

SE REQUIERE AVANZAR EN LA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD Y DISMINUIR LAS BRECHAS ENTRE ENTIDADES FEDERATIVAS

- En 2018, 20.2 millones de personas en México no contaban con acceso a los servicios de salud, es decir, 16.2% de la población a nivel nacional.
- En 2017, había 7.2 camas censables en unidades médicas públicas por cada 10,000 habitantes, aquellas instaladas en el área de hospitalización para su uso regular y con los recursos indispensables de espacio, materiales y de personal para la atención médica del paciente.
- En 2018, 2.1% de los hogares realizó un pago de bolsillo para atender su salud, mayor al 30% de su ingreso disponible.
- En el mismo año, 25.4% de las mujeres no indígenas contaban con acceso directo a los servicios de salud, mientras que únicamente 11.1% de las mujeres indígenas lo tenían.

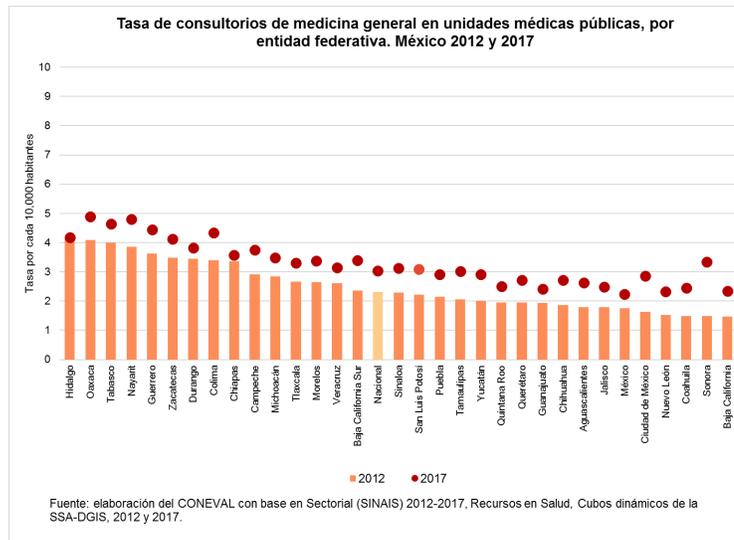
En el marco del Día Mundial de la Salud, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) señala que 16.2% de la población a nivel nacional presentó carencia por acceso a los servicios de salud en 2018, es decir, más de 20 millones de personas no contaban con adscripción o afiliación necesaria para acceder a los servicios médicos de alguna institución de salud.

El acceso a los servicios de salud es un elemento primordial del nivel de vida que brinda las bases necesarias para el mantenimiento de la existencia humana y su adecuado funcionamiento físico y mental. Tal como lo indica la *Metodología Multidimensional de medición de la pobreza*, cuando las personas carecen del acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud, el costo de la atención de una enfermedad o accidente puede vulnerar el patrimonio familiar o, incluso, su integridad física.

El *Sistema de Información de Derechos Sociales (SIDS)* del CONEVAL proporciona información relevante sobre el derecho a los servicios de salud en cuanto a su disponibilidad, accesibilidad y calidad; así como, de las desigualdades persistentes en grupos poblaciones históricamente vulnerables como las mujeres indígenas, las y los jóvenes, la población adulta mayor, y la población con alguna discapacidad.

Indicadores de disponibilidad

En 2017, había tres consultorios de medicina general en unidades médicas públicas por cada 10,000 habitantes a nivel nacional. Las entidades federativas que reportaron la menor tasa de consultorios fueron el Estado de México (2.2), Nuevo León (2.3) y Baja California (2.4); mientras que Oaxaca (4.9), Nayarit (4.8) y Tabasco (4.6) fueron los estados que tuvieron las mayores tasas, tal como lo muestra el gráfico siguiente:



En 2017 se contaba en promedio con 14 médicos generales y especialistas en contacto con el paciente en unidades médicas públicas por cada 10,000 habitantes a nivel nacional. La menor tasa al interior del país se presentó en Estado de México (10.3), Puebla (11.1) y San Luis Potosí (11.4). En contraste, la mayor la tasa se registró en Ciudad de México (28.7), Baja California Sur (20.2) y Colima (18.9).

En cuanto al número de camas censables en unidades médicas públicas por cada 10,000 habitantes, (aquellas instaladas en el área de hospitalización para su uso regular y con los recursos indispensables de espacio, materiales y de personal para la atención médica del paciente), en 2017 la tasa a nivel nacional se ubicó en 7.2 por cada 10,000 habitantes. Las entidades federativas que tuvieron la menor tasa fueron Querétaro (4.3), Chiapas (4.5) e Hidalgo (4.7). En tanto que, la Ciudad de México (17.5), Sonora (9.7) y Coahuila (9.5), registraron las tasas más elevadas.

Indicadores de accesibilidad

En 2018, el porcentaje de población que tardaría menos de dos horas en llegar a un hospital en caso de una emergencia fue de 92.9% a nivel nacional. Las entidades con menores porcentajes fueron Chiapas (76.1%) Oaxaca (76.9%) y Guerrero (85.8%); mientras que Colima (99.1%), Sinaloa (98.5%) y Aguascalientes (97.9%) tuvieron los tres mayores porcentajes en este indicador.

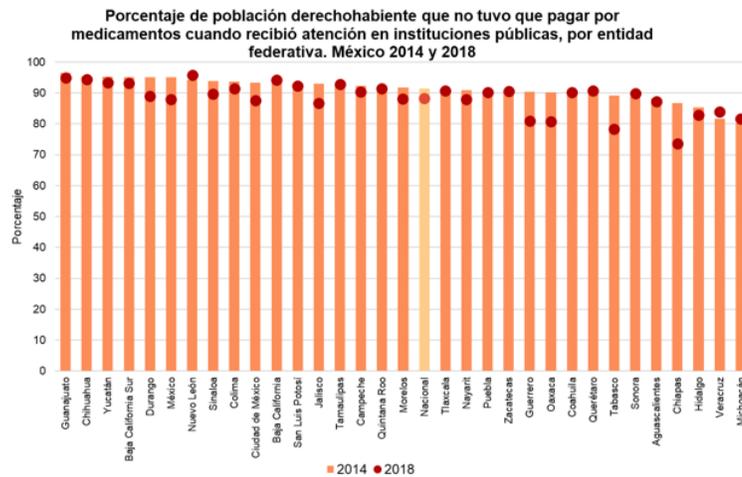
Por otra parte, 84.9% de la población mexicana derechohabiente no gastó en servicios médicos la última vez que recibió atención en instituciones públicas de salud en 2018. Se observa además que este indicador presenta distintos niveles en las entidades: Chiapas (69.8%), Oaxaca (70.1%) y Tabasco (71.1%) presentaron los porcentajes más bajos; mientras que Nuevo León (94.4%), Guanajuato (93.6%) y Baja California (93.0%) fueron estados donde la mayoría de su población derechohabiente no hizo estos gastos.

A nivel nacional, el porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, es decir, cuando un hogar realiza un pago de bolsillo para atender su salud mayor al 30% de su ingreso disponible, se ubicó en 2.1% en 2018, de acuerdo con datos del SIDS.

Indicadores de calidad

En relación con el tiempo de espera para recibir atención médica, en 2018, el 67.0% de la población a nivel nacional esperó 30 minutos o menos para ser atendida la última vez que buscó atención por problemas de salud. Este indicador presenta diferencias importantes al interior del país: Yucatán (56.4%), Tlaxcala (61.2%) y San Luis Potosí (61.9%) fueron las entidades con menor porcentaje de población que tuvo un tiempo de espera igual o menor a 30 minutos. En tanto, Sonora (72.9%), Sinaloa (72.6%) y Baja California (72.3%) registraron los mayores porcentajes de población que fue atendida luego de esperar 30 minutos o menos.

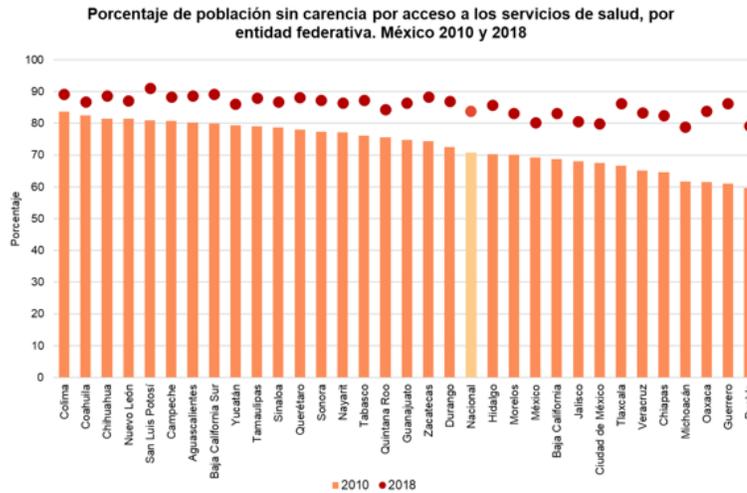
En 2018, 88.2% de la población derechohabiente a nivel nacional no tuvo que pagar por medicamentos cuando buscó atención en instituciones públicas. En lo que corresponde a las entidades federativas, se observan variaciones en el indicador, por ejemplo, en Chiapas el 73.6% no realizó ningún gasto, en Tabasco 78.2% y en Oaxaca 80.8% son los estados con menores porcentajes; al contrario de Nuevo León con 95.7%, Guanajuato con 94.9% y Chihuahua con 94.3%, estados donde la mayoría de sus derechohabientes no tuvieron que realizar gasto alguno cuando se atendió en instituciones públicas.



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

Población sin carencia por acceso a los servicios de salud: brechas entre entidades federativas

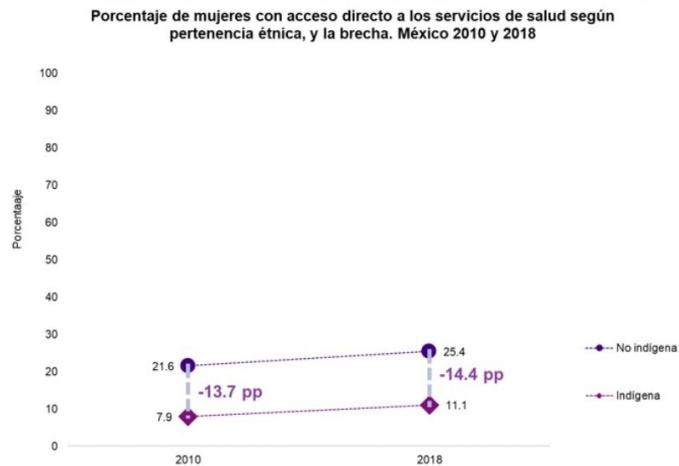
En 2018, San Luis Potosí (91.0%), Baja California Sur (89.3%) y Colima (89.2%) fueron los estados con mayores porcentajes de población sin carencia por acceso a los servicios de salud, en contraste con la Ciudad de México (79.9%), Puebla (79.2%) y Michoacán (78.8%), estados con los menores porcentajes de la población en esta situación.



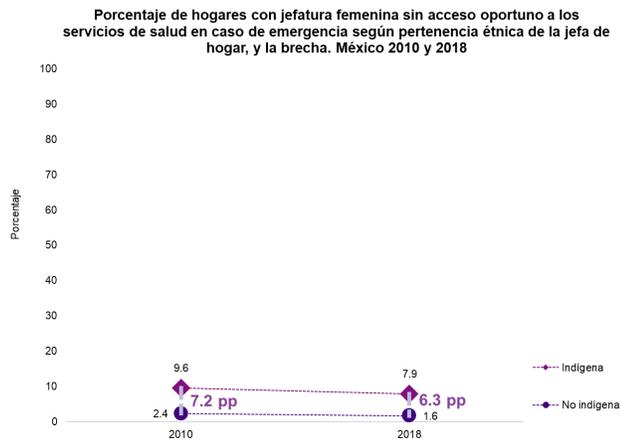
Fuente: elaboración del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y el MEC 2018 del MCS-ENIGH.

Brechas de desigualdad en grupos específicos de población Mujeres indígenas

En 2018, mientras 25.4% de las mujeres **no indígenas** contaban con acceso directo a los servicios de salud, únicamente el 11.1% de las mujeres **indígenas** tenían acceso a este derecho. Adicionalmente, la brecha en el porcentaje de hogares con jefatura femenina sin acceso oportuno a los servicios de salud en caso de emergencia, según pertenencia étnica de la jefa de hogar, fue de 6.3 puntos porcentuales en 2018. Es decir, el porcentaje de hogares con jefatura femenina **indígena** cuyos integrantes tardarían más de 2 horas en llegar a un hospital en caso de una emergencia fue de 7.9%, en comparación con 1.6% de los hogares con jefatura de hogar femenina **no indígena**.



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y el MEC 2018 del MCS-ENIGH. pp: puntos porcentuales.



Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010 y el MEC 2018 del MCS-ENIGH. pp: puntos porcentuales.

Población adulta mayor

En 2018, 9.7% de las personas adultas mayores carecían de acceso a los servicios de salud, de acuerdo con los resultados de medición multidimensional de la pobreza de ese año. La brecha en el porcentaje de población adulta mayor que tardaría más de 30 minutos en llegar a un hospital en caso de emergencia respecto a zonas urbanas se ubicó en 36.7 puntos porcentuales en el mismo año. Lo que significa que, 66.3% de la población adulta mayor en **zonas rurales** tardaría más de 30 minutos en llegar a un hospital en caso de emergencia; mientras que, en el **ámbito urbano** menos de un tercio (29.6%) de las personas de 65 años o más tardarían el mismo tiempo.

Población con discapacidad

En 2018, 12.4% de las personas con discapacidad carecían de acceso a los servicios de salud, de acuerdo con los resultados de medición multidimensional de la pobreza de ese año. La brecha en el porcentaje de población derechohabiente que tuvo que pagar por servicios de salud en instituciones públicas según condición de discapacidad fue de 2.2 puntos porcentuales en 2018. Es decir, 17.0% de la población **con discapacidad** tuvo que pagar por servicios de salud, mientras que 14.9% de la población **sin discapacidad** no realizó ningún pago.

Retos para lograr la garantía plena del derecho a la salud identificados por el CONEVAL

En el *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*, el CONEVAL señala estos retos:

- Avanzar en la integración del sistema público de salud, reduciendo su fragmentación y mejorando los mecanismos de coordinación interinstitucionales.
- Mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud definiendo criterios claros para una asignación equitativa y resolutoria de las necesidades prioritarias de atención de la población.

- Aumentar la infraestructura en salud con especial énfasis en el primer nivel de atención, así como mejorar su distribución según las necesidades de la población, priorizando a las comunidades rurales y de difícil acceso geográfico.
- Promover la generación de recursos humanos para la salud, atendiendo la calidad en su formación y generando mecanismos para incentivar su distribución territorial con relación a las distintas necesidades en toda la extensión del país, con especial atención a las zonas detectadas con insuficiencia de personal calificado.
- Mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud, considerando en lugar central al paciente, sus necesidades, expectativas y preferencias.
- Promover la planeación de políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud con atención especial a las necesidades de grupos sociales en desventaja, así como de regiones prioritarias.
- Contribuir de forma prioritaria a reducir la incidencia de la epidemia de obesidad y sobrepeso, con especial atención en el grupo de niños, niñas y mujeres adultas.

Ante la actual contingencia de salud, el CONEVAL señala la importancia de abatir las desigualdades territoriales y entre grupos de población en el acceso a los servicios de salud; así como de mejorar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de estos.

Para consultar más información entra al **SIDS** en el apartado de indicadores de acceso efectivo y de indicadores de desigualdad: <https://bit.ly/2R0dCg4>

Y al **Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018**: <https://bit.ly/2X272JU>

--oo00oo--

SOBRE EL CONEVAL

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

Contactos:

Julieta Castro Toral
Directora Ejecutiva de Información
jcastro@coneval.org.mx
54817257

Nielsen Daniel Hernández Mayorga
Director de Información y Comunicación Social
ndhernandez@coneval.org.mx
54817200 ext. 70120



Coneval



@coneval



conevalvideo



Instagram Coneval_mx

Visita nuestro blog: www.blogconeval.gob.mx