



Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Medición de la pobreza en México 2012

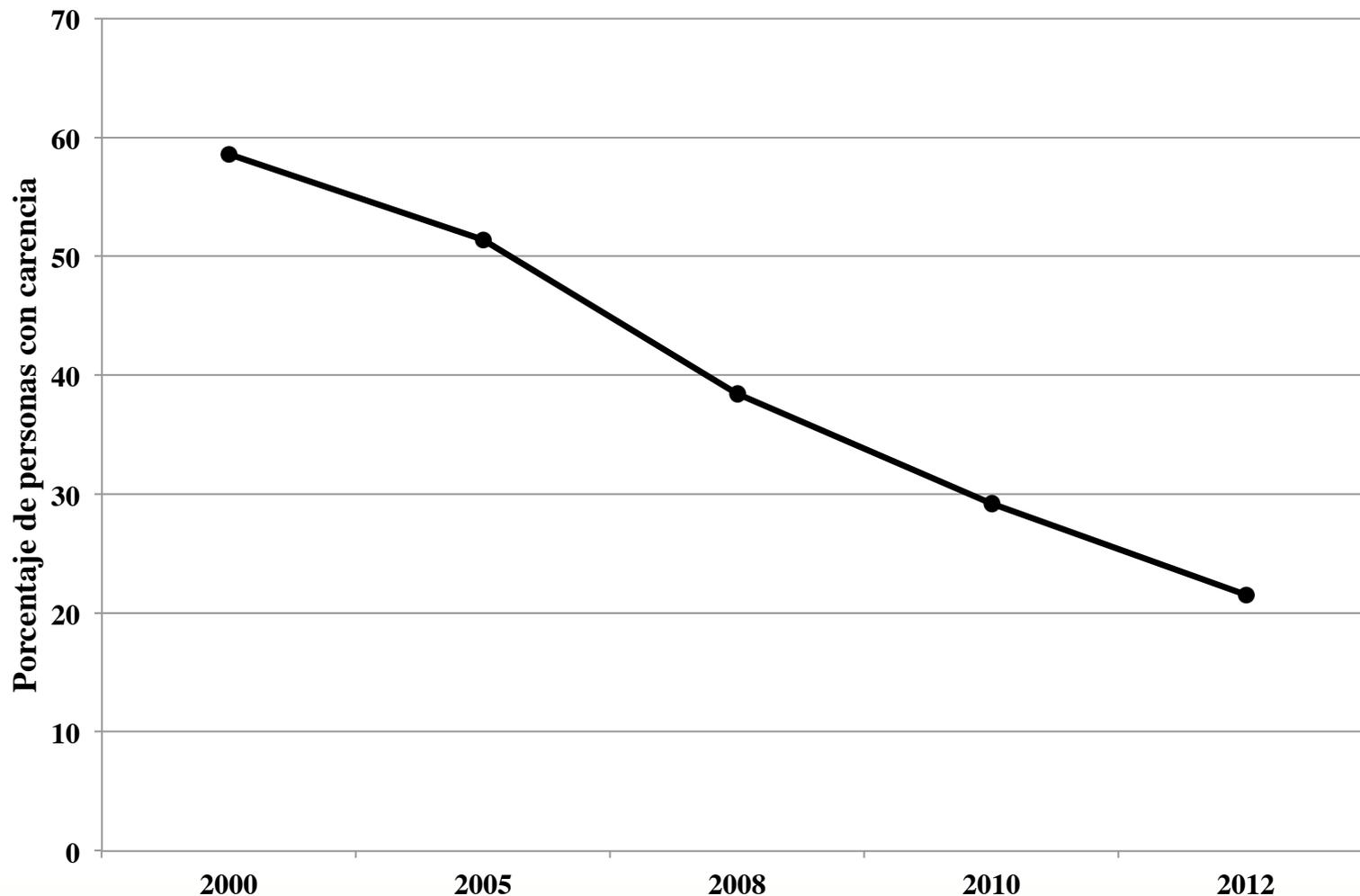
Agosto de 2013

www.coneval.gob.mx

Umbral del indicador de Carencia por Acceso a los Servicios de Salud



Evolución de la población con carencia por acceso a los servicios de salud



***“Retos y perspectivas frente a la
medición multidimensional de la pobreza 2012”
Agosto 1, 2013***

Mesa 4: Salud

Comenta: Hortensia Reyes Morales

Elementos conceptuales

Se considera que una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando:

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

Elementos conceptuales

La carencia social correspondiente al acceso a los servicios de salud se identifica a través de un solo indicador:

Población no afiliada o inscrita para recibir servicios de salud por parte del Seguro Popular, y que tampoco es derechohabiente de alguna institución de seguridad social.*

Sin embargo, la afiliación *per se* no es suficiente para garantizar un acceso real a los servicios de salud.

*LINEAMIENTOS y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza, DOF 2010.

Elementos conceptuales

Tiene que considerarse el enfoque que la Ley General de Desarrollo Social da al carácter multidimensional de la pobreza, en términos de derechos, como*:

- ❖ *“asociado a la existencia de garantías fundamentales, inalienables, insustituibles e interdependientes”.*
- ❖ *“Los indicadores de carencia social que se utilicen para medir la pobreza deben ser tales que identifiquen elementos mínimos o esenciales del derecho”.*
- ❖ *“Aun si una persona no presenta una carencia determinada, no podrá suponerse que tiene asegurado el ejercicio pleno del derecho correspondiente”.*

*LINEAMIENTOS y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza, DOF 2010.

Elementos conceptuales

La norma establecida en la LGS brinda un piso mínimo que debe ser garantizado por el Estado para que toda persona pueda ejercer su derecho constitucional a la protección de la salud y, por tanto, al acceso a los servicios de salud. Sin embargo, las titularidades asociadas al derecho a la salud deben incluir un sistema de acceso y protección que esté disponible, sea accesible, aceptable y de calidad (OACDH, 2004).*

*LINEAMIENTOS y criterios generales para la definición, identificación y medición de la pobreza, DOF 2010.

Indicadores complementarios de la dimensión de salud

- ❖ **Acceso oportuno a la atención médica.** Porcentaje de hogares cuyos integrantes tardarían (o les tomaría) más de dos horas llegar a un hospital en caso de una emergencia de salud.
- ❖ **Acceso efectivo a los servicios de salud.** Porcentaje de la población que en los últimos doce meses sufrió algún dolor, malestar, enfermedad o accidentes que le haya impedido realizar sus actividades cotidianas y no recibió atención médica.
- ❖ **Utilización de servicios preventivos.** Control de peso y talla, la detección de diabetes y la detección de hipertensión arterial.

Indicadores complementarios de la dimensión de salud

- ❖ **Prevalencia de sobrepeso en mujeres de veinte a cuarenta y nueve años de edad.**
- ❖ **Prevalencia de obesidad en mujeres de veinte a cuarenta y nueve años de edad.**
- ❖ **Mortalidad de menores de cinco años de edad.**
- ❖ **Mortalidad materna.**
- ❖ **Atención especializada del parto.**
- ❖ **Esperanza de vida (años).**

Avances y brechas en el acceso a servicios de salud

❖ El importante avance en la afiliación al Seguro Popular (10.2 pp* entre 2010 y 2012) ha reducido la carencia en esta dimensión de manera significativa, pero aún existen más de 25 millones de personas sin protección en salud.

❖ Reducción relevante de la carencia en acceso a servicios de salud (más de 10 pp) respecto a 2010 en:

- ❖ **Población indígena (de 36.0 a 24.3%)**
- ❖ **Población con discapacidad (30.2 a 18.8%)**
- ❖ **Población rural (31.4 a 20.6%)**

Avances y brechas en el acceso a servicios de salud

Carencia más elevada en:

- ❖ Población indígena (24.3% vs 21.2%)
- ❖ Población urbana (21.8% vs 20.6% rural)
- ❖ Estado de México, Guerrero, Michoacán, Puebla y Veracruz (> de 25.0%)
- ❖ Hombres (24.0%) que en mujeres (19.2%)
- ❖ Mayores de 18 años (22.5% vs 19.7%)
- ❖ Menores de 65 años (22.0% vs 15.7%)

Avances y brechas en el acceso a servicios de salud

Indicadores complementarios

Indicadores	Porcentaje		
	2008*	2010*	2012*
Acceso oportuno a la atención médica	3.5	3.7	2.9
Acceso efectivo a los servicios de salud	7.9	3.1	2.9
Utilización de los servicios preventivos			
Control de peso y medida	30.6	30.4	30.8
Detección de diabetes	47.5	48.2	46.9
Detección de hipertensión arterial	29.2	30.1	30.7

* Nota: Cifras expandidas conforme a las proyecciones de población de CONAPO, actualizadas en abril de 2013.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010 y 2012.

¿Cómo reducir la carencia social por acceso a servicios de salud?

Población indígena

- ❖ Atención a la inequidad social persistente en salud: formular e implementar políticas para incidir sobre los determinantes socioeconómicos que definen las condiciones de vida de los indígenas.
- ❖ Reforzamiento de Programas sociales adaptados culturalmente y servicios de salud con enfoque de interculturalidad.
- ❖ Desarrollo de sistemas de información en salud para identificar las necesidades y establecer las prioridades de atención.

¿Cómo reducir la carencia social por acceso a servicios de salud?

Población urbana

❖ Fortalecimiento de las estrategias para mejorar el *acceso efectivo* a los servicios de salud a la población urbano-marginada, en condición de vulnerabilidad con alta proporción de familias jóvenes y migrantes del área rural, que carece de redes de apoyo familiar y tiene la necesidad de sobrevivir en un ambiente social adverso¹.

- ❖ Afiliación al Sistema de Protección Social en Salud
- ❖ Mejora en la disponibilidad de servicios de atención primaria, garantizando coordinación entre niveles y continuidad de la atención y centrados en las necesidades de salud locales.
- ❖ Establecimiento de indicadores para evaluación del desempeño de los servicios y medición de la efectividad.

¹. Reyes-Morales H, *et al*. Necesidades de salud en áreas urbano-marginadas de México. Rev Panam Salud Pub 2009;25(4):328-336.

¿Cómo reducir la carencia social por acceso a servicios de salud?

- ❖ Impulso a la afiliación a jóvenes que no estudian y no se han incorporado al mercado laboral¹.
- ❖ Establecimiento de un sistema de registro nominal único en salud, como vía para el acceso real a los servicios y la evaluación rutinaria de su efectividad¹.
- ❖ Conducción de una política nacional para elevar la calidad de los servicios de salud y de protección social de manera coordinada.

¹. Gutiérrez JP, Hernández Ávila M. Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012 . Salud Publica Mex 2013;55 supl 2:S83-S90

Conclusión

- ❖ La medición de las condiciones de vulnerabilidad social requiere complementarse con evaluaciones continuas del desempeño de los servicios de salud y de los programas sociales, así como de la medición continua de los resultados en salud.
- ❖ El análisis derivado de la información actualizada y de calidad es fundamental para guiar políticas públicas integradoras para la protección social de la población.
- ❖ El mayor reto del sistema de salud para contribuir a la reducción de la inequidad social está representado por el logro de la cobertura universal y efectiva a los servicios de salud, que responda a las necesidades y expectativas de los diferentes grupos poblacionales.

Retos y perspectivas frente a la medición multidimensional de la pobreza 2012

SALUD

Dr. Ciro Murayama Rendón
Facultad de Economía
Universidad Nacional Autónoma de México





Felipe Calderón, *VI Informe de gobierno presidencial* (septiembre de 2012):

"Se alcanzó un logro verdaderamente histórico, un logro del que todos debemos sentirnos orgullosos, la cobertura universal de salud que comprometimos: médicos, medicinas, tratamiento y hospital para cada mexicana o cada mexicano que lo necesite."

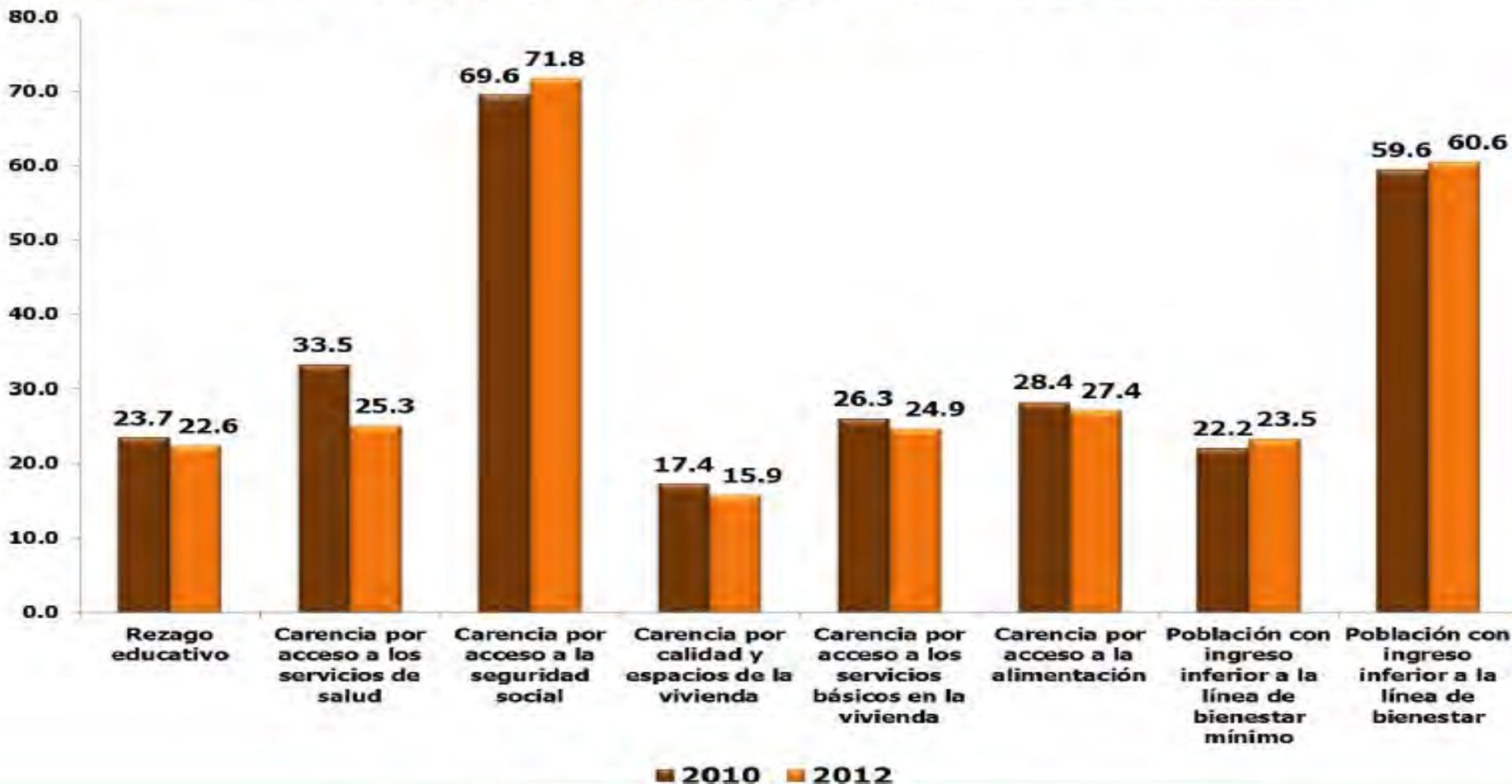


"Mexico is reaching universal health coverage in 2012. A national health insurance programme called Seguro Popular, introduced in 2003, is providing access to a package of comprehensive health services with financial protection for more than 50 million Mexicans previously excluded from insurance. Universal coverage in Mexico is synonymous with social protection of health"

**Felicia M. Knaul, et al
Lancet, August 2012.**



Cambios en las dimensiones de la pobreza, México, 2010-2012 (Millones de personas)

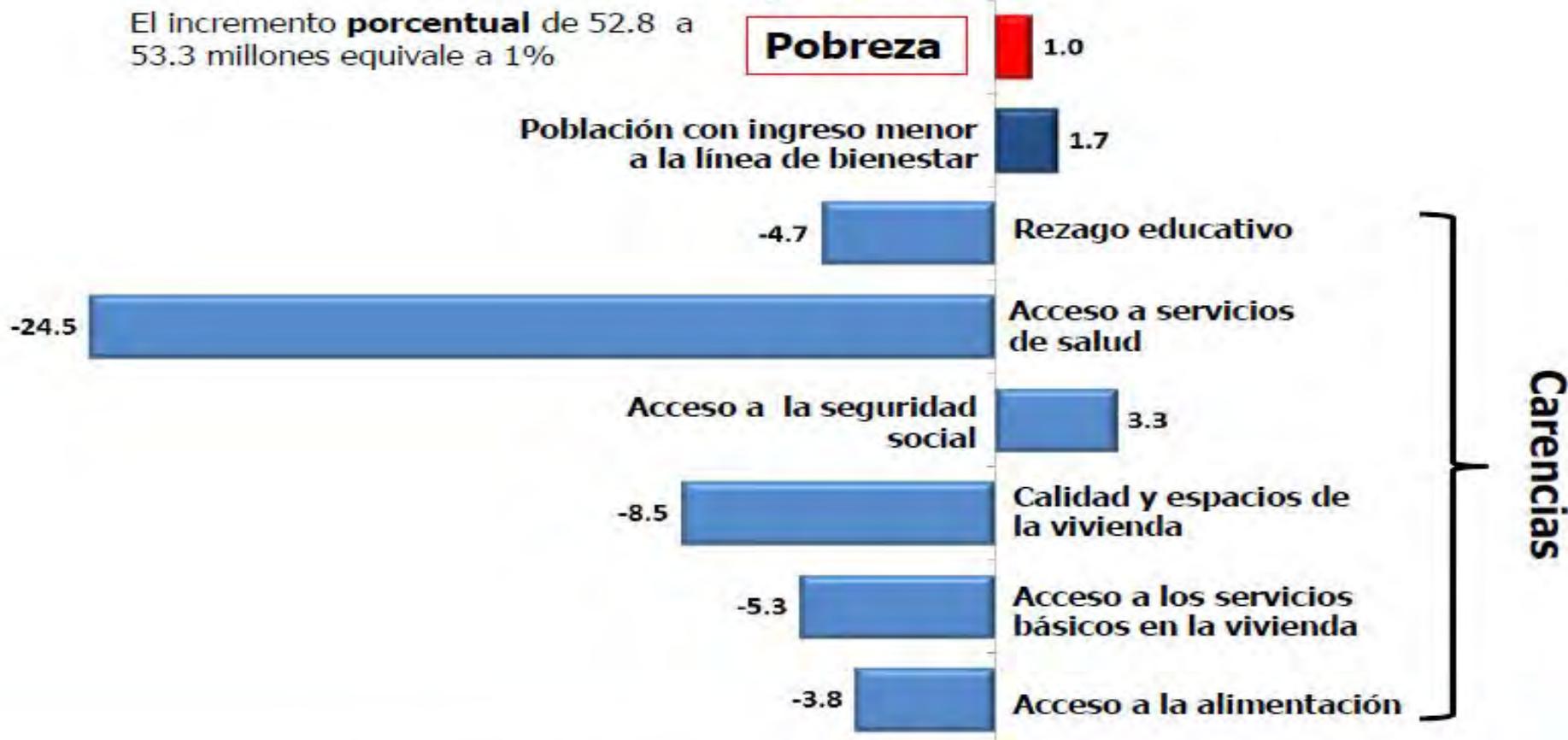




Variación porcentual del número de personas en pobreza, Nacional, 2010-2012

Variación porcentual

El incremento porcentual de 52.8 a 53.3 millones equivale a 1%





CONEVAL

Consejo Nacional de Evaluación
de la Política de Desarrollo Social

Cambio en el número de personas en pobreza, Nacional, 2010-2012

Millones de personas

El incremento de 52.8 a 53.3 millones equivale a 0.5 millones de personas

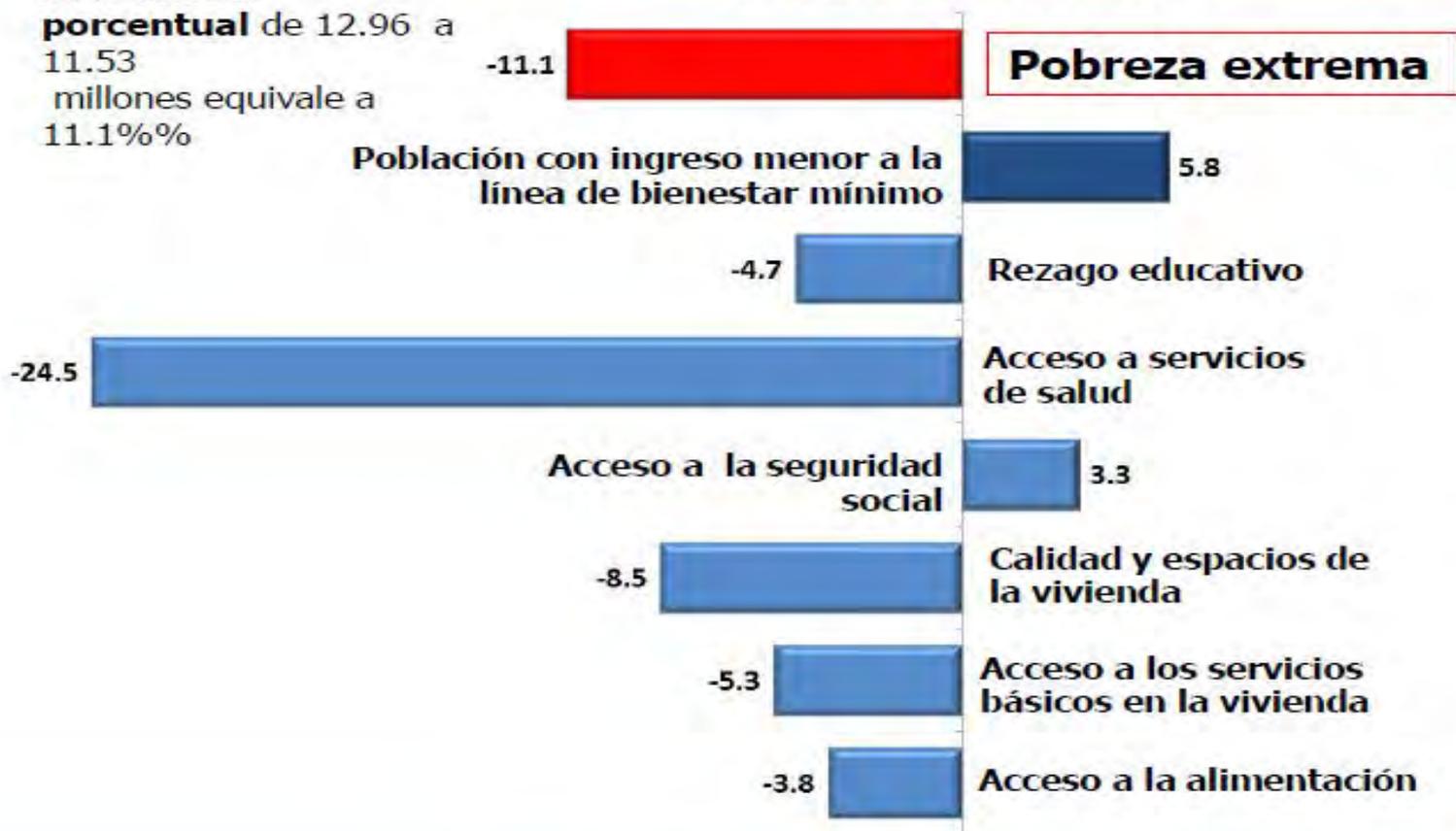




Variación porcentual del número de personas en pobreza extrema, Nacional, 2010-2012

Variación porcentual

La reducción porcentual de 12.96 a 11.53 millones equivale a 11.1%/%



Carencias



Cambio en el número de personas en pobreza extrema, Nacional, 2010-2012

Millones de personas

La reducción de 12.96 a 11.53 millones equivale a -1.4 millones de personas





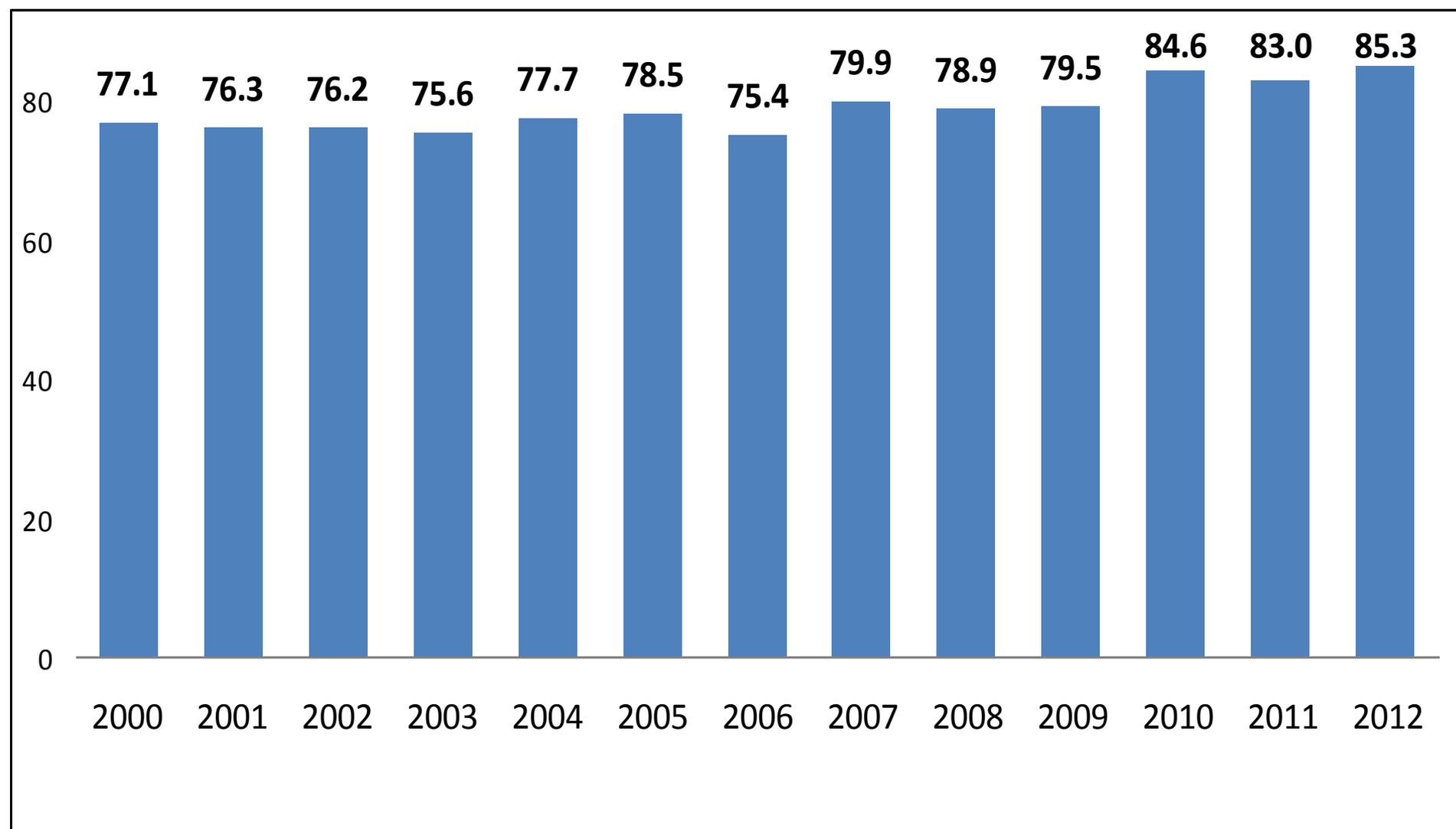
En 2003, cuando no había Seguro Popular, se dieron 88.9 millones de consultas externas a población no asegurada.

En 2012 el Seguro Popular dio 84.8 millones de consultas externas.

Fuente: Anexo estadístico VI Informe de Gobierno, p. 309.



CAMAS CENSABLES (miles)



Fuente: Elaboración propia con información del Sexto Informe de Gobierno (2012).