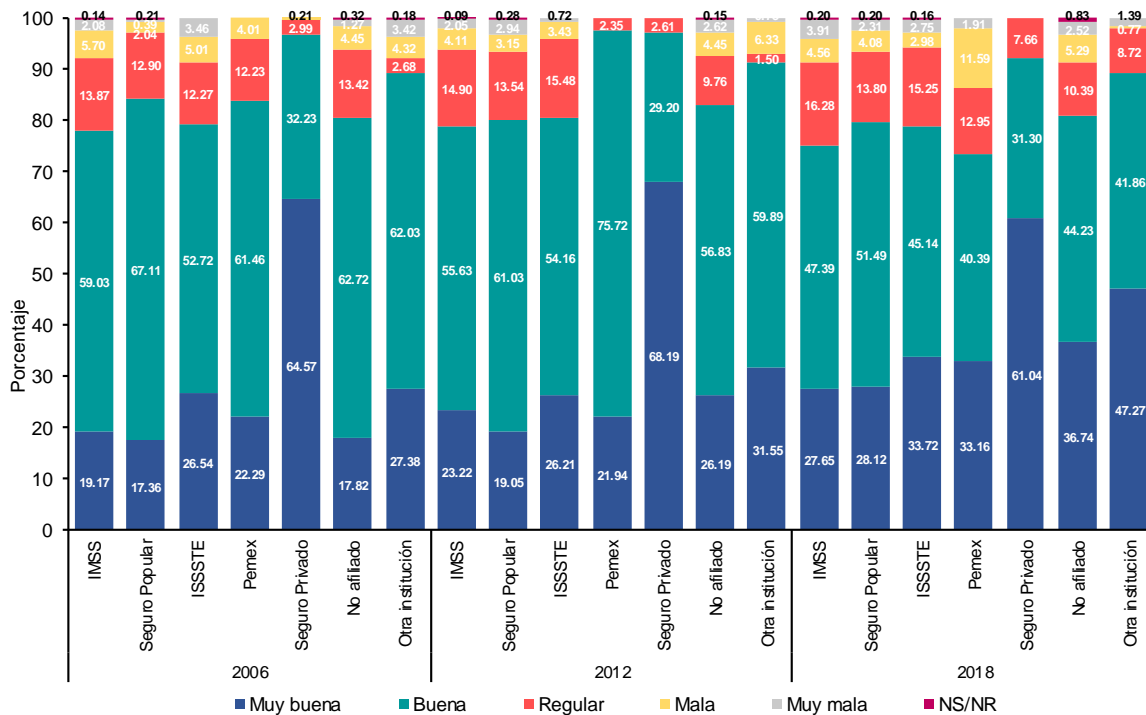
Respecto a ello, se mencionan como principales razones la falta de personal médico en la unidad a la que acudió (30.81% en 2018), seguido de que no quisieron atenderlo o dijeron que no era necesaria la atención para el problema de salud que presentaba (15.08 y 8.94%, respectivamente), así como el tener una cita hasta mucho tiempo después o que la unidad médica no estaba abierta.

³⁵ ídem.

Percepción de la calidad del servicio

El 84.47 por ciento de las personas que estaban afiliadas al SP calificaban como buena y muy buena la atención recibida en 2006, no obstante, el porcentaje de personas que lo consideraban así se redujo en 2018 en 4.86 pp; esto pudo deberse al aumento importante de la demanda de atención con la consecuente presión en factores como tiempos de espera o entrega de medicamentos, que podrían haber influido en la percepción de calidad de los individuos.

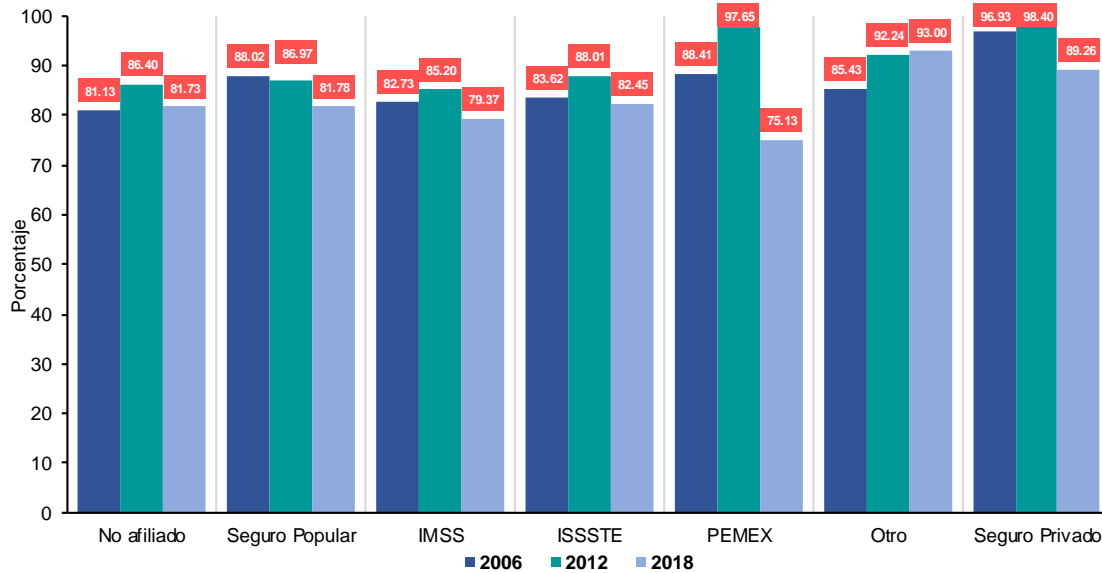
Gráfica 15. Calidad del lugar donde se atendió reportada por las personas hospitalizadas, de acuerdo con la institución a la que están afiliadas, 2006-2018



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENSANUT 2006, 2012 y 2018.

La percepción de la calidad en la hospitalización es consistente con la información contenida en la gráfica 16, en la que se muestra el porcentaje de personas que fueron hospitalizadas y que reportan que regresarían al lugar al que fueron atendidas. Mientras que en la gráfica 15 se observa una peor percepción en la calidad del servicio por parte de los afiliados al SP en 2018, en este mismo año se registra una reducción en el porcentaje de personas que regresarían al lugar en el que fueron atendidas y que estaban afiliadas a este mismo servicio.

Gráfica 16. Porcentaje de personas que fueron hospitalizadas y que regresarían al lugar donde se atendieron, por tipo de afiliación, 2006-2018



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENSANUT 2006, 2012 y 2018.

Particularmente, entre 2006 y 2018, este indicador registra una disminución de alrededor de 6.25 pp entre los afiliados al SP. Destaca que para 2018, las personas que reportan con mayor frecuencia que regresarían al lugar en donde fueron hospitalizadas son las que cuentan con seguros de salud privados, cifra que, además, se ha mantenido en un nivel similar en todo el periodo de estudio. Por otra parte, cabe señalar que los servicios de PEMEX son los que registraron el peor desempeño en esta métrica en el último año de estudio, equivalente a 75.13%, es decir, 13.28 pp menos que en 2006.

Conclusiones

De acuerdo con la Ley General de Salud (LGS), se entendía por Seguro Popular (SP) a las acciones provistas, en esta materia, por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS). El SP buscaba otorgar cobertura en salud a través de un aseguramiento público y voluntario para aquellas personas que no eran derechohabientes de ninguna institución de seguridad social. Las familias beneficiarias accedían a un conjunto de beneficios de atención médica que hasta 2019, año en que comenzó la transición hacia la desaparición del SP, consideraba 294 intervenciones médicas, así como 65 intervenciones correspondientes al Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos³⁶.

El SP fungía como el vehículo financiero para la atención médica de las y los afiliados, y los REPSS como 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 estos, así como afiliar a quienes se interesaban en recibir el programa. De este modo, la responsabilidad de la prestación del servicio no correspondía exclusivamente al programa, sino que requería un trabajo coordinado entre la Comisión Nacional de Protección Social en Salud, los REPSS y los proveedores de servicios de salud públicos o privados en las entidades federativas.

Con las reformas a la Ley General de Salud en 2019, el Seguro Popular dejó de operar en 2020, pasando a ser la Secretaría de Salud, con el auxilio del Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI), quién organice las acciones para la prestación gratuita de los servicios de salud, medicamentos y demás insumos asociados que requieran las personas sin seguridad social, en coordinación con las entidades federativas, cuando así lo hayan pactado.

Desde 2013, el Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación (DPEF) establecía que el CONEVAL debería normar la evaluación del Sistema de Protección Social en Salud; de igual forma, dado el importante crecimiento que tuvo el programa en los últimos años, así como su incidencia en la pobreza vía la carencia por acceso a servicios de salud, se ha considerado relevante analizar el estatus de cierre del programa que permita identificar hallazgos útiles para la configuración e implementación de la nueva estrategia hacia el acceso universal a los servicios de salud.

En este contexto, el objetivo de este documento es presentar un diagnóstico de cierre del SP a partir de la evidencia que fue generada a través de estudios y evaluaciones realizados al programa, así como un análisis de indicadores asociados al acceso y uso efectivo de los servicios de salud para afiliados al SP, con corte a 2018. El análisis realizado permite, a partir de información pública disponible, dar cuenta de los alcances y limitaciones que este esquema de aseguramiento en salud presentaba.

³⁶ Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2019. Consultado el 6 de mayo de 2020 en: <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/articulos/catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2019>

La afiliación al SP creció de manera acelerada, pasando de 2.2 millones de personas (2.2% de la población) en 2003 a 57.3 millones (47.8%) de personas afiliadas, máximo alcanzado en 2014. Para 2019, los 51 millones de afiliados al SP representaban 40.6 % de la población mexicana.

La incidencia de la afiliación al SP en la evolución de la carencia por acceso a servicios de salud fue de gran trascendencia, puesto que marcó una diferencia importante en los resultados de la medición de pobreza de los últimos años; con base en lo anterior, y considerando la importancia del SP entre la población con menores ingresos, la carencia por acceso a servicios de salud logró reducirse en alrededor de 22 puntos porcentuales, es decir, más que cualquier otra carencia desde 2008, lo cual se traduce en un esfuerzo de particular relevancia en la erradicación de pobreza.

Asimismo, al ser una afiliación voluntaria, la certeza que tenían los beneficiarios de contar con una póliza de afiliación y conocer los servicios a los que podían acceder, se veía reflejada en que, cuándo se levantaba información a través de Encuestas oficiales, los afiliados reportaban tener acceso a servicios de salud, y esto a su vez se reflejaba en la medición de pobreza.

A partir de la revisión de evidencia disponible sobre los efectos del SP en su población beneficiaria, al menos en los primeros años de operación del programa, se identificaron efectos en el gasto en salud, tanto en el de bolsillo como en el catastrófico en los hogares beneficiarios y sobre todo en los hogares más pobres, lo cual sugiere que la intervención evitó que miles de familias pusieran en riesgo su estabilidad financiera por cuestiones de salud.

Sin embargo, la evidencia generada en años posteriores sugiere que estos efectos no se mantuvieron en el tiempo, lo cual es consistente con el aumento del gasto catastrófico observado entre 2010-2018 y con el aumento vertiginoso de la afiliación al SP.

En relación con el acceso y uso de los servicios de salud, la evidencia señala que el SP parece haber tenido un efecto moderado; contribuyó a reducir la frecuencia en que los hogares postergan la atención médica por falta de recursos, pero no se identifican efectos en el uso de servicios de salud preventivos, además de que aumentó el uso de servicios ambulatorios en los centros de salud de la SSA, pero únicamente en las zonas urbanas. Asimismo, aunque el efecto del SP en el empleo formal no es concluyente, si se identificó evidencia asociada a desincentivar el flujo de trabajadores del sector informal al formal.

Por otra parte, en relación con el análisis de indicadores asociados al acceso y uso efectivo de los servicios de salud para afiliados al SP, se identificó un crecimiento acelerado en la afiliación al programa, particularmente, entre los años 2012 y 2014. No obstante, dicha afiliación no se combinó con la inversión en infraestructura necesaria para responder al crecimiento de la demanda. Esto es, la infraestructura y los recursos humanos en salud no aumentaron en una proporción similar al incremento de la afiliación, aun cuando se observa una tendencia creciente en los recursos, especialmente en los humanos.

Ahora bien, al considerar el modelo financiero tripartito del SP, se identificó que las entidades federativas llevaron a cabo un esfuerzo diferenciado al desplegar la

infraestructura requerida para atender la creciente demanda de servicios de salud. Lo anterior se refleja en la disparidad en las tasas de variación de los indicadores asociados a la dimensión de disponibilidad en el periodo de análisis.

Respecto a la accesibilidad a los servicios de salud, si bien se registró un incremento en el tiempo que los individuos reportan tardarse para llegar a un hospital, ello puede deberse a que el crecimiento en la afiliación implicó la incorporación de personas marginadas geográficamente y, consecuentemente, una mayor dispersión de los beneficiarios del SP. Evidencia de ello es que 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.

Se observó que los consultorios de farmacias incrementaron notablemente su participación en la atención de las personas que se encontraban afiliadas al SP, lo cual supone que la expansión de consultorios de este tipo representa una alternativa accesible, en términos de disponibilidad y costo.

Asimismo, respecto a la atención médica, en general, las personas reportaron una mayor atención en caso de requerir servicios de salud; no obstante, las personas afiliadas al SP y aquellas sin afiliación, registraron los menores niveles de atención en el periodo de estudio. Cabe señalar que no todos los afiliados al SP que fueron hospitalizados se atendieron en instalaciones de la SSA y que, como en el caso de la atención general a los problemas de salud, un porcentaje importante de individuos afiliados al SP siguió acudiendo a hospitales privados.

Finalmente, sobre la calidad de los servicios de salud, un importante porcentaje de las personas que se encontraban afiliadas al SP reportó no haber recibido atención a sus padecimientos, ya sea porque no buscaban el servicio o, en caso de hacerlo, porque este no estaba disponible. 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.

El análisis realizado permite conocer resultados documentados del SP y la fotografía de indicadores asociados al acceso y uso de los servicios de salud para sus afiliados, previa a que el programa dejara de operar. Sin embargo, es importante reconocer la coyuntura en la cual finaliza este informe y que pone a prueba muchas de las conclusiones que de este análisis se derivan, no solo por la relevancia de los factores que distinguen el proceso de transición del SP al INSABI, sino por la reciente contingencia sanitaria por la COVID 19, que se vislumbra como una coyuntura con efectos profundos en el Sistema de Salud mexicano.

En este sentido, este documento puede ser un punto de partida para posteriores análisis que, en el contexto actual, el Consejo podrá proponer para dar respuesta a las grandes interrogantes que en materia de salud y políticas públicas surgen, dados los recientes acontecimientos y las transformaciones hacia las que se transita.

BIBLIOGRAFÍA

Arenas, E., Parker, S., Rubalcava, L. y Teruel, G. (2015). Evaluación del programa del Seguro Popular del 2002 al 2005. Centro de Análisis de Medición del Bienestar Social y Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/ete/v82n328/2448-718X-ete-82-328-00807.pdf>

Aterido R., Hallward, M., Pages, C. (2011). Does Expanding Health Insurance beyond Formal-Sector Workers Encourage Informality: Measuring the Impact of Mexico's Seguro Popular. Banco Mundial (BM). Recuperado de: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/55053/1/684018454.pdf>

Ávila Burgos, L., Serván-Mori, E., Wirtz, V., Sosa-Rubí, S. y Salinas-Rodríguez, A. (2013). Efectos del Seguro popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación. Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v55s2/v55s2a4.pdf>

Banco Interamericano de Desarrollo (2018). Evaluación del impacto del Seguro Médico Siglo XXI: Efectos sobre gasto de bolsillo, egresos hospitalarios, mortalidad, antropometría y morbilidad. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/495825/S201_2018_Complementaria.pdf

Campos Vázquez, R., Knox, M. (2013). Social protection programs and employment: the case of Mexico's Seguro Popular Program. Centro de Estudios Económicos. Colegio de México (COLMEX). Recuperado de: <https://cee.colmex.mx/documentos/documentos-de-trabajo/2010/dt201014.pdf>

Celhay, P., Chemor Ruiz, A., Delgado Sánchez, V., Halley Castillo, M.E., Martínez, S., Muñoz, M., Pérez, M., Pérez Cuevas, R., Villagrán Muñoz, V.M. (2018). Evaluación del impacto del seguro médico siglo XXI: Efectos sobre gasto de bolsillo, egresos hospitalarios, mortalidad, antropometría y morbilidad. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Recuperado de: <https://publications.iadb.org/es/evaluacion-del-impacto-del-seguro-medico-siglo-xxi-efectos-sobre-gasto-de-bolsillo-egresos>

Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2019). Informe de Resultados del Sistema de Protección Social en Salud, Enero-Diciembre 2019. Recuperado de http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2019/Informe_Resultados_SPSS_2019.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2018). Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018. Disponible en https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Diag_derecho_Salud_2018.pdf

_____ (2018a). Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2018. Disponible en

https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/RESUMEN_EJECUTIVO_IEPDS2018.pdf

_____ (2013). Uso de una encuesta panel para evaluaciones de impacto: ensayo metodológico con la ENNViH 2002-2005 (Seguro Popular). CONEVAL. Recuperado de: https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/uso_de_una_encuesta_panel_para_evaluaciones_de_impacto.pdf

Dirección General de Información en Salud (DGIS), (s.f.). Cubos dinámicos de Recursos en Salud, Recursos Humanos, Físicos, Materiales y Financieros Plataforma sectorial (SINAIS) 2012-2017 de la Secretaría de Salud. Recuperado de: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_recursos_gobmx.html

_____ (s.f.). Recursos en Salud, Datos abiertos de la Secretaría de Salud. Recuperado de: http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_recursos_gobmx.html

_____ (s.f.). Sistema de Información de la Secretaría de Salud. Recuperado de: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS/>

Huffman, C., y Van Gameren, E. (2019). Efectos heterogéneos y distributivos del Seguro Popular sobre la oferta de servicios de salud en México. *El Trimestre Económico*, vol. LXXXVI (3), número 343, julio- septiembre de 2019, pp. 667-713. Disponible en <https://www.eltrimestreeconomico.com.mx/index.php/te/article/view/719>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018. México.

_____ (2018). Modelo Estadístico 2018 para la Continuidad del Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.

_____ (2016). Modelo Estadístico 2016 para la Continuidad del Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.

_____ (2014). Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.

_____ (2012). Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.

_____ (2010). Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.

_____ (2008). Módulo de Condiciones Socioeconómicas de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares.

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) (2018). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

_____ (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

_____ (2006). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

King G., Gakidou, E., Imai, I., Lakin, J., Moore, R., Nall, C., Ravishankar, N., Vargas, M., Téllez-Rojo, M., Hernández Ávila J., Hernández Ávila, M., Hernández Llamas, H. (2007). Public Policy for the Poor? A Randomized Assessment of the Mexican Universal Health Insurance Programme. Universidad de Harvard, Universidad de Washington y Universidad de Princeton. Recuperado de: <https://scholar.harvard.edu/files/nall/files/SPeval.pdf>

King G., Gakidou, E., Ravishankar, N., Moore, R., Lakin, J., Vargas, M., Téllez-Rojo, M., Hernández Ávila, J., Hernández Ávila, M., Hernández Llamas, H. (2009). A “politically robust” experimental design for public policy evaluation, with application to the Mexican Universal Health Insurance program. Universidad de California, Berkeley. Recuperado de: <https://gking.harvard.edu/files/gking/files/spd.pdf>

Knaul et al., (2018). Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012. Disponible en <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/9064/11546>

Knaul, F., Arreola-Ornelas, H., Wong, R., Lugo-Palacios, D., Méndez-Carniado, O. (2018). Efecto del Seguro Popular de Salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012. Universidad de Texas, Universidad de Miami, Universidad de Manchester y Fundación Mexicana para la Salud. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v60n2/0036-3634-spm-60-02-130.pdf>

Madrigal Fritsch, H., Villa Romero, A., Aguilar Salinas, C., Rangel Castillejos, L., Sánchez Ocampo, G. y Gómez Guijón, C. (2008). Evaluación de Efectos del Sistema de Protección Social en Salud. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y Universidad de Harvard. Recuperado de: http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/deppes/descargas/SPSS/EXT08_SPSS_IF.pdf

Miranda, A., Aguilera, N., Velázquez Guadarrama, C. (2012). Seguro Popular. Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE). Recuperado de: www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Especificas/Especificas_2012/Informe_Final_Costo-efectividad_U005_2012.zip

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) (2020). OECD.Stat Recuperado de: <https://stats.oecd.org/>

_____ (2020). Health resources, Nurses. Recuperado de: <https://data.oecd.org/healthres/nurses.htm>

Pérez-Cuevas, R., Chertorivski, S., Cortés-Gallo, G., Rodríguez-Ortega, E., Caballero, F., Muñoz-Hernández, O., (2012). Lessons learned from the first evaluation of the Medical Insurance for a New Generation: Bridging research and policy. Salud Pública, México.

Pfütze, T., (2014). The effects of Mexico’s Seguro Popular health insurance on infant mortality: an estimation with selection on the outcome variable. World Development. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2014.02.008>

Rivera Hernández, M., Rahman, M., Galárraga, O., (2019). Comportamiento en cuidado preventivo de salud entre adultos pobres mayores en México: impacto del Seguro Popular, 2000-2012. Universidad de Brown. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v61n1/0036-3634-spm-61-01-46.pdf>

Sosa, S., (2009). Heterogeneous impact of the “Seguro Popular” program on the utilization of obstetrical services in Mexico, 2001–2006: A multinomial probit model with a discrete endogenous variable. *J Health Economics* 2009. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.08.002>

Sosa-Rubi, S., Harris, J. y Galarraga, O. (2007). Heterogeneous Impact of the “Seguro Popular” Program on the Utilization of Obstetrical Services in Mexico, 2001 -2006: A Multinomial Probit Model with a Discrete Endogenous Variable. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y Centro Nacional de Investigación Económica (NBER por sus siglas en inglés). Recuperado de: <http://www.nber.org/papers/w13498.pdf>

Sosa-Rubí, S., Salinas Rodríguez A., Galárraga, O. (2011). Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano, 2005-2008. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y Universidad de Brown. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s4/a06v53s4.pdf>

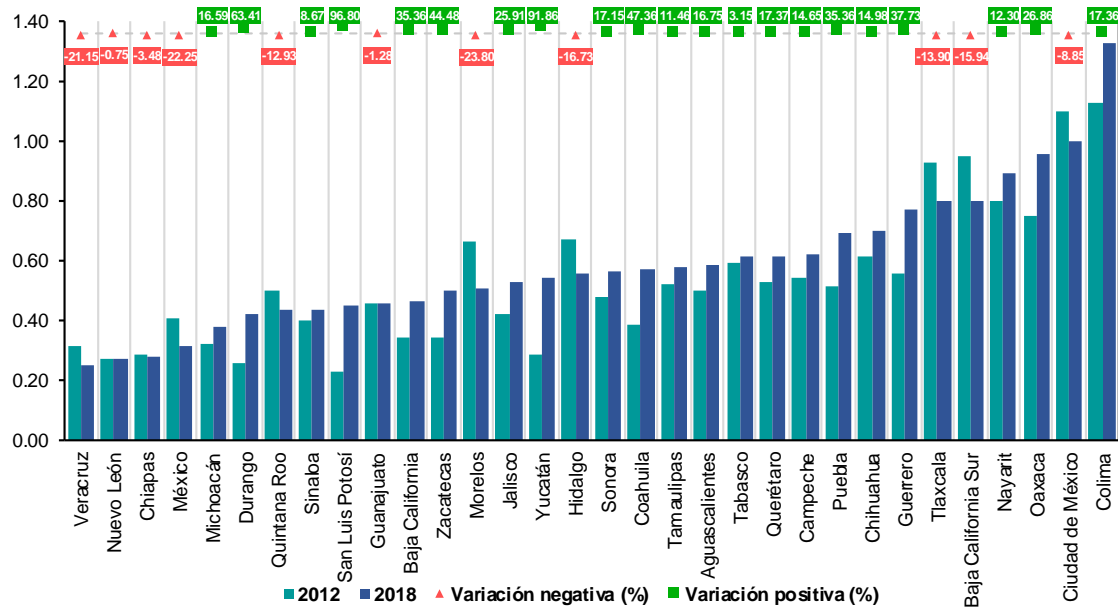
Wirtz, V., Santa Ana Tellez, Y., Servan-Mori, E. y Avila-Burgos, L. (2012) Heterogeneous Effects of Health Insurance on Out-Of-Pocket Expenditure on Medicines in Mexico. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Recuperado de: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1098301512000198?token=DD6016188E2ED59DDA1029B39884F9A03460652FA5E426BA469FF3955493DAE3332249082DF4AE062C3993F857967658>

World Health Organization (2005). Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Discussion paper No. 2. Ginebra, Suiza

Yoong, J., Rabinovich, L. y Diepeveen, S. (2012). The impact of economic resource transfers to women versus men: a systematic review. Technical report. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. Recuperado de: <https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Portals/0/PDF%20reviews%20and%20summaries/Economic%20transfers%202012Yoong.pdf?ver=2012-01-13-101615-493>

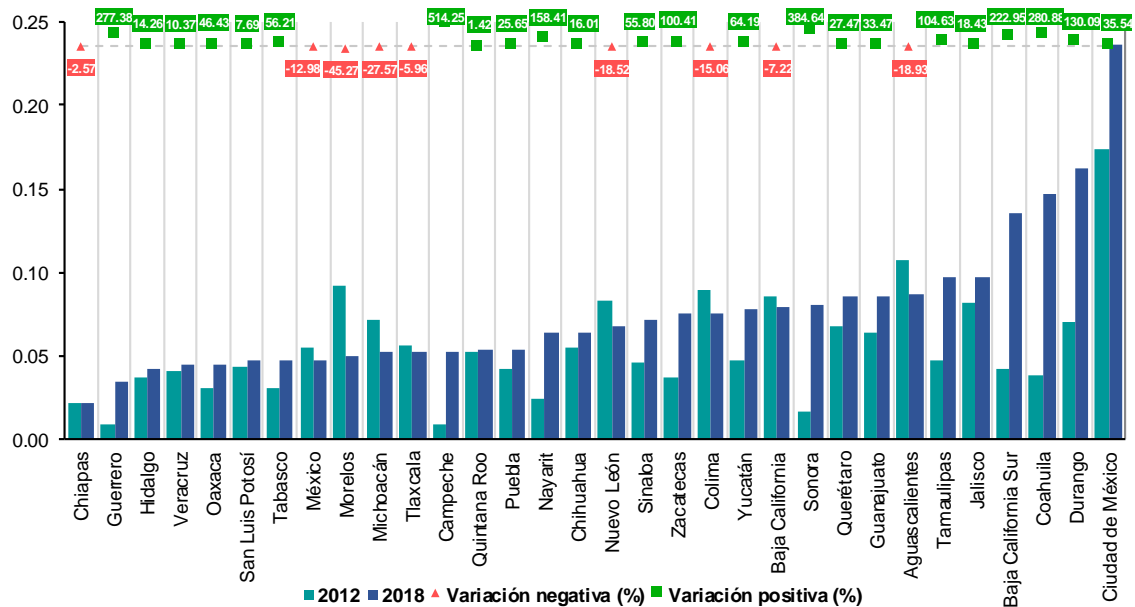
ANEXO 1

Gráfica 17. Camas no censables por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular, por entidad federativa, 2012-2018



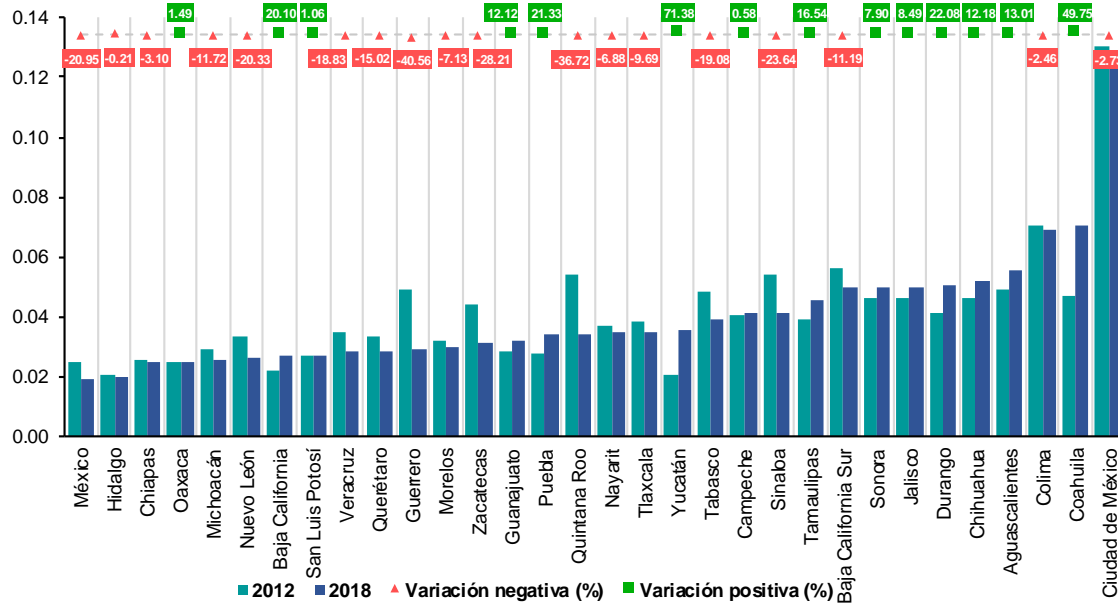
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el SINAIS, el MCS-ENIGH de 2012 y el MEC del MCS-ENIGH 2018.

Gráfica 18. Incubadoras por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular, por entidad federativa, 2012-2018



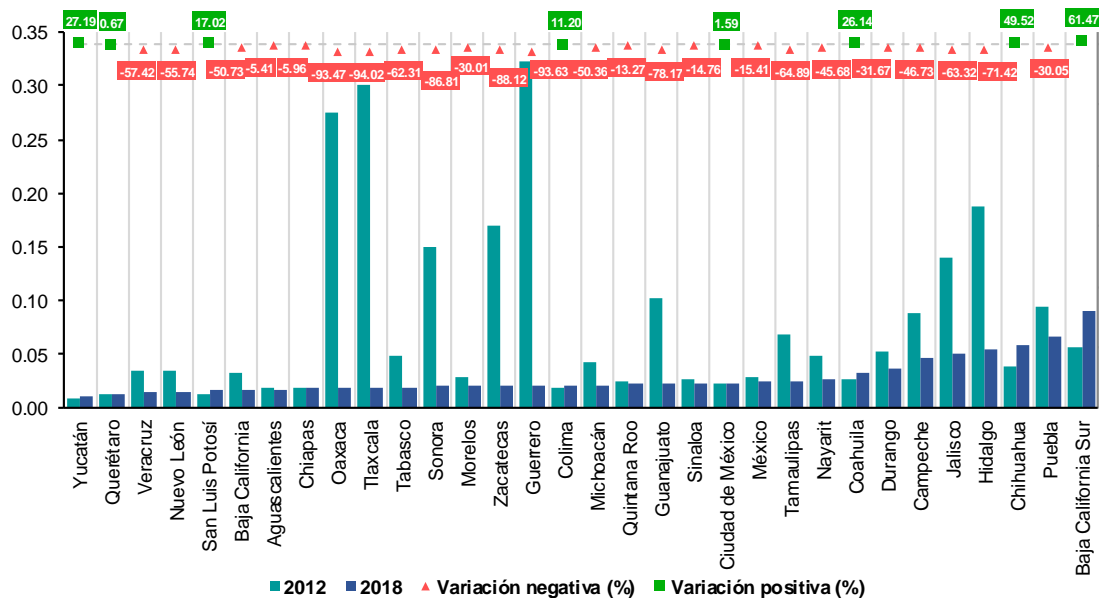
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el SINAIS, el MCS-ENIGH de 2012 y el MEC del MCS-ENIGH 2018.

Gráfica 19. Quirófanos por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018



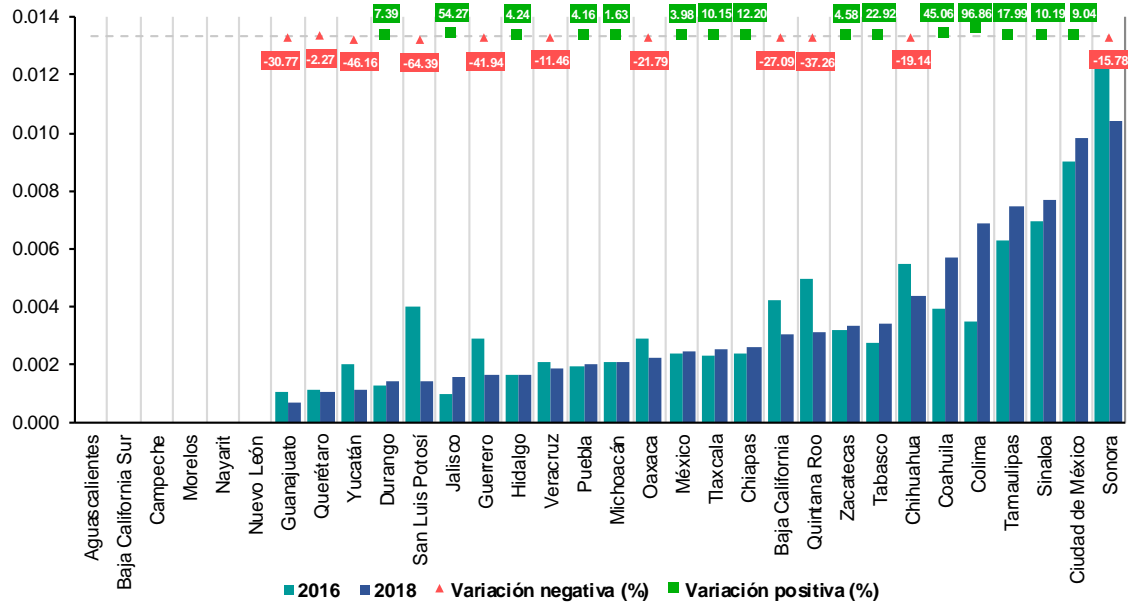
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el SINAIS, el MCS-ENIGH de 2012 y el MEC del MCS-ENIGH 2018.

Gráfica 20. Salas de expulsión por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018



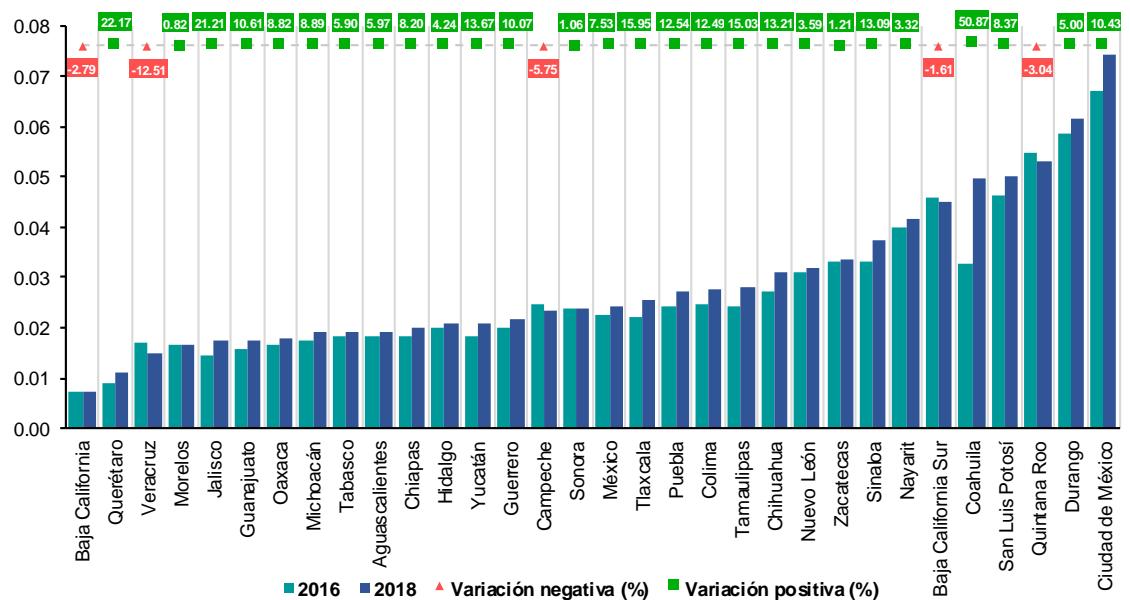
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el SINAIS, el MCS-ENIGH de 2012 y el MEC del MCS-ENIGH 2018.

Gráfica 21. Bancos de sangre por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2016-2018



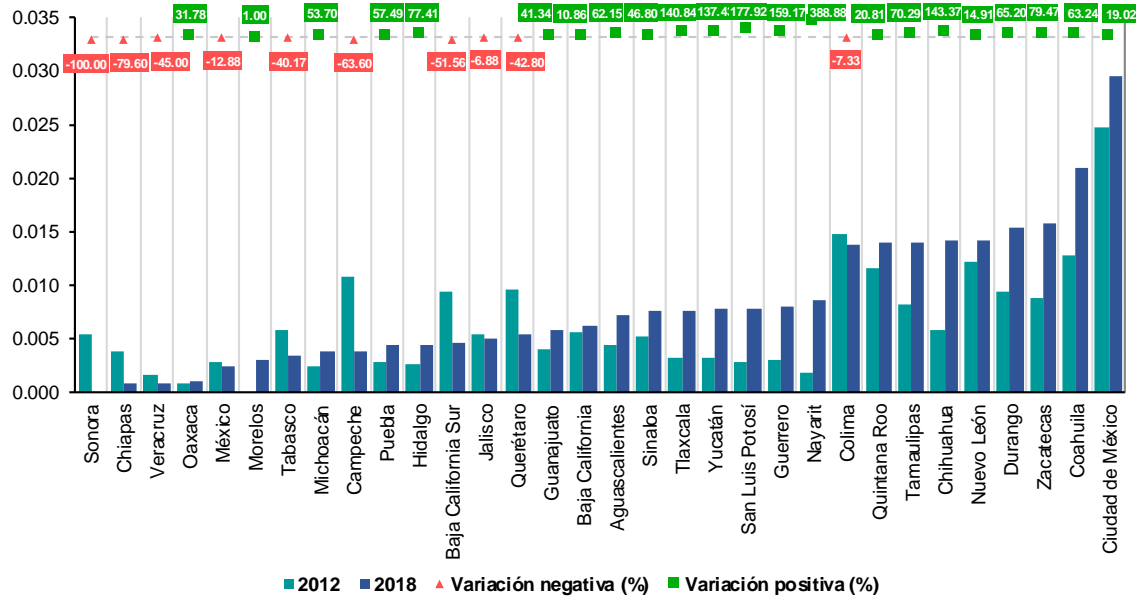
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el SINAIS y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

Gráfica 22. Laboratorios de análisis por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2016-2018



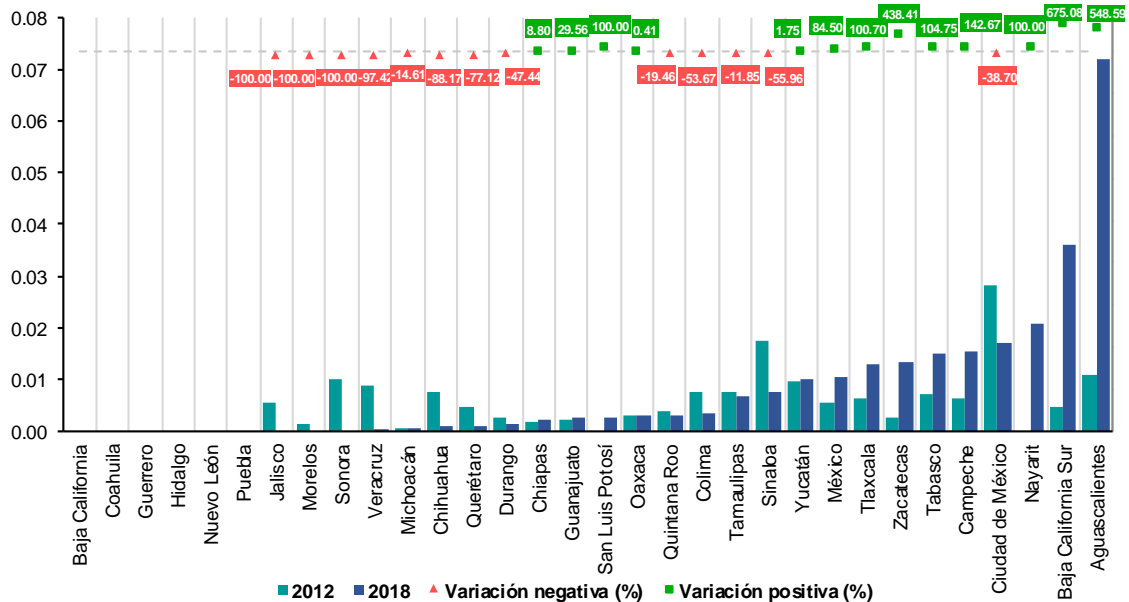
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el SINAIS y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

Gráfica 23. Equipo de mamografía por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018



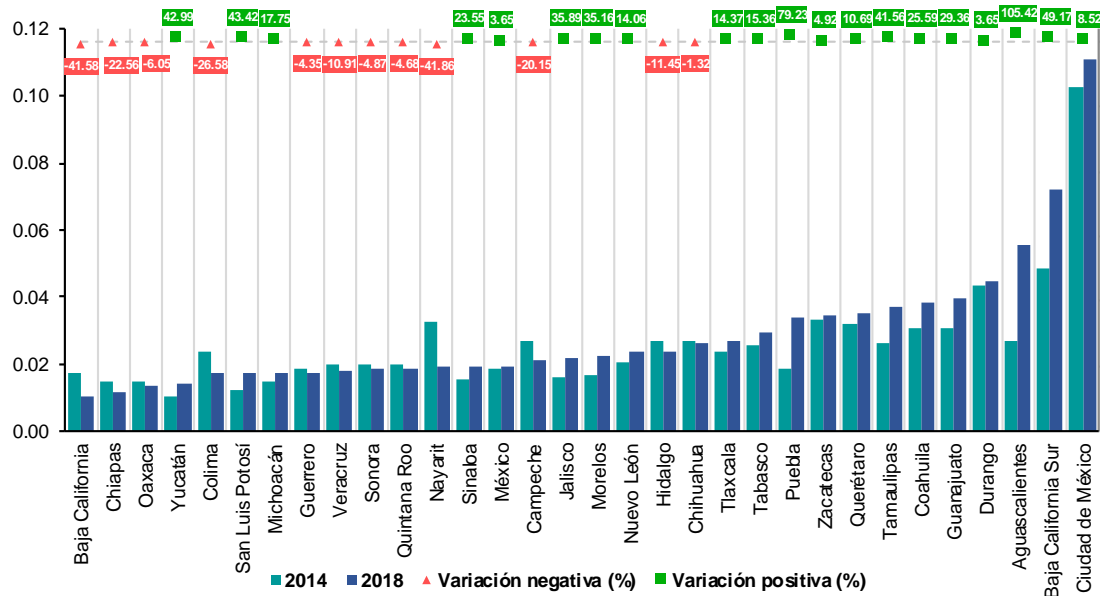
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el SINAIS, el MCS-ENIGH de 2012 y el MEC del MCS-ENIGH 2018.

Gráfica 24. Unidades de hemodiálisis por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018



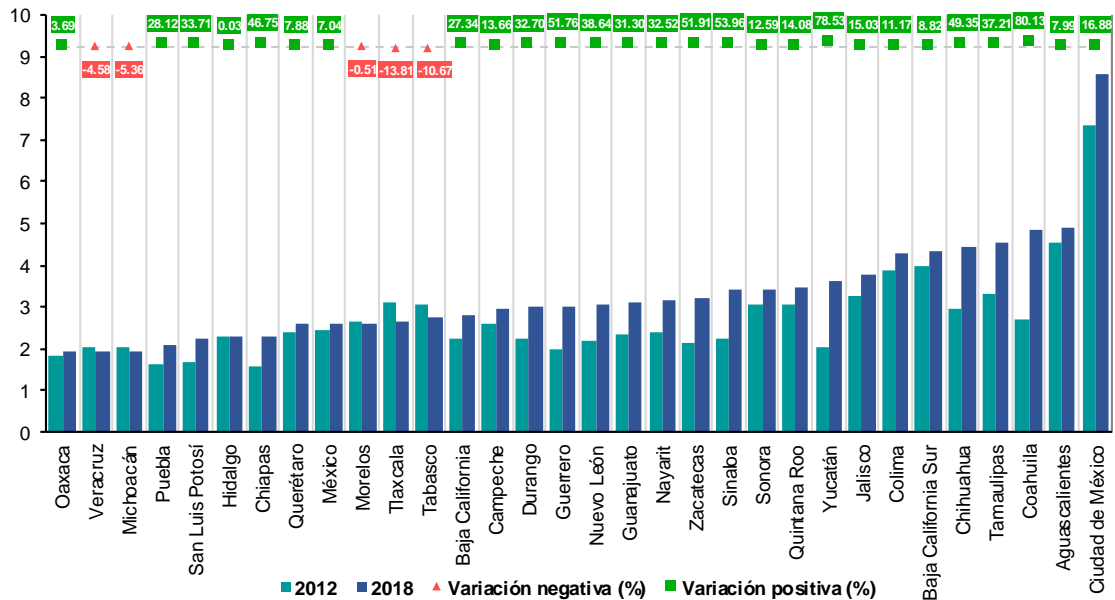
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el SINAIS, el MCS-ENIGH de 2012 y el MEC del MCS-ENIGH 2018.

Gráfica 25. Equipo de ultrasonido por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2014-2018



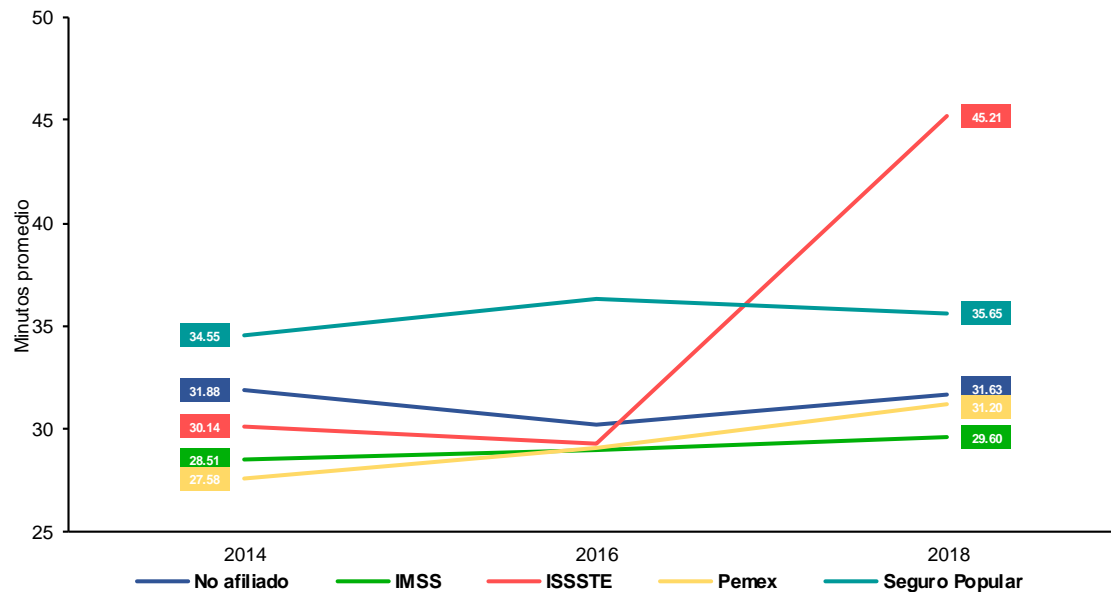
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el SINAIS, el MCS-ENIGH 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2018.

Gráfica 26. Personal de enfermería en contacto con pacientes por cada mil personas afiliadas al Seguro Popular por entidad federativa, 2012-2018



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el SINAIS, el MCS-ENIGH de 2012 y el MEC del MCS-ENIGH 2018.

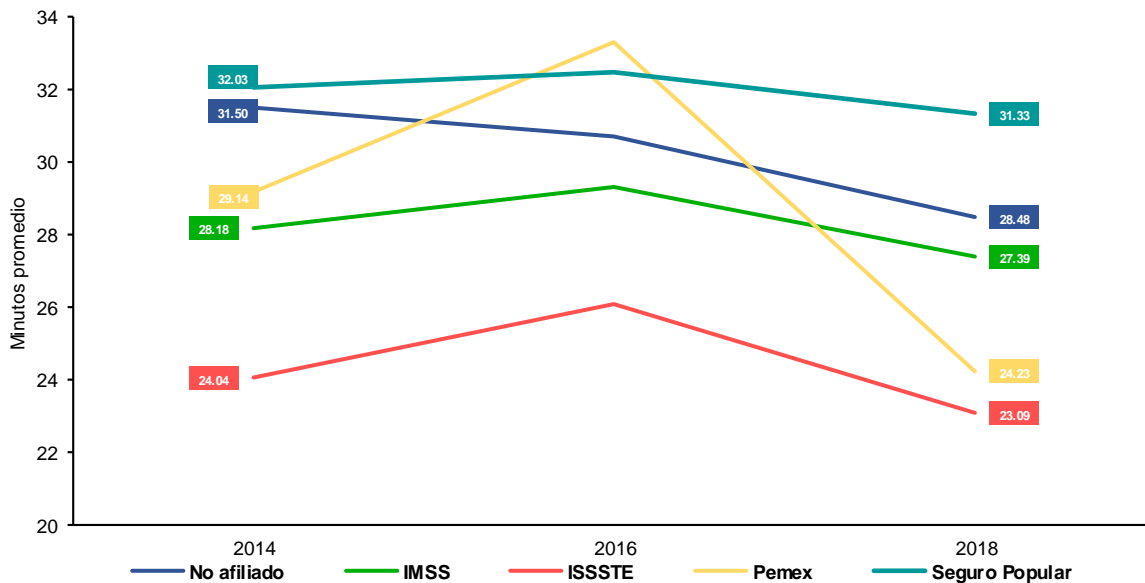
Gráfica 27. Tiempo promedio de traslado al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación, según tamaño de localidad, 100,000 habitantes y más, 2014-2018



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

Nota: La información se reporta desde 2014 debido a un cambio en el cuestionario de la ENIGH después del 2012, lo cual no permite preservar la comparabilidad en el tiempo.

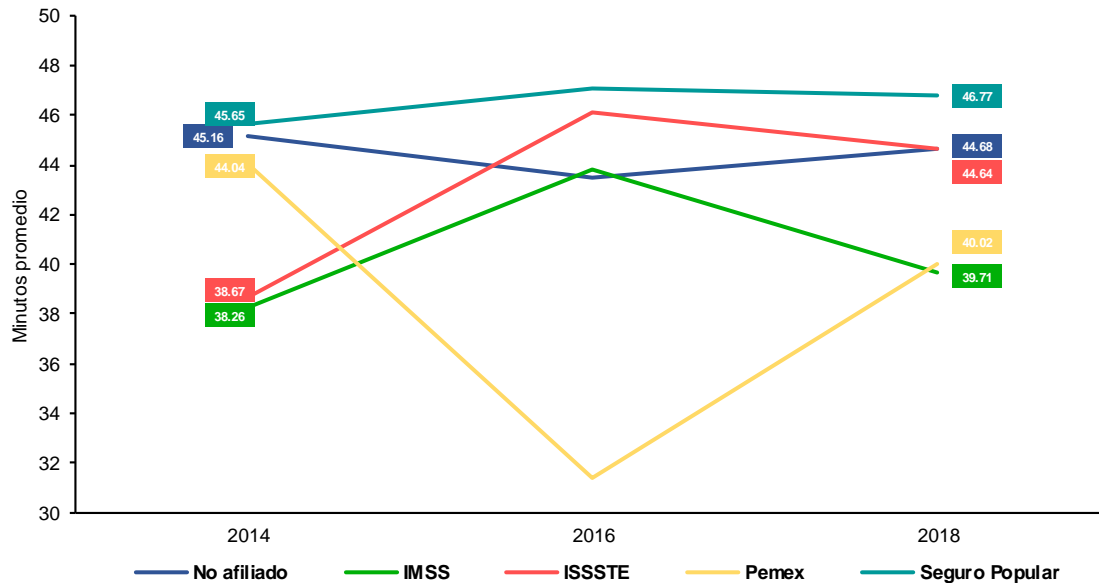
Gráfica 28. Tiempo promedio de traslado al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación, según tamaño de localidad, de 15,000 a 99,000 habitantes, 2014-2018



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

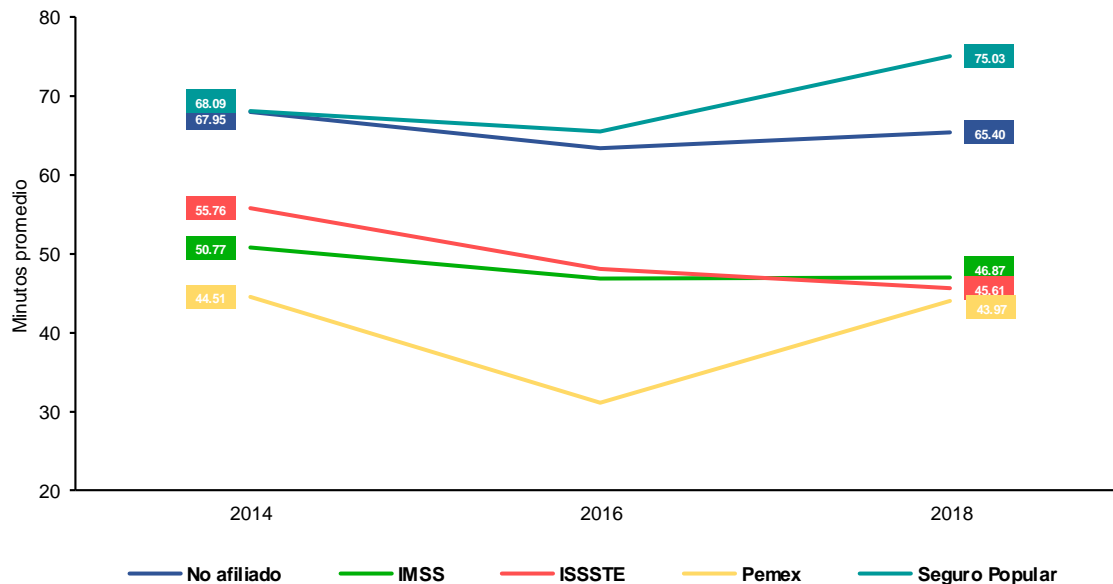
Nota: La información se reporta desde 2014 debido a un cambio en el cuestionario de la ENIGH después del 2012, lo cual no permite preservar la comparabilidad en el tiempo.

Gráfica 29. Tiempo promedio de traslado al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación, según tamaño de localidad, de 2,500 a 14,999 habitantes, 2014-2018



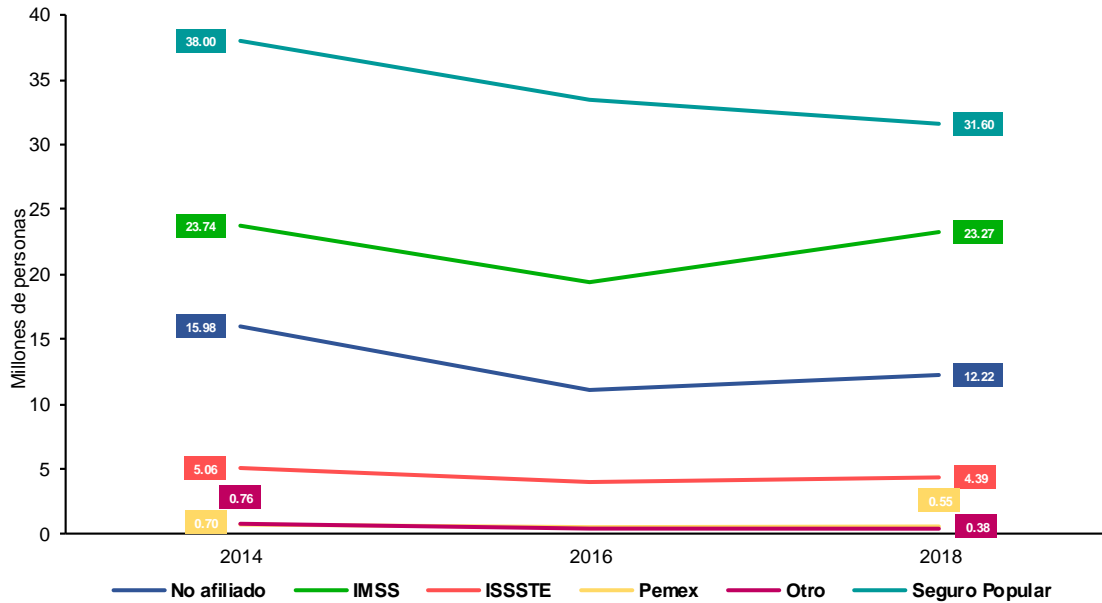
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.
Nota: La información se reporta desde 2014 debido a un cambio en el cuestionario de la ENIGH después del 2012, lo cual no permite preservar la comparabilidad en el tiempo.

Gráfica 30. Tiempo promedio de traslado al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación, según tamaño de localidad, menos de 2,500 habitantes, 2014-2018



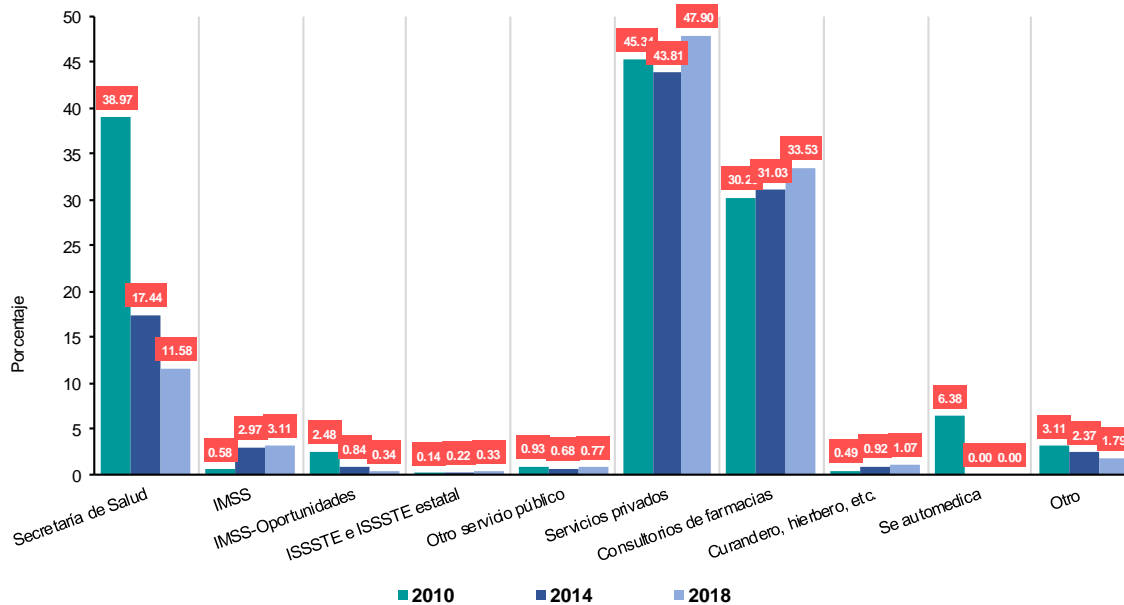
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.
Nota: La información se reporta desde 2014 debido a un cambio en el cuestionario de la ENIGH después del 2012, lo cual no permite preservar la comparabilidad en el tiempo.

Gráfica 31. Número de personas cuyos problemas de salud les impidieron realizar sus actividades diarias en los últimos doce meses, por tipo de afiliación, 2014-2018



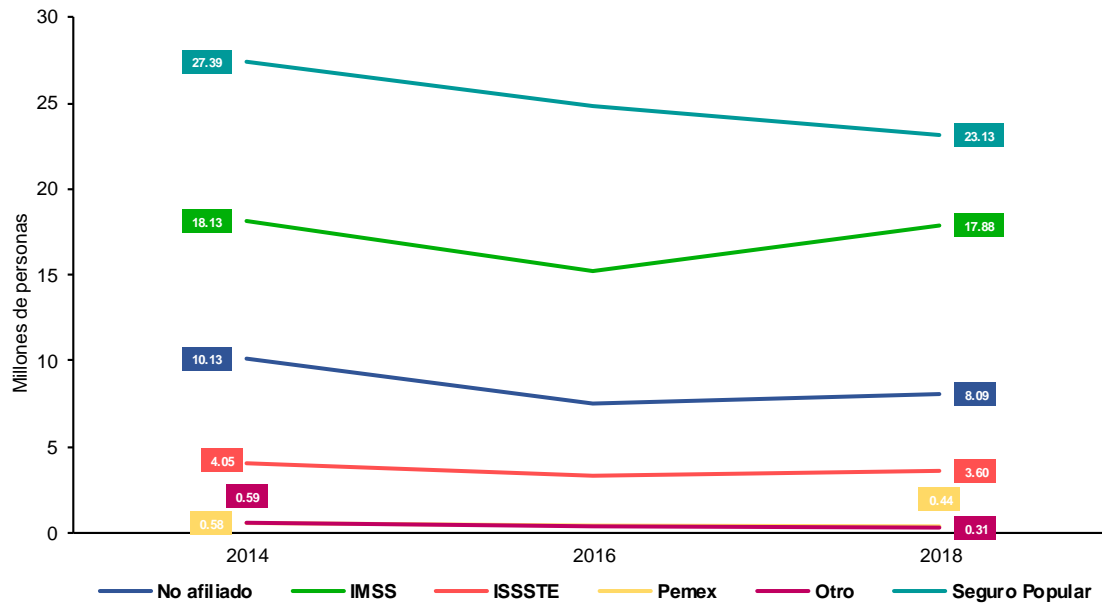
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.
Nota: La información se reporta desde 2014 debido a un cambio en el cuestionario de la ENIGH después del 2012, lo cual no permite preservar la comparabilidad en el tiempo.

Gráfica 32. Lugar de atención de las personas no afiliadas a ninguna institución de servicios de salud, 2010-2018



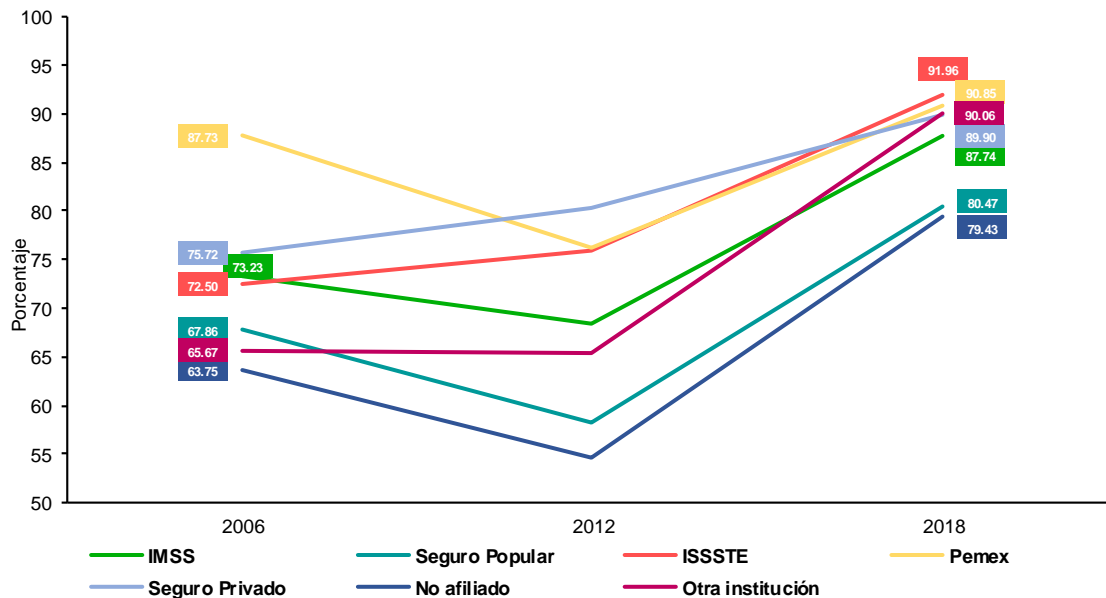
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2018.

Gráfica 33. Número de personas que reportaron tener problemas de salud y que fueron atendidas, por tipo de afiliación, 2014-2018



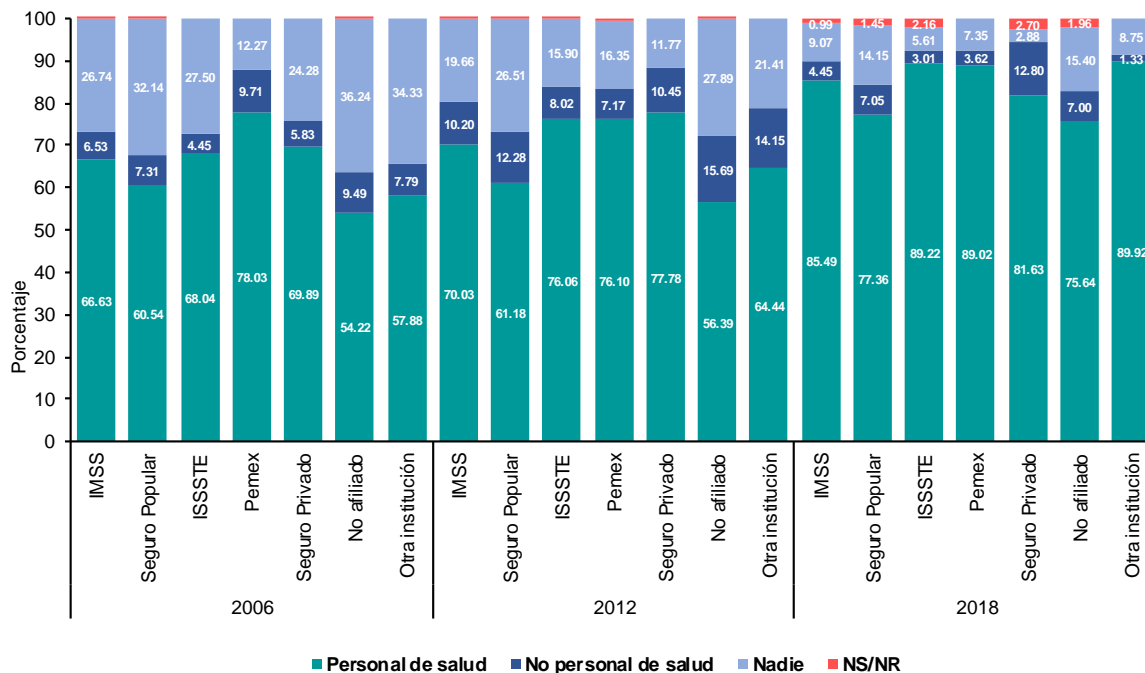
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.
Nota: La información se reporta desde 2014 debido a un cambio en el cuestionario de la ENIGH después del 2012, lo cual no permite preservar la comparabilidad en el tiempo.

Gráfica 34. Porcentaje de personas que sí recibieron atención a sus problemas de salud en las últimas dos semanas, por tipo de afiliación, 2006-2018



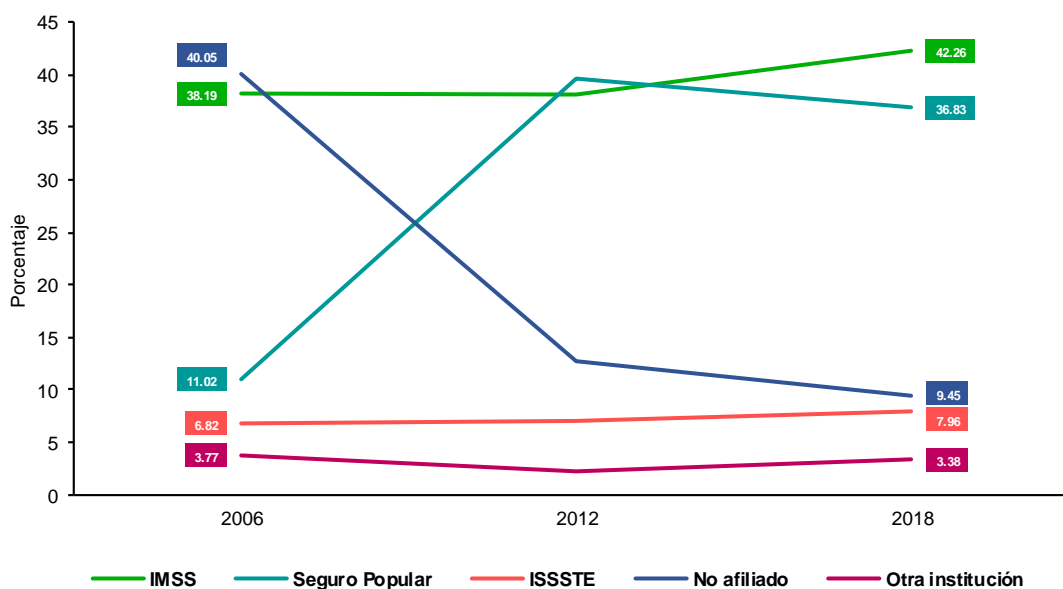
Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENSANUT 2006, 2012 y 2018.

Gráfica 35. Porcentaje de personas según el tipo de personal que las atendió durante su problema de salud, por tipo de afiliación, 2006-2018



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENSANUT 2006, 2012 y 2018.

Gráfica 36. Porcentaje de personas que estuvieron hospitalizadas, por tipo de afiliación, 2006-2018



Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENSANUT 2006, 2012 y 2018.
Nota: Otra institución incluye Pemex, Seguro Privado y Otra institución.

ANEXO 2

Cuadro 12. Incidencia de gasto catastrófico en salud, 2010-2018

Indicador	2010			2012			2014		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud	0.0221	0.0013	5.6860	0.0200	0.0018	8.8377	0.0198	0.0013	6.5715
Porcentaje de personas con gasto catastrófico en salud	0.0193	0.0013	6.5956	0.0157	0.0016	10.1560	0.0162	0.0011	7.0615

Indicador	2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud	0.0204	0.0008	3.8834	0.0213	0.0007	3.4054
Porcentaje de personas con gasto catastrófico en salud	0.0175	0.0008	4.5033	0.0183	0.0007	4.0604

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH de 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 13. Gasto catastrófico en salud, por tipo de afiliación, 2010-2018

Tipo de afiliación	2010			2012			2014		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Seguro Popular	0.0204	0.0019	9.4070	0.0193	0.0024	12.2801	0.0188	0.0017	9.1223
Otra institución	0.0118	0.0013	11.0495	0.0090	0.0016	18.2513	0.0095	0.0011	11.5512
Sin afiliación	0.0271	0.0030	11.0938	0.0190	0.0037	19.6340	0.0227	0.0027	11.7356

Tipo de afiliación	2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Seguro Popular	0.0204	0.0012	5.8148	0.0227	0.0011	4.7556
Otra institución	0.0116	0.0008	7.2612	0.0129	0.0009	6.6678
Sin afiliación	0.0226	0.0017	7.4264	0.0198	0.0016	7.9311

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH de 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 14. Gasto de bolsillo en salud, por tipo de gasto, 2010-2018

Tipo de gasto	2010			2012			2014		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Atención Primaria y Ambulatoria	0.6284	0.0057	0.9089	0.6111	0.0090	1.4670	0.6065	0.0063	1.0394
Atención Hospitalaria	0.0507	0.0026	5.0342	0.0479	0.0041	8.5148	0.0462	0.0026	5.7100
Medicamentos sin receta	0.3209	0.0057	1.7699	0.3409	0.0087	2.5572	0.3473	0.0062	1.7980

Tipo de gasto	2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Atención Primaria y Ambulatoria	0.6220	0.0038	0.6136	0.6091	0.0038	0.6175
Atención Hospitalaria	0.0410	0.0015	3.6265	0.0391	0.0013	3.3282
Medicamentos sin receta	0.3371	0.0037	1.0939	0.3518	0.0038	1.0693

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH de 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 15. Gasto de bolsillo en salud, por tipo de gasto, por tipo de afiliación, 2010-2018

Tipo de afiliación	2010			2012			2014		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Atención Primaria y Ambulatoria									
Seguro Popular	0.6286	0.0100	1.5883	0.5938	0.0138	2.3231	0.5984	0.0093	1.5559
Otra institución	0.6344	0.0090	1.4118	0.6182	0.0151	2.4371	0.6172	0.0100	1.6151
Sin afiliación	0.6489	0.0103	1.5947	0.6407	0.0176	2.7546	0.6428	0.0109	1.7002
Atención Hospitalaria									
Seguro Popular	0.0622	0.0047	7.5667	0.0553	0.0073	13.1874	0.0485	0.0037	7.5674
Otra institución	0.0516	0.0044	8.5550	0.0510	0.0064	12.6249	0.0520	0.0045	8.6306
Sin afiliación	0.0557	0.0045	8.0027	0.0556	0.0096	17.3055	0.0509	0.0048	9.4194
Medicamentos sin receta									
Seguro Popular	0.3092	0.0101	3.2813	0.3509	0.0133	3.7794	0.3530	0.0093	2.6316
Otra institución	0.3140	0.0086	2.7257	0.3308	0.0141	4.2695	0.3308	0.0097	2.9392
Sin afiliación	0.2954	0.0101	3.4024	0.3037	0.0162	5.3260	0.3063	0.0107	3.5039

Tipo de afiliación	2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Atención Primaria y Ambulatoria						
Seguro Popular	0.6190	0.0062	0.9984	0.6227	0.0055	0.8816
Otra institución	0.6368	0.0054	0.8503	0.6196	0.0054	0.8780
Sin afiliación	0.6540	0.0070	1.0683	0.6315	0.0069	1.0904
Atención Hospitalaria						
Seguro Popular	0.0435	0.0023	5.2747	0.0416	0.0019	4.6849
Otra institución	0.0447	0.0023	5.2398	0.0431	0.0021	4.8846
Sin afiliación	0.0488	0.0032	6.6424	0.0495	0.0032	6.4328
Medicamentos sin receta						
Seguro Popular	0.3375	0.0058	1.7205	0.3357	0.0054	1.6056
Otra institución	0.3185	0.0052	1.6416	0.3374	0.0053	1.5764
Sin afiliación	0.2972	0.0066	2.2251	0.3189	0.0066	2.0614

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENIGH de 2010, 2012, 2014, 2016 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 16. Población afiliada al Seguro Popular por entidad federativa, 2008-2018

Estado	2008			2010			2012		
	Total por entidad	Error estándar	CV (%) ¹	Total por entidad	Error estándar	CV (%)	Total por entidad	Error estándar	CV (%)
Aguascalientes	292,201	32,998.73	11.2932	373,290	24,535.81	6.5729	449,777	24,013.15	5.3389
Baja California	398,198	30,395.81	7.6333	597,505	35,800.80	5.9917	1,080,837	68,561.45	6.3434
Baja California Sur	96,251	10,678.05	11.0940	158,374	11,009.34	6.9515	214,291	13,799.58	6.4396
Campeche	288,500	23,005.24	7.9741	379,326	17,772.61	4.6853	466,929	19,571.94	4.1916
Coahuila	180,036	24,292.75	13.4933	392,190	33,853.81	8.6320	699,561	45,885.51	6.5592
Colima	197,391	14,629.99	7.4117	265,963	13,826.73	5.1987	269,595	12,981.23	4.8151
Chiapas	1,445,003	142,433.02	9.8569	2,394,236	122,524.78	5.1175	3,095,550	134,290.85	4.3382
Chihuahua	438,461	60,813.09	13.8697	900,910	61,030.93	6.7744	1,209,246	64,671.65	5.3481
Ciudad de México	648,395	51,403.38	7.9278	1,353,044	74,197.61	5.4838	2,305,949	125,323.71	5.4348
Durango	250,830	24,886.31	9.9216	543,439	39,219.54	7.2169	749,576	34,735.61	4.6340
Guanajuato	1,419,499	120,053.57	8.4575	2,285,095	103,877.79	4.5459	2,714,711	115,657.36	4.2604
Guerrero	741,908	90,516.97	12.2006	1,419,950	77,393.00	5.4504	1,950,060	83,441.51	4.2789
Hidalgo	707,398	89,629.44	12.6703	1,191,298	94,482.48	7.9311	1,582,996	79,838.75	5.0435
Jalisco	1,158,547	87,614.16	7.5624	1,750,859	155,555.42	8.8845	2,369,184	139,568.43	5.8910
México	1,955,389	149,317.04	7.6362	3,819,205	263,572.67	6.9012	5,645,630	279,273.64	4.9467
Michoacán	778,031	82,364.06	10.5862	1,500,234	143,282.08	9.5506	2,025,620	107,933.63	5.3284
Morelos	481,340	31,631.43	6.5715	633,855	39,064.25	6.1630	815,628	41,169.88	5.0476
Nayarit	319,539	22,894.06	7.1647	471,017	22,991.74	4.8813	566,058	20,867.77	3.6865
Nuevo León	454,252	50,422.73	11.1002	836,662	75,712.17	9.0493	1,059,454	73,528.63	6.9402
Oaxaca	931,793	105,029.66	11.2718	1,636,725	143,194.03	8.7488	2,349,061	133,180.39	5.6695
Puebla	1,063,900	107,071.23	10.0640	1,864,156	147,886.09	7.9331	2,900,274	136,912.06	4.7207
Querétaro	435,283	28,749.48	6.6048	686,667	37,094.74	5.4021	835,319	35,642.15	4.2669
Quintana Roo	194,826	17,445.96	8.9546	372,760	24,431.30	6.5542	517,212	25,598.74	4.9494
San Luis Potosí	714,034	85,812.68	12.0180	1,097,550	70,242.55	6.3999	1,409,383	62,564.82	4.4392
Sinaloa	637,232	57,553.30	9.0318	877,182	56,481.35	6.4390	1,145,341	62,277.41	5.4375
Sonora	389,854	29,808.14	7.6460	600,709	56,631.08	9.4274	909,493	47,641.18	5.2382
Tabasco	1,014,289	65,709.58	6.4784	1,146,541	61,985.72	5.4063	1,221,672	50,694.34	4.1496
Tamaulipas	757,772	55,018.67	7.2606	934,959	66,079.96	7.0677	1,334,950	74,835.90	5.6059
Tlaxcala	297,288	26,816.99	9.0205	464,203	20,597.81	4.4372	626,243	23,310.30	3.7222
Veracruz	1,923,329	224,255.56	11.6598	2,688,626	214,873.93	7.9920	3,591,573	186,246.18	5.1856
Yucatán	483,037	38,408.51	7.9515	675,773	30,193.03	4.4679	922,204	51,369.22	5.5703
Zacatecas	469,406	39,823.23	8.4837	654,685	40,581.99	6.1987	800,741	39,024.96	4.8736

Estado	2014			2016			2018		
	Total por entidad	Error estándar	CV (%)	Total por entidad	Error estándar	CV (%)	Total por entidad	Error estándar	CV (%)
Aguascalientes	483,106	23,687.04	4.9031	440,925	20,293.33	4.6024	416,079	23,060.31	5.5423
Baja California	968,226	48,706.69	5.0305	947,798	45,450.82	4.7954	974,979	57,677.01	5.9157
Baja California Sur	226,830	13,102.02	5.7761	239,390	10,881.94	4.5457	221,182	12,660.84	5.7242
Campeche	484,218	16,003.84	3.3051	523,893	17,058.66	3.2561	513,110	16,278.28	3.1725
Coahuila	690,700	44,979.96	6.5122	759,837	33,849.37	4.4548	523,794	27,392.56	5.2296
Colima	299,026	12,138.90	4.0595	286,362	13,356.52	4.6642	290,928	12,041.88	4.1391
Chiapas	3,484,320	126,338.27	3.6259	3,831,022	143,798.03	3.7535	3,793,718	152,483.46	4.0194
Chihuahua	1,158,114	58,270.45	5.0315	1,285,719	48,132.05	3.7436	1,135,713	36,675.16	3.2293
Ciudad de México	2,196,894	111,170.12	5.0603	2,334,955	111,378.93	4.7701	2,141,406	121,066.51	5.6536
Durango	715,946	37,200.15	5.1959	765,693	31,236.00	4.0794	713,019	28,550.96	4.0042
Guanajuato	2,832,604	116,199.33	4.1022	2,901,010	113,323.41	3.9063	2,793,768	98,511.84	3.5261
Guerrero	2,279,136	69,607.05	3.0541	2,421,013	94,971.29	3.9228	2,382,709	84,571.32	3.5494
Hidalgo	1,617,922	71,337.83	4.4092	1,860,215	83,329.23	4.4795	1,784,571	73,216.34	4.1027
Jalisco	2,766,047	146,940.36	5.3123	2,943,737	139,206.00	4.7289	2,544,301	130,662.27	5.1355
México	6,814,247	285,110.09	4.1840	7,579,863	316,880.88	4.1806	6,884,980	222,429.10	3.2306
Michoacán	2,316,352	106,189.96	4.5844	2,410,992	96,427.41	3.9995	2,372,242	116,730.96	4.9207
Morelos	1,012,304	38,990.88	3.8517	1,021,662	40,396.78	3.9540	1,013,316	40,471.71	3.9940
Nayarit	550,758	23,035.40	4.1825	598,177	26,986.79	4.5115	578,932	41,137.99	7.1058
Nuevo León	1,067,757	65,143.08	6.1009	1,166,810	66,937.89	5.7368	1,063,812	55,722.38	5.2380
Oaxaca	2,511,999	97,958.77	3.8996	2,788,234	122,499.95	4.3935	2,673,761	93,417.15	3.4938
Puebla	3,543,914	119,212.24	3.3639	3,596,351	132,427.17	3.6823	3,452,822	119,765.84	3.4686
Querétaro	852,469	35,131.87	4.1212	892,056	34,319.48	3.8472	912,734	29,401.18	3.2212
Quintana Roo	561,156	31,153.11	5.5516	604,384	32,445.74	5.3684	642,197	30,655.05	4.7735
San Luis Potosí	1,500,064	54,371.71	3.6246	1,489,727	56,149.80	3.7691	1,394,599	46,811.36	3.3566
Sinaloa	1,156,778	54,111.10	4.6777	1,146,257	43,581.96	3.8021	1,040,281	42,709.56	4.1056
Sonora	916,463	42,322.61	4.6180	973,563	38,676.38	3.9727	963,349	59,814.33	6.2090
Tabasco	1,252,054	51,631.49	4.1237	1,434,182	53,373.79	3.7215	1,458,481	48,301.74	3.3118
Tamaulipas	1,257,699	65,393.61	5.1995	1,270,702	59,567.22	4.6877	1,211,543	57,667.33	4.7598
Tlaxcala	764,743	24,920.34	3.2587	859,254	26,245.22	3.0544	780,088	25,701.67	3.2947
Veracruz	4,027,896	199,433.58	4.9513	4,336,451	188,072.75	4.3370	4,353,766	187,135.77	4.2983
Yucatán	897,204	39,420.47	4.3937	975,985	47,064.51	4.8223	906,308	43,418.60	4.7907
Zacatecas	906,037	32,222.70	3.5564	933,250	32,476.82	3.4800	892,346	29,077.00	3.2585

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 17. Tiempo promedio en minutos de traslado al hospital en caso de emergencia, por tipo de afiliación, 2008-2018

Tipo de afiliación	2008			2010			2012		
	Media	Error estándar	CV (%) ¹	Media	Error estándar	CV (%)	Media	Error estándar	CV (%)
No afiliado	52.0255	1.5757	3.0287	52.5337	2.1563	4.1046	42.1585	0.7879	1.8690
IMSS	32.1912	0.6124	1.9023	36.2725	2.0046	5.5266	31.1394	0.7196	2.3108
ISSSTE	33.1095	1.0714	3.2359	42.7116	6.8307	15.9925	34.5761	1.0547	3.0504
Pemex	29.6193	1.7269	5.8302	33.9003	4.6348	13.6718	31.1913	2.6672	8.5513
Otro	37.7463	2.1882	5.7970	30.9130	2.1362	6.9103	43.1552	12.8429	29.7598
Seguro Popular	57.0035	1.6695	2.9287	58.4985	1.4224	2.4316	51.4690	1.1006	2.1384

Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Media	Error estándar	CV (%)	Media	Error estándar	CV (%)	Media	Error estándar	CV (%)
No afiliado	41.2905	1.0235	2.4787	38.2607	0.5772	1.5087	39.9579	0.7901	1.9774
IMSS	31.0850	0.5029	1.6177	31.7707	0.4753	1.4962	32.0863	0.3541	1.1036
ISSSTE	32.0752	0.9046	2.8202	32.3487	0.8561	2.6464	41.5416	6.0495	14.5624
Pemex	31.2416	1.8372	5.8805	30.2806	2.2350	7.3810	32.7208	2.1336	6.5206
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	57.9493	7.4837	12.9141	62.8749	7.8898	12.5485
Otro	30.5619	1.6165	5.2892	28.8509	2.2989	7.9684	23.9962	1.0510	4.3799
Seguro Popular	48.7408	0.8469	1.7376	48.6658	0.8341	1.7139	52.9451	0.8816	1.6651

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Nota: la información de los afiliados al IMSS-Prospera se reporta a partir de 2014.

Cuadro 18. Tiempo promedio en minutos 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, 2008-2018

Tipo de afiliación	Localidades de 100,000 y más habitantes			Localidades de 15,000 a 99,000 habitantes		
	Media	Error estándar	CV (%) ¹	Media	Error estándar	CV (%)
2008						
No afiliado	36.3311	1.6543	4.5534	34.5959	1.5070	4.3561
IMSS	29.6148	0.7622	2.5738	27.6625	1.1458	4.1422
ISSSTE	28.5024	1.0163	3.5656	28.4190	4.0131	14.1210
Pemex	27.4433	2.1889	7.9762	26.7600	3.3272	12.4337
Otro	31.8811	2.6275	8.2415	30.3171	2.5661	8.4642
Seguro Popular	38.8380	2.0920	5.3865	34.8996	2.3920	6.8539
2010						
No afiliado	38.4561	3.6033	9.3699	34.4606	1.0933	3.1726
IMSS	30.4090	1.0069	3.3112	34.3913	1.9539	5.6814

Tipo de afiliación	Localidades de 100,000 y más habitantes			Localidades de 15,000 a 99,000 habitantes		
	Media	Error estándar	CV (%) ¹	Media	Error estándar	CV (%)
ISSSTE	43.8249	11.3147	25.8179	27.9843	2.3612	8.4375
Pemex	27.1134	1.6512	6.0900	42.7718	19.6129	45.8547
Otro	25.3651	1.7124	6.7510	39.7133	14.4115	36.2887
Seguro Popular	37.1027	1.9165	5.1655	35.1270	1.1361	3.2342
2012						
No afiliado	31.2044	0.9332	2.9905	32.4330	1.4501	4.4710
IMSS	28.5444	0.9502	3.3290	28.1044	1.5545	5.5310
ISSSTE	31.1228	1.3837	4.4460	26.5390	1.3633	5.1371
Pemex	30.2266	3.9443	13.0492	23.3274	2.6942	11.5494
Otro	46.1660	19.1635	41.5101	33.0692	3.8733	11.7126
Seguro Popular	34.3446	1.2839	3.7383	32.5012	0.9998	3.0761
2014						
No afiliado	31.8847	1.2366	3.8783	31.4961	1.8159	5.7656
IMSS	28.5085	0.3604	1.2640	28.1836	1.2715	4.5114
ISSSTE	30.1435	1.0446	3.4655	24.0415	1.1576	4.8151
Pemex	27.5845	1.9437	7.0462	29.1440	5.3249	18.2710
Otro	27.3312	1.5556	5.6919	27.9731	3.7047	13.2437
Seguro Popular	34.5457	0.4759	1.3777	32.0290	1.2408	3.8738
2016						
No afiliado	30.2018	0.5601	1.8545	30.7079	1.0472	3.4102
IMSS	29.0100	0.4053	1.3971	29.3094	1.0547	3.5984
ISSSTE	29.2792	0.9254	3.1606	26.0841	1.9778	7.5822
Pemex	29.0453	2.7271	9.3893	33.2973	4.6829	14.0638
IMSS-Prospera	15.9434	4.2236	26.4909	20.6444	4.9563	24.0078
Otro	23.3061	1.1638	4.9936	21.9056	4.3610	19.9079
Seguro Popular	36.3160	0.8271	2.2774	32.4707	0.9084	2.7977
2018						
No afiliado	31.6279	1.1146	3.5242	28.4817	0.9130	3.2054
IMSS	29.5992	0.4256	1.4379	27.3931	0.9892	3.6110
ISSSTE	45.2084	9.8354	21.7557	23.0876	1.0934	4.7357
Pemex	31.1978	2.4182	7.7513	24.2301	5.7733	23.8268
IMSS-Prospera	26.5227	5.0997	19.2279	25.8910	9.9603	38.4700
Otro	21.4571	1.1506	5.3625	28.7218	4.2272	14.7178
Seguro Popular	35.6543	0.6257	1.7550	31.3298	1.6802	5.3628

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Nota: la información de los afiliados al IMSS-Prospera se reporta a partir de 2014.

Cuadro 19. Tiempo promedio en minutos 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, 2008-2018

Tipo de afiliación	Localidades de 2,500 a 14,999 habitantes			Localidades de menos de 2,500 habitantes		
	Media	Error estándar	CV (%) ¹	Media	Error estándar	CV (%)
2008						
No afiliado	51.4694	2.2940	4.4570	85.8809	4.6350	5.3970
IMSS	42.6625	2.0864	4.8905	51.0715	2.5668	5.0259
ISSSTE	45.5796	3.3879	7.4328	57.2145	3.6379	6.3583
Pemex	32.9632	3.9475	11.9754	50.2647	8.8670	17.6407
Otro	49.2516	8.1260	16.4989	62.5661	5.5247	8.8302
Seguro Popular	47.9179	1.6461	3.4352	75.5028	3.1935	4.2296
2010						
No afiliado	57.5752	6.9638	12.0951	88.1136	4.6813	5.3128
IMSS	70.8820	19.5692	27.6082	49.2952	2.1223	4.3052
ISSSTE	47.7091	2.4276	5.0883	54.0798	3.6378	6.7267
Pemex	45.5756	7.2465	15.9000	51.9939	9.7122	18.6796
Otro	30.7073	6.1424	20.0030	62.8005	7.6976	12.2572
Seguro Popular	50.0892	2.1105	4.2135	83.8492	2.8962	3.4540
2012						
No afiliado	51.2509	1.9348	3.7751	68.6968	2.3336	3.3970
IMSS	41.4127	1.7209	4.1556	46.9938	1.6763	3.5671
ISSSTE	48.1993	4.1423	8.5942	55.2402	3.3595	6.0816
Pemex	45.8427	6.3185	13.7830	52.2770	4.9143	9.4004
Otro	37.2164	4.6323	12.4471	41.5139	7.2550	17.4762
Seguro Popular	54.3778	3.2550	5.9859	70.7496	2.1326	3.0143
2014						
No afiliado	45.1579	2.0388	4.5147	67.9515	3.3107	4.8722
IMSS	38.2633	1.4747	3.8541	50.7689	4.6062	9.0730
ISSSTE	38.6731	2.5334	6.5509	55.7560	5.8416	10.4771
Pemex	44.0436	4.6288	10.5095	44.5070	5.6182	12.6231
Otro	45.5907	9.0471	19.8441	48.6954	7.3522	15.0983
Seguro Popular	45.6460	1.4138	3.0973	68.0906	2.0083	2.9495
2016						
No afiliado	43.4862	1.3859	3.1869	63.3561	2.1497	3.3931
IMSS	43.8142	3.7724	8.6099	46.8303	1.4837	3.1682
ISSSTE	46.1114	3.9684	8.6061	47.9370	2.4237	5.0560
Pemex	31.4091	3.7514	11.9436	31.0874	8.5514	27.5075
IMSS-Prospera	46.9747	8.4739	18.0393	76.9506	10.3908	13.5032
Otro	67.3667	19.3671	28.7488	68.5895	24.9374	36.3574
Seguro Popular	47.0737	1.5473	3.2869	65.4777	1.9244	2.9390

Tipo de afiliación	Localidades de 2,500 a 14,999 habitantes			Localidades de menos de 2,500 habitantes		
	Media	Error estándar	CV (%) ¹	Media	Error estándar	CV (%)
2018						
No afiliado	44.6794	1.4588	3.2650	65.3991	1.7930	2.7416
IMSS	39.7083	1.1270	2.8383	46.8742	1.0509	2.2419
ISSSTE	44.6379	2.9252	6.5533	45.6100	1.9856	4.3534
Pemex	40.0189	6.5074	16.2609	43.9721	11.0118	25.0427
IMSS-Prospera	62.3266	21.6204	34.6888	78.6931	10.2380	13.0100
Otro	29.1468	2.7570	9.4590	41.3366	4.4384	10.7371
Seguro Popular	46.7746	1.2460	2.6639	75.0264	1.8948	2.5255

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

1/ El 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 se considera aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Nota: la información de los afiliados al IMSS-Prospera se reporta a partir de 2014.

Cuadro 20. Proporción de personas cuyos problemas de salud les impidió realizar sus actividades diarias en los últimos doce meses, por tipo de afiliación, 2008-2018

Tipo de afiliación	2008			2010			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
No afiliado	0.2326	0.0029	1.2613	0.2059	0.0047	2.2611	0.1942	0.0034	1.7504
IMSS	0.2521	0.0029	1.1479	0.2503	0.0034	1.3619	0.2486	0.0034	1.3829
ISSSTE	0.2606	0.0052	2.0043	0.2585	0.0090	3.4653	0.2612	0.0064	2.4346
Pemex	0.2450	0.0172	7.0118	0.2702	0.0231	8.5473	0.2828	0.0207	7.3210
Otro	0.2553	0.0140	5.4794	0.2498	0.0143	5.7294	0.1766	0.0123	6.9604
Seguro Popular	0.2902	0.0044	1.5201	0.2475	0.0035	1.3951	0.2516	0.0030	1.1944
Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
No afiliado	0.6679	0.0050	0.7545	0.5197	0.0050	0.9646	0.5448	0.0053	0.9723
IMSS	0.6929	0.0045	0.6521	0.5352	0.0043	0.8051	0.5790	0.0042	0.7278
ISSSTE	0.6776	0.0085	1.2507	0.5204	0.0076	1.4598	0.5494	0.0080	1.4599
Pemex	0.6850	0.0237	3.4651	0.5427	0.0249	4.5916	0.6201	0.0237	3.8264
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.6298	0.0498	7.9103	0.6086	0.0605	9.9429
Otro	0.6851	0.0194	2.8386	0.5168	0.0204	3.9510	0.5351	0.0257	4.8080
Seguro Popular	0.7291	0.0043	0.5922	0.6019	0.0038	0.6245	0.5982	0.0040	0.6619

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

1/ El 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 se considera aceptable; mayor de 25 por ciento, con reserva, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Nota: la información de los afiliados al IMSS-Prospera se reporta a partir de 2014.

Cuadro 21. Número de personas cuyos problemas de salud les impidió realizar sus actividades diarias en los últimos doce meses, por tipo de afiliación, 2008-2018

Tipo de afiliación	2008			2010			2012		
	Número de personas	Error estándar	CV (%) ¹	Número de personas	Error estándar	CV (%)	Número de personas	Error estándar	CV (%)
No afiliado	10,600,844	186,655.00	1.7608	7,493,991	301,179.51	4.0189	5,324,838	109,569.82	2.0577
IMSS	8,573,429	121,974.54	1.4227	8,238,219	154,977.28	1.8812	7,996,074	137,326.03	1.7174
ISSSTE	1,893,465	49,683.48	2.6239	2,056,003	69,929.72	3.4012	1,870,517	58,921.40	3.1500
Pemex	242,652	18,343.80	7.5597	275,704	33,344.08	12.0942	258,017	27,243.35	10.5587
Otro	562,567	39,460.67	7.0144	320,784	26,404.26	8.2312	319,938	30,245.34	9.4535
Seguro Popular	6,257,865	149,505.03	2.3891	8,654,351	160,566.21	1.8553	12,035,232	175,994.21	1.4623
Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Número de personas	Error estándar	CV (%)	Número de personas	Error estándar	CV (%)	Número de personas	Error estándar	CV (%)
No afiliado	15,977,535	226,602.09	1.4183	11,074,782	165,308.14	1.4927	12,219,739	192,405.23	1.5745
IMSS	23,743,964	276,420.87	1.1642	19,386,088	243,975.39	1.2585	23,266,199	283,774.77	1.2197
ISSSTE	5,059,132	121,091.60	2.3935	3,976,784	102,298.34	2.5724	4,394,888	114,194.81	2.5984
Pemex	700,249	63,542.70	9.0743	500,035	61,982.43	12.3956	553,023	53,316.34	9.6409
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	73,072	10,400.85	14.2337	30,860	6,398.10	20.7327
Otro	759,012	44,291.31	5.8354	421,432	25,994.38	6.1681	379,659	28,089.86	7.3987
Seguro Popular	37,995,591	404,379.28	1.0643	33,475,016	367,616.67	1.0982	31,599,408	334,958.50	1.0600

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018. Nota: la información de los afiliados al IMSS-Prospera se reporta a partir de 2014.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 22. Proporción de personas que recibieron y que no recibieron atención médica a sus problemas de salud, por tipo de afiliación, 2008-2018

Tipo de afiliación	2008			2010			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
No recibieron atención médica									
No afiliado	0.1147	0.0040	3.4740	0.1574	0.0076	4.8457	0.1798	0.0066	3.6651
IMSS	0.0487	0.0025	5.1360	0.0714	0.0040	5.6596	0.0677	0.0031	4.5893
ISSSTE	0.0322	0.0035	10.8886	0.0560	0.0049	8.7250	0.0639	0.0059	9.1811
Pemex	0.0223	0.0064	28.8402	0.0338	0.0126	37.3305	0.0486	0.0154	31.7571
Otro	0.0517	0.0095	18.4281	0.0382	0.0086	22.5860	0.0317	0.0106	33.5081
Seguro Popular	0.0807	0.0040	4.9155	0.1274	0.0050	3.9170	0.1227	0.0039	3.1742
Si recibieron atención médica									
No afiliado	0.8853	0.0040	0.4501	0.8426	0.0076	0.9055	0.8202	0.0066	0.8036
IMSS	0.9513	0.0025	0.2630	0.9286	0.0040	0.4349	0.9323	0.0031	0.3330
ISSSTE	0.9678	0.0035	0.3626	0.9440	0.0049	0.5178	0.9361	0.0059	0.6267
Pemex	0.9777	0.0064	0.6590	0.9662	0.0126	1.3067	0.9514	0.0154	1.6213

Otro	0.9483	0.0095	1.0041	0.9618	0.0086	0.8967	0.9683	0.0106	1.0973
Seguro Popular	0.9193	0.0040	0.4317	0.8726	0.0050	0.5718	0.8773	0.0039	0.4439
Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
No recibieron atención médica									
No afiliado	0.3658	0.0050	1.3704	0.3209	0.0054	1.6684	0.3381	0.0057	1.6985
IMSS	0.2363	0.0035	1.4911	0.2147	0.0036	1.6936	0.2315	0.0035	1.5165
ISSSTE	0.1994	0.0064	3.2142	0.1639	0.0065	3.9539	0.1815	0.0070	3.8761
Pemex	0.1756	0.0166	9.4500	0.1364	0.0199	14.5704	0.1990	0.0220	11.0759
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.3827	0.0591	15.4358	0.2647	0.0594	22.4271
Otro	0.2196	0.0167	7.6065	0.1787	0.0178	9.9745	0.1821	0.0195	10.6849
Seguro Popular	0.2791	0.0034	1.2161	0.2574	0.0036	1.3991	0.2680	0.0035	1.3152
Si recibieron atención médica									
No afiliado	0.6342	0.0050	0.7903	0.6791	0.0054	0.7883	0.6619	0.0057	0.8675
IMSS	0.7637	0.0035	0.4613	0.7853	0.0036	0.4631	0.7685	0.0035	0.4568
ISSSTE	0.8006	0.0064	0.8004	0.8361	0.0065	0.7751	0.8185	0.0070	0.8595
Pemex	0.8244	0.0166	2.0123	0.8636	0.0199	2.3003	0.8010	0.0220	2.7510
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.6173	0.0591	9.5714	0.7353	0.0594	8.0740
Otro	0.7804	0.0167	2.1405	0.8213	0.0178	2.1708	0.8179	0.0195	2.3788
Seguro Popular	0.7209	0.0034	0.4708	0.7426	0.0036	0.4849	0.7320	0.0035	0.4815

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Nota: la información de los afiliados al IMSS-Prospera se reporta a partir de 2014.

Cuadro 23. Número de personas que recibieron atención médica a sus problemas de salud, por tipo de afiliación, 2008-2018

Tipo de afiliación	2008			2010			2012		
	Número de personas	Error estándar	CV (%) ¹	Número de personas	Error estándar	CV (%)	Número de personas	Error estándar	CV (%)
No afiliado	9,384,994	165,334.36	1.7617	6,314,129	295,287.59	4.6766	4,367,307	97,989.23	2.2437
IMSS	8,155,718	116,320.02	1.4262	7,650,297	145,506.30	1.9020	7,455,057	131,902.26	1.7693
ISSSTE	1,832,448	48,525.43	2.6481	1,940,815	68,001.42	3.5038	1,750,986	56,306.76	3.2157
Pemex	237,231	18,227.84	7.6836	266,380	32,763.80	12.2996	245,484	26,756.36	10.8994
Otro	533,497	37,366.99	7.0042	308,535	26,004.71	8.4284	309,793	29,892.90	9.6493
Seguro Popular	5,752,642	137,668.91	2.3931	7,552,004	140,656.25	1.8625	10,558,798	156,181.48	1.4792

Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Número de personas	Error estándar	CV (%)	Número de personas	Error estándar	CV (%)	Número de personas	Error estándar	CV (%)
No afiliado	10,133,714	165,090.86	1.6291	7,521,093	126,345.88	1.6799	8,088,618	143,464.87	1.7737
IMSS	18,134,119	228,985.11	1.2627	15,223,084	195,428.43	1.2838	17,880,162	224,142.19	1.2536

ISSSTE	4,050,501	103,021.96	2.5434	3,324,950	88,986.72	2.6763	3,597,205	99,080.71	2.7544
Pemex	577,316	56,956.91	9.8658	431,855	58,683.52	13.5887	442,992	41,402.84	9.3462
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	45,104	6,026.85	13.3621	22,691	5,169.58	22.7825
Otro	592,329	36,240.32	6.1183	346,106	22,971.93	6.6373	310,525	24,204.60	7.7947
Seguro Popular	27,390,563	301,529.52	1.1009	24,859,443	278,617.52	1.1208	23,131,784	250,255.59	1.0819

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Nota: la información de los afiliados al IMSS-Prospera se reporta a partir de 2014.

Cuadro 24. Lugar de atención médica de las personas afiliadas al Seguro Popular, 2008-2018

Lugar de atención	2008			2010			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Secretaría de Salud	0.9083	0.0053	0.5853	0.7983	0.0068	0.8567	0.7958	0.0058	0.7254
IMSS	0.0356	0.0027	7.5028	0.0699	0.0034	4.9299	0.0870	0.0034	3.9161
IMSS-Oportunidades	0.0455	0.0043	9.3630	0.0364	0.0037	10.1983	0.0360	0.0034	9.5098
ISSSTE	0.0037	0.0007	18.7400	0.0102	0.0011	11.0806	0.0111	0.0010	9.0790
Otro servicio público	0.0039	0.0007	17.6000	0.0058	0.0009	15.7498	0.0110	0.0019	17.1814
Servicios privados	0.1426	0.0060	4.2177	0.1488	0.0059	3.9428	0.1602	0.0051	3.2027
Consultorios de farmacias	0.0944	0.0050	5.2659	0.1282	0.0050	3.8910	0.1922	0.0053	2.7778
Curandero	0.0043	0.0010	23.4584	0.0056	0.0012	21.6536	0.0061	0.0008	13.5799
Se automédica	0.0495	0.0040	8.0438	0.0420	0.0031	7.4901	0.0366	0.0021	5.8396
Otro	0.0140	0.0021	15.1618	0.0811	0.0054	6.6300	0.0158	0.0018	11.4746
Lugar de atención	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Secretaría de Salud	0.5749	0.0048	0.8372	0.5097	0.0049	0.9708	0.4855	0.0051	1.0403
IMSS	0.0661	0.0021	3.1729	0.0555	0.0017	2.9981	0.0466	0.0016	3.4507
IMSS-Oportunidades	0.0235	0.0022	9.3141	0.0220	0.0018	8.1256	0.0175	0.0014	8.0320
ISSSTE	0.0073	0.0007	9.1823	0.0084	0.0007	8.5320	0.0055	0.0006	11.1971
Otro servicio público	0.0055	0.0005	9.8790	0.0055	0.0008	13.7620	0.0048	0.0006	12.3131
Servicios privados	0.1739	0.0035	1.9950	0.2373	0.0040	1.6741	0.2544	0.0040	1.5855
Consultorios de farmacias	0.1282	0.0028	2.2051	0.1479	0.0032	2.1946	0.1720	0.0037	2.1684
Curandero	0.0080	0.0007	8.4565	0.0103	0.0007	7.0875	0.0121	0.0007	5.6528
Se automédica	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Otro	0.0154	0.0011	7.0690	0.0131	0.0008	6.0690	0.0115	0.0008	7.1329

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Nota: la información de los afiliados al IMSS-Prospera se reporta a partir de 2014.

Cuadro 25. Lugar de atención médica, por tipo de afiliación, 2008-2018

Tipo de afiliación	2008			2010			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Secretaría de Salud									
No afiliado	0.4910	0.0075	1.5364	0.3897	0.0190	4.8786	0.3114	0.0096	3.0667
IMSS	0.0684	0.0032	4.6537	0.0557	0.0034	6.0603	0.0487	0.0039	8.0301
ISSSTE	0.0699	0.0054	7.7342	0.0638	0.0063	9.8681	0.0474	0.0052	10.8746
Pemex	0.1382	0.0316	22.8544	0.0307	0.0093	30.3865	0.0327	0.0120	36.7051
Otro	0.1529	0.0192	12.5652	0.1469	0.0266	18.0987	0.0524	0.0132	25.1234
Seguro Popular	0.9083	0.0053	0.5853	0.7983	0.0068	0.8567	0.7958	0.0058	0.7254
IMSS									
No afiliado	0.0097	0.0012	12.9180	0.0058	0.0008	14.1335	0.0059	0.0012	19.4618
IMSS	0.8760	0.0039	0.4495	0.8482	0.0057	0.6676	0.8464	0.0064	0.7595
ISSSTE	0.0580	0.0049	8.3685	0.0551	0.0049	8.9779	0.0644	0.0071	10.9955
Pemex	0.0350	0.0142	40.6111	0.0664	0.0233	35.0889	0.0264	0.0100	37.9724
Otro	0.0631	0.0110	17.4302	0.0442	0.0145	32.8238	0.0464	0.0115	24.8924
Seguro Popular	0.0356	0.0027	7.5028	0.0699	0.0034	4.9299	0.0870	0.0034	3.9161
IMSS-Oportunidades									
No afiliado	0.0379	0.0045	11.7773	0.0248	0.0039	15.9000	0.0221	0.0043	19.6226
IMSS	0.0112	0.0012	10.5794	0.0128	0.0023	17.7261	0.0062	0.0010	15.9424
ISSSTE	0.0043	0.0015	34.9084	0.0052	0.0018	33.8897	0.0051	0.0014	26.8978
Pemex	0.0060	0.0047	77.6509	0.0570	0.0529	92.7244	0.0022	0.0023	100.3722
Otro	0.1349	0.0354	26.2307	0.0414	0.0131	31.6594	0.0044	0.0023	52.4621
Seguro Popular	0.0455	0.0043	9.3630	0.0364	0.0037	10.1983	0.0360	0.0034	9.5098
ISSSTE									
No afiliado	0.0022	0.0005	23.6924	0.0014	0.0004	28.8069	0.0016	0.0005	33.4224
IMSS	0.0019	0.0004	22.8021	0.0028	0.0009	31.8723	0.0021	0.0005	22.2417
ISSSTE	0.8546	0.0078	0.9105	0.8514	0.0106	1.2493	0.8416	0.0102	1.2139
Pemex	0.0295	0.0111	37.4445	0.0091	0.0047	51.2213	0.0156	0.0085	54.8657
Otro	0.0208	0.0069	33.2782	0.0221	0.0089	40.0858	0.0217	0.0083	38.2048
Seguro Popular	0.0037	0.0007	18.7400	0.0102	0.0011	11.0806	0.0111	0.0010	9.0790
Otro servicio público									
No afiliado	0.0114	0.0014	12.2635	0.0093	0.0020	21.1295	0.0092	0.0020	21.3938
IMSS	0.0037	0.0006	17.0436	0.0042	0.0012	27.8116	0.0018	0.0005	29.1188
ISSSTE	0.0044	0.0015	34.0633	0.0029	0.0013	45.0697	0.0012	0.0006	46.3560
Pemex	0.9506	0.0125	1.3110	0.8691	0.0718	8.2602	0.9285	0.0174	1.8753
Otro	0.0111	0.0044	40.0779	0.0276	0.0089	32.2225	0.0150	0.0111	73.9635
Seguro Popular	0.0039	0.0007	17.6000	0.0058	0.0009	15.7498	0.0110	0.0019	17.1814
Consultorios privados									
No afiliado	0.4307	0.0075	1.7383	0.4534	0.0250	5.5085	0.4787	0.0100	2.0915

Tipo de afiliación	2008			2010			2012		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
IMSS	0.2478	0.0055	2.2005	0.2387	0.0091	3.8152	0.2442	0.0067	2.7397
ISSSTE	0.3300	0.0110	3.3472	0.2815	0.0150	5.3128	0.3288	0.0131	3.9757
Pemex	0.1618	0.0236	14.5847	0.1145	0.0223	19.4404	0.1719	0.0290	16.8940
Otro	0.2979	0.0249	8.3727	0.4043	0.0430	10.6396	0.2318	0.0369	15.9270
Seguro Popular	0.1426	0.0060	4.2177	0.1488	0.0059	3.9428	0.1602	0.0051	3.2027
Consultorios de farmacias									
No afiliado	0.2539	0.0064	2.5179	0.3025	0.0154	5.1037	0.3911	0.0096	2.4548
IMSS	0.1145	0.0043	3.7537	0.1103	0.0046	4.1792	0.1573	0.0057	3.6170
ISSSTE	0.0855	0.0070	8.2239	0.0863	0.0074	8.5216	0.1232	0.0085	6.9248
Pemex	0.0637	0.0149	23.3706	0.1544	0.0324	21.0130	0.0649	0.0143	22.0285
Otro	0.0821	0.0172	20.9837	0.0856	0.0253	29.5279	0.0711	0.0269	37.8659
Seguro Popular	0.0944	0.0050	5.2659	0.1282	0.0050	3.8910	0.1922	0.0053	2.7778
Curandero									
No afiliado	0.0082	0.0012	15.0356	0.0049	0.0009	17.5263	0.0069	0.0012	17.9870
IMSS	0.0020	0.0005	24.6342	0.0015	0.0004	24.0425	0.0019	0.0007	36.6837
ISSSTE	0.0020	0.0007	36.2640	0.0012	0.0007	56.2551	0.0009	0.0004	46.4946
Pemex	0.0059	0.0059	99.8388	0.0063	0.0049	77.9207	0.0000	-	-
Otro	0.0017	0.0012	69.1782	0.0027	0.0019	70.6892	0.0014	0.0014	100.3187
Seguro Popular	0.0043	0.0010	23.4584	0.0056	0.0012	21.6536	0.0061	0.0008	13.5799
Automedicación									
No afiliado	0.0614	0.0033	5.4292	0.0638	0.0087	13.5894	0.0473	0.0032	6.7301
IMSS	0.0374	0.0024	6.4530	0.0316	0.0023	7.3537	0.0298	0.0022	7.3410
ISSSTE	0.0383	0.0038	9.8829	0.0244	0.0033	13.4757	0.0218	0.0034	15.7199
Pemex	0.0257	0.0078	30.2945	0.0153	0.0072	47.1516	0.0044	0.0030	67.4681
Otro	0.0337	0.0111	33.0357	0.0329	0.0108	32.9011	0.0000	-	-
Seguro Popular	0.0495	0.0040	8.0438	0.0420	0.0031	7.4901	0.0366	0.0021	5.8396
Otro									
No afiliado	0.0240	0.0022	9.2775	0.0311	0.0036	11.4677	0.0290	0.0030	10.3016
IMSS	0.0104	0.0012	11.4016	0.0098	0.0013	13.7349	0.0121	0.0016	12.9286
ISSSTE	0.0133	0.0028	20.7431	0.0080	0.0020	25.1864	0.0095	0.0027	28.2995
Pemex	0.0171	0.0079	46.0668	0.0000	-	-	0.0021	0.0014	65.3653
Otro	0.5927	0.0349	5.8817	0.4708	0.0414	8.7940	0.7410	0.0379	5.1146
Seguro Popular	0.0140	0.0021	15.1618	0.0811	0.0054	6.6300	0.0158	0.0018	11.4746
Secretaría de Salud									
2014									
2016									
2018									
Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
No afiliado	0.1744	0.0049	2.8001	0.1283	0.0044	3.4308	0.1158	0.0040	3.4970

Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
IMSS	0.0243	0.0013	5.5478	0.0318	0.0018	5.7814	0.0272	0.0013	4.8564
ISSSTE	0.0300	0.0035	11.7827	0.0275	0.0032	11.6623	0.0356	0.0045	12.7117
Pemex	0.0117	0.0054	46.4269	0.0103	0.0048	46.9202	0.0124	0.0047	37.5131
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.2330	0.0537	23.0431	0.1109	0.0493	44.4470
Otro	0.0654	0.0137	20.8718	0.0667	0.0156	23.4722	0.0216	0.0064	29.8455
Seguro Popular	0.5749	0.0048	0.8372	0.5097	0.0049	0.9708	0.4855	0.0051	1.0403
IMSS									
No afiliado	0.0297	0.0018	6.1431	0.0322	0.0021	6.5792	0.0311	0.0024	7.7867
IMSS	0.6053	0.0054	0.8872	0.5349	0.0051	0.9545	0.5497	0.0050	0.9035
ISSSTE	0.0304	0.0032	10.6122	0.0222	0.0025	11.3409	0.0250	0.0031	12.4696
Pemex	0.0051	0.0020	38.5149	0.0094	0.0043	45.3321	0.0158	0.0073	46.1948
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0276	0.0137	49.3833	0.1760	0.0779	44.2692
Otro	0.0206	0.0063	30.6652	0.0153	0.0050	32.6373	0.0252	0.0085	33.8236
Seguro Popular	0.0661	0.0021	3.1729	0.0555	0.0017	2.9981	0.0466	0.0016	3.4507
IMSS-Oportunidades/Prospera									
No afiliado	0.0084	0.0015	18.2368	0.0039	0.0006	15.9108	0.0034	0.0006	17.7866
IMSS	0.0073	0.0009	12.0846	0.0058	0.0007	11.6408	0.0070	0.0007	9.7605
ISSSTE	0.0027	0.0009	31.6105	0.0022	0.0010	43.1419	0.0017	0.0009	53.9633
Pemex	0.0009	0.0009	100.3025	0.0000	-	-	0.0019	0.0019	99.8785
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.3137	0.0603	19.2146	0.3330	0.1109	33.3056
Otro	0.0252	0.0152	60.4452	0.0017	0.0017	99.8753	0.0021	0.0021	99.8924
Seguro Popular	0.0235	0.0022	9.3141	0.0220	0.0018	8.1256	0.0175	0.0014	8.0320
ISSSTE									
No afiliado	0.0022	0.0004	18.6881	0.0026	0.0006	23.3360	0.0033	0.0007	19.9304
IMSS	0.0026	0.0004	15.4622	0.0024	0.0003	13.9506	0.0023	0.0003	13.4773
ISSSTE	0.5881	0.0101	1.7104	0.5549	0.0105	1.8899	0.5508	0.0106	1.9224
Pemex	0.0156	0.0111	71.4665	0.0084	0.0084	100.1428	0.0089	0.0051	57.4655
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0141	0.0138	98.1529	0.0544	0.0423	77.8725
Otro	0.0115	0.0042	36.5732	0.0145	0.0072	49.7000	0.0003	0.0003	100.2728
Seguro Popular	0.0073	0.0007	9.1823	0.0084	0.0007	8.5320	0.0055	0.0006	11.1971
Otro servicio público									
No afiliado	0.0068	0.0011	16.3648	0.0052	0.0010	19.4565	0.0077	0.0016	21.1776
IMSS	0.0029	0.0006	22.0117	0.0021	0.0004	20.2328	0.0016	0.0004	22.7792
ISSSTE	0.0018	0.0005	30.2744	0.0030	0.0012	40.4240	0.0022	0.0011	48.9868
Pemex	0.7244	0.0315	4.3436	0.6681	0.0310	4.6460	0.7123	0.0250	3.5156
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	0.0000	-	0.0279	0.0278	99.8054
Otro	0.0262	0.0079	30.1389	0.0039	0.0026	67.5392	0.0203	0.0128	62.9451
Seguro Popular	0.0055	0.0005	9.8790	0.0055	0.0008	13.7620	0.0048	0.0006	12.3131

Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Consultorios privados									
No afiliado	0.4381	0.0072	1.6487	0.4855	0.0078	1.5978	0.4790	0.0080	1.6756
IMSS	0.2083	0.0044	2.1036	0.2602	0.0047	1.8193	0.2434	0.0042	1.7340
ISSSTE	0.2467	0.0086	3.4697	0.3117	0.0106	3.4067	0.2731	0.0096	3.5078
Pemex	0.1997	0.0279	13.9597	0.1722	0.0207	12.0333	0.1532	0.0187	12.2044
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.2437	0.0578	23.7178	0.2419	0.0940	38.8388
Otro	0.3386	0.0253	7.4844	0.4643	0.0308	6.6350	0.5955	0.0342	5.7461
Seguro Popular	0.1739	0.0035	1.9950	0.2373	0.0040	1.6741	0.2544	0.0040	1.5855
Consultorios de farmacias									
No afiliado	0.3103	0.0069	2.2106	0.3178	0.0074	2.3219	0.3353	0.0077	2.2830
IMSS	0.1346	0.0033	2.4386	0.1563	0.0037	2.3556	0.1614	0.0035	2.1852
ISSSTE	0.0871	0.0052	5.9312	0.0856	0.0051	6.0036	0.1148	0.0078	6.8129
Pemex	0.0472	0.0099	21.0244	0.1342	0.0301	22.4611	0.0920	0.0182	19.7258
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.1426	0.0403	28.2859	0.1010	0.0502	49.7619
Otro	0.0856	0.0120	13.9901	0.0533	0.0134	25.0630	0.0813	0.0163	19.9844
Seguro Popular	0.1282	0.0028	2.2051	0.1479	0.0032	2.1946	0.1720	0.0037	2.1684
Curandero									
No afiliado	0.0092	0.0010	11.2553	0.0107	0.0013	11.9207	0.0107	0.0011	10.3507
IMSS	0.0029	0.0005	17.5476	0.0028	0.0004	14.3891	0.0030	0.0004	13.7751
ISSSTE	0.0027	0.0008	29.7244	0.0032	0.0009	29.0797	0.0036	0.0008	21.8213
Pemex	0.0033	0.0028	85.0326	0.0000	-	-	0.0097	0.0042	43.5720
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0253	0.0186	73.6019	0.0000	-	-
Otro	0.0004	0.0004	100.1859	0.0073	0.0054	73.4312	0.0016	0.0011	65.0609
Seguro Popular	0.0080	0.0007	8.4565	0.0103	0.0007	7.0875	0.0121	0.0007	5.6528
Automedicación									
No afiliado	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
IMSS	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
ISSSTE	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Pemex	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Otro	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Seguro Popular	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
Otro									
No afiliado	0.0237	0.0021	8.9592	0.0203	0.0018	8.7308	0.0179	0.0015	8.4964
IMSS	0.0148	0.0010	6.5415	0.0145	0.0010	7.1639	0.0150	0.0010	6.5351
ISSSTE	0.0148	0.0019	12.9087	0.0118	0.0021	18.1963	0.0098	0.0019	19.1321
Pemex	0.0060	0.0026	43.9458	0.0036	0.0028	77.1178	0.0073	0.0036	49.3494
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0260	0.0188	72.1878

Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Otro	0.4292	0.0287	6.6835	0.3858	0.0297	7.6858	0.2629	0.0292	11.1069
Seguro Popular	0.0154	0.0011	7.0690	0.0131	0.0008	6.0690	0.0115	0.0008	7.1329

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Nota: la información de los afiliados al IMSS-Prospera se reporta a partir de 2014.

Cuadro 26. Motivos por los que no se buscó atención médica, por tipo de afiliación, 2014-2018

Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
No había dónde atenderse									
No afiliado	0.0054	0.0009	17.3073	0.0046	0.0014	30.3809	0.0053	0.0015	27.4576
IMSS	0.0016	0.0005	31.7603	0.0017	0.0010	57.8945	0.0010	0.0002	25.8995
ISSSTE	0.0007	0.0005	69.2821	0.0051	0.0034	67.0394	0.0000	-	-
Pemex	0.0035	0.0035	99.5364	0.0000	-	-	0.0050	0.0050	101.0119
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Seguro Popular	0.0051	0.0009	17.4002	0.0046	0.0009	19.6489	0.0053	0.0010	18.3451
No tenía dinero									
No afiliado	0.0982	0.0055	5.6508	0.0736	0.0053	7.1724	0.0687	0.0053	7.6882
IMSS	0.0148	0.0018	12.2987	0.0150	0.0023	15.6897	0.0132	0.0019	14.5364
ISSSTE	0.0083	0.0032	38.0791	0.0070	0.0034	49.3792	0.0120	0.0054	44.7719
Pemex	0.0103	0.0102	99.5724	0.0176	0.0174	99.2761	0.0106	0.0060	56.9502
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0771	0.0747	96.9026
Otro	0.0190	0.0095	50.0370	0.0030	0.0030	100.2206	0.0000	-	-
Seguro Popular	0.0701	0.0046	6.5410	0.0535	0.0032	6.0393	0.0504	0.0031	6.1508
La unidad médica queda lejos									
No afiliado	0.0101	0.0019	18.9182	0.0042	0.0011	25.5198	0.0034	0.0008	22.4637
IMSS	0.0072	0.0013	17.3713	0.0040	0.0007	18.4270	0.0032	0.0006	19.4365
ISSSTE	0.0105	0.0035	33.0599	0.0032	0.0023	71.7574	0.0048	0.0025	51.7084
Pemex	0.0118	0.0075	63.7602	0.0042	0.0042	100.4312	0.0064	0.0065	100.8099
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	0.0340	0.0286	84.2850	0.0000	-	-	0.0070	0.0070	100.1596
Seguro Popular	0.0170	0.0019	11.4124	0.0098	0.0012	12.7157	0.0124	0.0024	19.5371
No lo atienden									
No afiliado	0.0045	0.0011	23.9318	0.0025	0.0007	26.8504	0.0006	0.0003	43.7760
IMSS	0.0034	0.0009	26.2492	0.0051	0.0010	20.0373	0.0019	0.0004	23.2980
ISSSTE	0.0068	0.0023	33.5356	0.0010	0.0007	72.4217	0.0020	0.0013	63.9719

Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0078	0.0070	89.9793
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0076	0.0077	102.4016	0.0781	0.0756	96.7963
Otro	0.0079	0.0079	99.7662	0.0000	-	-	0.0051	0.0051	100.3232
Seguro Popular	0.0096	0.0010	10.8407	0.0084	0.0010	12.3810	0.0046	0.0007	14.5477
No le tiene confianza									
No afiliado	0.0031	0.0008	25.4174	0.0056	0.0014	26.0044	0.0012	0.0005	37.7888
IMSS	0.0025	0.0006	24.0600	0.0036	0.0008	20.9745	0.0028	0.0007	24.7968
ISSSTE	0.0041	0.0015	36.2558	0.0024	0.0012	50.8570	0.0003	0.0002	65.2334
Pemex	0.0105	0.0103	98.4947	0.0000	-	-	0.0014	0.0015	101.2411
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	0.0027	0.0027	99.3924	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Seguro Popular	0.0055	0.0007	12.9171	0.0047	0.0009	19.1931	0.0030	0.0005	16.1327
Lo tratan mal donde se atiende									
No afiliado	0.0019	0.0008	43.3085	0.0006	0.0003	50.7111	0.0014	0.0006	40.9402
IMSS	0.0027	0.0007	28.0872	0.0013	0.0004	31.3036	0.0020	0.0006	32.5115
ISSSTE	0.0019	0.0011	55.7179	0.0009	0.0007	74.9206	0.0027	0.0018	66.9705
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Seguro Popular	0.0049	0.0011	23.3527	0.0019	0.0004	22.7321	0.0020	0.0006	28.1607
No hablan la misma lengua									
No afiliado	0.0003	0.0002	58.6143	0.0002	0.0002	99.9843	0.0001	0.0001	100.0223
IMSS	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
ISSSTE	0.0001	0.0001	100.0699	0.0004	0.0004	100.0089	0.0000	-	-
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0065	0.0065	100.4345
Seguro Popular	0.0001	0.0001	61.5864	0.0001	0.0001	86.3911	0.0000	-	-
Hay que esperar mucho									
No afiliado	0.0092	0.0014	15.6066	0.0060	0.0013	21.6654	0.0058	0.0012	21.4060
IMSS	0.0320	0.0027	8.4727	0.0198	0.0022	11.1681	0.0115	0.0015	12.9927
ISSSTE	0.0244	0.0056	22.7188	0.0168	0.0059	35.0978	0.0110	0.0039	35.3139
Pemex	0.0153	0.0064	42.0853	0.0288	0.0188	65.1115	0.0323	0.0204	63.2149
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0069	0.0070	101.7611	0.0112	0.0116	103.4787
Otro	0.0019	0.0019	99.9505	0.0064	0.0064	100.0663	0.0048	0.0048	100.3578
Seguro Popular	0.0231	0.0018	7.5967	0.0151	0.0015	9.6419	0.0107	0.0010	9.6295
No le dan medicamento									
No afiliado	0.0050	0.0010	19.8614	0.0026	0.0008	30.4671	0.0025	0.0006	24.8479

Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
IMSS	0.0055	0.0013	22.9630	0.0037	0.0011	28.1229	0.0018	0.0005	25.5481
ISSSTE	0.0060	0.0021	35.1269	0.0022	0.0016	71.5833	0.0053	0.0045	84.3836
Pemex	0.0000	-	-	0.0080	0.0080	99.6668	0.0234	0.0210	89.9793
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.1063	0.0997	93.8397
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Seguro Popular	0.0123	0.0013	10.9209	0.0144	0.0018	12.4778	0.0091	0.0010	10.7816
La unidad médica no estaba abierta									
No afiliado	0.0033	0.0006	19.0073	0.0017	0.0005	29.0420	0.0019	0.0006	31.0766
IMSS	0.0011	0.0005	49.1446	0.0007	0.0003	47.6110	0.0005	0.0002	36.3205
ISSSTE	0.0032	0.0017	53.9582	0.0004	0.0003	70.0274	0.0024	0.0016	65.1191
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0174	0.0179	102.8800
Otro	0.0039	0.0038	97.8011	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Seguro Popular	0.0078	0.0011	14.2430	0.0064	0.0010	15.6876	0.0037	0.0006	16.6782
No había médico									
No afiliado	0.0034	0.0007	21.2953	0.0018	0.0006	30.3648	0.0011	0.0004	33.5176
IMSS	0.0011	0.0004	34.9500	0.0012	0.0004	30.8858	0.0012	0.0006	49.3501
ISSSTE	0.0011	0.0007	62.8475	0.0005	0.0005	91.6983	0.0022	0.0011	51.7402
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0004	0.0004	101.3385
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Seguro Popular	0.0097	0.0016	16.4743	0.0087	0.0015	17.1570	0.0081	0.0010	12.7887
Se lo impidió un integrante de su hogar									
No afiliado	0.0003	0.0002	59.6959	0.0004	0.0002	46.6298	0.0010	0.0004	38.9679
IMSS	0.0000	0.0000	100.0141	0.0020	0.0008	40.9141	0.0003	0.0002	45.2568
ISSSTE	0.0022	0.0020	94.0028	0.0003	0.0003	100.1395	0.0007	0.0005	73.4334
Pemex	0.0040	0.0039	98.7325	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	0.0050	0.0050	100.0024	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Seguro Popular	0.0011	0.0003	29.7715	0.0010	0.0003	27.7433	0.0007	0.0004	50.8674
No tuvo tiempo									
No afiliado	0.0220	0.0019	8.8263	0.0193	0.0023	11.8314	0.0238	0.0027	11.4406
IMSS	0.0406	0.0027	6.7040	0.0259	0.0023	9.0121	0.0316	0.0026	8.2207
ISSSTE	0.0366	0.0058	15.8602	0.0218	0.0041	18.9110	0.0341	0.0070	20.5921
Pemex	0.0624	0.0205	32.9095	0.0320	0.0204	63.7422	0.0132	0.0095	71.7424
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0266	0.0253	95.0393	0.0165	0.0167	101.3942
Otro	0.0395	0.0173	43.6504	0.0446	0.0193	43.2152	0.0276	0.0217	78.6954
Seguro Popular	0.0291	0.0018	6.2560	0.0214	0.0015	7.0433	0.0227	0.0020	8.7960

Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
No hubo quién lo llevara									
No afiliado	0.0063	0.0009	14.1135	0.0079	0.0014	17.7762	0.0056	0.0011	19.5303
IMSS	0.0065	0.0009	13.2022	0.0067	0.0012	18.6542	0.0077	0.0012	15.7914
ISSSTE	0.0086	0.0036	42.0457	0.0066	0.0025	37.1780	0.0069	0.0023	33.5865
Pemex	0.0052	0.0052	100.0764	0.0301	0.0174	57.6847	0.0245	0.0137	55.8658
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	0.0087	0.0051	58.3886	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Seguro Popular	0.0099	0.0010	9.7450	0.0088	0.0009	9.7305	0.0081	0.0010	11.8397
No quiso o no era necesario									
No afiliado	0.4770	0.0086	1.8074	0.3870	0.0095	2.4467	0.3830	0.0101	2.6331
IMSS	0.5126	0.0080	1.5693	0.4067	0.0097	2.3816	0.4066	0.0090	2.2012
ISSSTE	0.5466	0.0170	3.1106	0.4132	0.0206	4.9864	0.4532	0.0210	4.6319
Pemex	0.6115	0.0443	7.2498	0.3403	0.0616	18.1092	0.4622	0.0620	13.4043
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.3351	0.0967	28.8656	0.2271	0.1076	47.3920
Otro	0.6067	0.0415	6.8478	0.4308	0.0537	12.4755	0.4375	0.0603	13.7727
Seguro Popular	0.4775	0.0067	1.4108	0.3434	0.0064	1.8500	0.3387	0.0066	1.9486
Se automedicó o autorecetó									
No afiliado	0.6218	0.0079	1.2707	0.6276	0.0095	1.5094	0.5982	0.0101	1.6848
IMSS	0.6237	0.0079	1.2591	0.6193	0.0093	1.5043	0.6122	0.0087	1.4245
ISSSTE	0.6090	0.0157	2.5810	0.6144	0.0204	3.3249	0.5587	0.0206	3.6808
Pemex	0.5273	0.0510	9.6653	0.5897	0.0606	10.2709	0.5195	0.0670	12.8893
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.6566	0.1028	15.6541	0.4663	0.1551	33.2616
Otro	0.5386	0.0387	7.1838	0.5621	0.0541	9.6232	0.5768	0.0603	10.4620
Seguro Popular	0.6218	0.0068	1.0879	0.6426	0.0065	1.0082	0.6520	0.0068	1.0416

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 27. Motivos por los que no se recibió atención médica, por tipo de afiliación, 2014-2018

Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
No tenía dinero									
No afiliado	0.0807	0.0363	44.9457	0.0142	0.0143	100.7066	0.0000	-	-
IMSS	0.0000	-	-	0.0065	0.0066	100.1587	0.0162	0.0116	71.7076
ISSSTE	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-

Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	N/D	N/D	N/D
Seguro Popular	0.0112	0.0049	43.8851	0.0032	0.0023	71.0191	0.0035	0.0021	61.0486
No hablan la misma lengua									
No afiliado	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
ISSSTE	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	N/D	N/D	N/D
Seguro Popular	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
No quisieron									
No afiliado	0.1763	0.0536	30.3990	0.0573	0.0349	60.9910	0.0722	0.0498	69.0295
IMSS	0.1266	0.0412	32.5277	0.1698	0.0789	46.4517	0.1530	0.0503	32.8406
ISSSTE	0.0924	0.0621	67.2410	0.2661	0.1745	65.5877	0.0594	0.0442	74.4122
Pemex	1.0000	0.0000	0.0000	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	N/D	N/D	N/D
Seguro Popular	0.1396	0.0276	19.7405	0.1655	0.0291	17.5613	0.1508	0.0250	16.5472
Dijeron que no era necesario									
No afiliado	0.1197	0.0480	40.0733	0.0635	0.0389	61.3140	0.1066	0.0490	45.9441
IMSS	0.1254	0.0392	31.2917	0.1617	0.0777	48.0325	0.1344	0.0526	39.1422
ISSSTE	0.0289	0.0250	86.4439	0.3429	0.2147	62.6150	0.0206	0.0212	103.0328
Pemex	0.0000	-	-	1.0000	0.0000	0.0000	1.0000	0.0000	0.0000
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	N/D	N/D	N/D
Seguro Popular	0.1073	0.0199	18.5514	0.1083	0.0214	19.7390	0.0894	0.0224	25.0978
No tenían tiempo									
No afiliado	0.0699	0.0320	45.8142	0.1898	0.0849	44.7196	0.0348	0.0347	99.8854
IMSS	0.0660	0.0245	37.0692	0.1111	0.0335	30.1406	0.0999	0.0409	40.8762
ISSSTE	0.0000	-	-	0.1258	0.1202	95.5678	0.0671	0.0660	98.4164
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	N/D	N/D	N/D
Seguro Popular	0.0918	0.0234	25.5217	0.0544	0.0151	27.7130	0.0405	0.0126	31.2386
La unidad médica no estaba abierta									
No afiliado	0.0454	0.0217	47.8259	0.0773	0.0571	73.7691	0.1213	0.0640	52.7755
IMSS	0.0364	0.0186	51.1113	0.0411	0.0410	99.6172	0.0109	0.0087	79.9681
ISSSTE	0.0127	0.0132	103.9768	0.0000	-	-	0.0086	0.0090	104.1868

Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	1.0000	0.0000	0.0000	0.0000	-	-
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	N/D	N/D	N/D
Seguro Popular	0.0882	0.0186	21.0435	0.1051	0.0249	23.6652	0.0837	0.0189	22.6316
Cita diferida									
No afiliado	0.0535	0.0276	51.5618	0.1006	0.0730	72.5839	0.1361	0.0700	51.4434
IMSS	0.1751	0.0509	29.0559	0.3793	0.0851	22.4443	0.1329	0.0365	27.4942
ISSSTE	0.4394	0.1772	40.3298	0.0000	-	-	0.0172	0.0178	103.3638
Pemex	1.0000	0.0000	0.0000	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	N/D	N/D	N/D
Seguro Popular	0.1529	0.0288	18.8610	0.0937	0.0209	22.2536	0.0742	0.0223	30.0014
No había médico									
No afiliado	0.2002	0.0546	27.2859	0.2544	0.1074	42.2372	0.1302	0.0497	38.1653
IMSS	0.0693	0.0235	33.8554	0.0383	0.0201	52.5683	0.1326	0.0338	25.4714
ISSSTE	0.1122	0.0646	57.5471	0.2652	0.1510	56.9359	0.2714	0.1289	47.4938
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.5000	0.0000	0.0000
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	N/D	N/D	N/D
Seguro Popular	0.2501	0.0321	12.8352	0.3109	0.0410	13.1767	0.3081	0.0406	13.1869
No le dieron ninguna razón									
No afiliado	0.0598	0.0263	43.9535	0.0100	0.0102	101.5389	0.0000	-	-
IMSS	0.1021	0.0381	37.2816	0.0511	0.0248	48.5470	0.0374	0.0221	59.1593
ISSSTE	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0411	0.0415	101.0233
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	N/D	N/D	N/D
Seguro Popular	0.0370	0.0119	32.0099	0.0231	0.0102	44.3303	0.0834	0.0358	42.8750
El personal de la unidad dijo que no era necesario									
No afiliado	0.0597	0.0279	46.7932	0.0933	0.0621	66.5608	0.0321	0.0318	99.0740
IMSS	0.0310	0.0171	55.2700	0.1976	0.0823	41.6667	0.1502	0.0500	33.2885
ISSSTE	0.1553	0.1413	91.0218	0.0000	-	-	0.0326	0.0260	79.6758
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.5000	0.0000	0.0000
Otro	0.0000	-	-	0.0000	-	-	N/D	N/D	N/D
Seguro Popular	0.1155	0.0266	23.0732	0.0399	0.0126	31.5657	0.0492	0.0149	30.2507
Otro									
No afiliado	0.2954	0.0613	20.7550	0.2387	0.0759	31.8225	0.3987	0.1153	28.9116

Tipo de afiliación	2014			2016			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
IMSS	0.4449	0.0706	15.8635	0.2994	0.0876	29.2608	0.2108	0.0500	23.7329
ISSSTE	0.1823	0.1088	59.7113	0.0000	-	-	0.4820	0.1629	33.7907
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS-Prospera	N/D	N/D	N/D	0.0000	-	-	0.0000	-	-
Otro	1.0000	0.0000	0.0000	0.0000	-	-	N/D	N/D	N/D
Seguro Popular	0.2332	0.0327	14.0053	0.1964	0.0328	16.6914	0.1620	0.0287	17.7495

Fuente: Elaborado por el CONEVAl con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010, 2012 y 2014 y el MEC del MCS-ENIGH 2016 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 28. Distribución porcentual de personas afiliadas al Seguro Popular que fueron hospitalizadas, según lugar de atención, 2006-2018

Lugar de atención	2006			2012			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
IMSS	0.0616	0.0129	21.0194	0.0602	0.0065	10.7223	0.0376	0.0049	12.9773
ISSSTE	0.0052	0.0024	46.8292	0.0032	0.0011	33.9516	0.0018	0.0008	45.7101
Secretaría de Salud	0.6678	0.0240	3.5936	0.7726	0.0108	1.3950	0.7322	0.0120	1.6347
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
IMSS Oportunidades	0.0047	0.0021	44.3417	0.0141	0.0025	17.7723	0.0101	0.0025	25.0923
Consultorios de farmacias	N/D	-	-	0.0012	0.0007	58.9787	0.0009	0.0005	54.8332
Privado	0.1297	0.0171	13.2023	0.1143	0.0083	7.3028	0.1972	0.0106	5.3503
Otra institución	0.1182	0.0173	14.6556	0.0318	0.0054	16.9059	0.0200	0.0031	15.6272
NS/NR	0.0129	0.0064	49.3683	0.0025	0.0016	64.6064	0.0003	0.0002	58.9913

Fuente: Elaborado por el CONEVAl con base en la ENSANUT 2006, 2012 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 29. Calidad del lugar de atención reportada por las personas hospitalizadas de acuerdo con la institución a la cual se encuentran afiliadas, 2006-2018

Tipo de afiliación	2006			2012			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Muy buena									
IMSS	0.1917	0.0105	5.4644	0.2322	0.0118	5.0905	0.2765	0.0119	4.2862
Seguro Popular	0.1736	0.0155	8.9420	0.1905	0.0107	5.6217	0.2812	0.0124	4.4142
ISSSTE	0.2654	0.0333	12.5505	0.2621	0.0285	10.8796	0.3372	0.0269	7.9734
Pemex	0.2229	0.0882	39.5774	0.2194	0.0953	43.4574	0.3316	0.0958	28.8826
Seguro Privado	0.6457	0.0824	12.7617	0.6819	0.0888	13.0294	0.6104	0.0910	14.9169
No afiliado	0.1782	0.0118	6.6242	0.2619	0.0230	8.7985	0.3674	0.0284	7.7437

Tipo de afiliación	2006			2012			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
Otra institución	0.2738	0.0571	20.8459	0.3155	0.0690	21.8675	0.4727	0.0602	12.7432
Buena									
IMSS	0.5903	0.0144	2.4417	0.5563	0.0144	2.5970	0.4739	0.0129	2.7317
Seguro Popular	0.6711	0.0205	3.0560	0.6103	0.0122	2.0065	0.5149	0.0127	2.4580
ISSSTE	0.5272	0.0338	6.4168	0.5416	0.0300	5.5392	0.4514	0.0278	6.1629
Pemex	0.6146	0.0910	14.8094	0.7572	0.0954	12.6003	0.4039	0.0952	23.5823
Seguro Privado	0.3223	0.0804	24.9473	0.2920	0.0886	30.3513	0.3130	0.0875	27.9551
No afiliado	0.6272	0.0159	2.5282	0.5683	0.0253	4.4451	0.4423	0.0274	6.2020
Otra institución	0.6203	0.0643	10.3732	0.5989	0.0763	12.7389	0.4186	0.0499	11.9213
Regular									
IMSS	0.1387	0.0099	7.1381	0.1490	0.0098	6.5924	0.1628	0.0090	5.5117
Seguro Popular	0.1290	0.0159	12.3260	0.1354	0.0081	5.9830	0.1380	0.0081	5.8354
ISSSTE	0.1227	0.0202	16.4744	0.1548	0.0198	12.7586	0.1525	0.0213	13.9493
Pemex	0.1223	0.0580	47.4227	0.0235	0.0239	101.5765	0.1295	0.0517	39.9224
Seguro Privado	0.0299	0.0147	49.1674	0.0261	0.0198	75.8718	0.0766	0.0442	57.7021
No afiliado	0.1342	0.0098	7.3373	0.0976	0.0129	13.1711	0.1039	0.0178	17.1281
Otra institución	0.0268	0.0116	43.3629	0.0150	0.0095	62.9148	0.0872	0.0378	43.3247
Mala									
IMSS	0.0570	0.0074	13.0482	0.0411	0.0056	13.6903	0.0456	0.0043	9.5095
Seguro Popular	0.0204	0.0053	25.9331	0.0315	0.0045	14.2029	0.0408	0.0049	12.0352
ISSSTE	0.0501	0.0147	29.2622	0.0343	0.0088	25.7180	0.0298	0.0081	27.1499
Pemex	0.0401	0.0391	97.5320	0.0000	-	-	0.1159	0.0998	86.1693
Seguro Privado	0.0021	0.0021	100.3716	0.0000	-	-	0.0000	-	-
No afiliado	0.0445	0.0061	13.8231	0.0445	0.0129	29.1150	0.0529	0.0200	37.8590
Otra institución	0.0432	0.0397	91.9001	0.0633	0.0523	82.6645	0.0077	0.0061	78.5281
Muy mala									
IMSS	0.0208	0.0044	21.2902	0.0205	0.0032	15.5535	0.0391	0.0048	12.2255
Seguro Popular	0.0039	0.0021	52.9730	0.0294	0.0047	16.0368	0.0231	0.0034	14.9322
ISSSTE	0.0346	0.0155	44.7497	0.0072	0.0035	48.5260	0.0275	0.0091	33.0993
Pemex	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0191	0.0154	80.6728
Seguro Privado	0.0000	-	-	0.0000	-	-	0.0000	-	-
No afiliado	0.0127	0.0033	26.3077	0.0262	0.0089	33.8145	0.0252	0.0078	30.7968
Otra institución	0.0342	0.0333	97.4537	0.0073	0.0072	99.2004	0.0139	0.0072	52.0169

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENSANUT 2006, 2012 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 30. Proporción de personas que fueron hospitalizadas y que regresarían al lugar donde se atendieron, por tipo de afiliación, 2006-2018

Tipo de afiliación	2006			2012			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
IMSS	0.8273	0.0105	1.2685	0.8520	0.0099	1.1638	0.7937	0.0097	1.2194
Seguro Popular	0.8802	0.0162	1.8427	0.8697	0.0089	1.0282	0.8178	0.0092	1.1252
ISSSTE	0.8362	0.0264	3.1578	0.8801	0.0160	1.8180	0.8245	0.0200	2.4206
Pemex	0.8841	0.0506	5.7231	0.9765	0.0239	2.4431	0.7513	0.1079	14.3577
Seguro Privado	0.9693	0.0173	1.7858	0.9840	0.0163	1.6601	0.8926	0.0469	5.2511
No afiliado	0.8113	0.0113	1.3930	0.8640	0.0180	2.0816	0.8173	0.0251	3.0711
Otra institución	0.8543	0.0528	6.1849	0.9224	0.0525	5.6894	0.9300	0.0272	2.9245

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENSANUT 2006, 2012 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 31. Proporción de personas que sí recibieron atención a sus problemas de salud en las últimas dos semanas, por tipo de afiliación, 2006-2018

Tipo de afiliación	2006			2012			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
IMSS	0.7323	0.0100	1.3720	0.6841	0.0093	1.3646	0.8774	0.0082	0.9402
Seguro Popular	0.6786	0.0200	2.9443	0.5824	0.0077	1.3277	0.8047	0.0099	1.2274
ISSSTE	0.7250	0.0243	3.3528	0.7591	0.0141	1.8615	0.9196	0.0140	1.5233
Pemex	0.8773	0.0389	4.4355	0.7622	0.0572	7.5014	0.9085	0.0430	4.7339
Seguro Privado	0.7572	0.0590	7.7961	0.8024	0.0514	6.4004	0.8990	0.0709	7.8849
No afiliado	0.6375	0.0098	1.5374	0.5462	0.0103	1.8930	0.7943	0.0154	1.9380
Otra institución	0.6567	0.0445	6.7766	0.6539	0.0583	8.9229	0.9006	0.0337	3.7387

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENSANUT 2006, 2012 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 32. Proporción de personas que estuvieron hospitalizadas, por tipo de afiliación, 2006-2018

Tipo de afiliación	2006			2012			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
IMSS	0.3819	0.0112	2.9231	0.3819	0.0098	2.5698	0.4226	0.0085	2.0163
Seguro Popular	0.1102	0.0067	6.1215	0.3960	0.0096	2.4125	0.3683	0.0081	2.1883
ISSSTE	0.0682	0.0045	6.5368	0.0713	0.0044	6.1090	0.0796	0.0043	5.3866
Pemex	0.0082	0.0027	32.8954	0.0061	0.0017	27.6900	0.0063	0.0013	20.9069
Seguro Privado	0.0095	0.0018	18.6535	0.0051	0.0014	27.5710	0.0079	0.0015	19.0142
No afiliado	0.4005	0.0112	2.7851	0.1271	0.0058	4.5394	0.0945	0.0051	5.4377
Otra institución	0.0200	0.0025	12.2746	0.0113	0.0018	16.2277	0.0195	0.0024	12.5012

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENSANUT 2006, 2012 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.

Cuadro 33. Proporción de personas según el tipo de personal que las atendió durante su problema de salud, por tipo de afiliación, 2006-2018

Tipo de afiliación	2006			2012			2018		
	Proporción	Error estándar	CV (%) ¹	Proporción	Error estándar	CV (%)	Proporción	Error estándar	CV (%)
No personal de salud									
IMSS	0.0653	0.0059	8.9577	0.1020	0.0061	5.9308	0.0445	0.0056	12.4689
Seguro Popular	0.0731	0.0081	11.0312	0.1228	0.0055	4.4784	0.0705	0.0060	8.4639
ISSSTE	0.0445	0.0077	17.3003	0.0802	0.0125	15.6523	0.0301	0.0085	28.1797
Pemex	0.0971	0.0405	41.7149	0.0717	0.0293	40.9093	0.0362	0.0264	72.9383
Seguro Privado	0.0583	0.0332	56.9132	0.1045	0.0441	42.2138	0.1280	0.0779	60.8383
No afiliado	0.0949	0.0060	6.2765	0.1569	0.0083	5.2741	0.0700	0.0091	12.9610
Otra institución	0.0779	0.0174	22.3661	0.1415	0.0372	26.3104	0.0133	0.0102	76.4267
Personal de salud									
IMSS	0.6663	0.0093	1.3955	0.7003	0.0095	1.3614	0.8549	0.0088	1.0259
Seguro Popular	0.6054	0.0180	2.9701	0.6118	0.0079	1.2927	0.7736	0.0103	1.3346
ISSSTE	0.6804	0.0247	3.6298	0.7606	0.0161	2.1126	0.8922	0.0157	1.7632
Pemex	0.7803	0.0563	7.2201	0.7610	0.0577	7.5879	0.8902	0.0480	5.3946
Seguro Privado	0.6989	0.0591	8.4512	0.7778	0.0584	7.5131	0.8163	0.0795	9.7383
No afiliado	0.5422	0.0099	1.8263	0.5639	0.0109	1.9335	0.7564	0.0163	2.1565
Otra institución	0.5788	0.0441	7.6265	0.6444	0.0536	8.3235	0.8992	0.0337	3.7467

Fuente: Elaborado por el CONEVAL con base en la ENSANUT 2006, 2012 y 2018.

1/ El 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, solo para fines descriptivos e identificación de tendencias.