PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

“La pobreza como obstáculo para el acceso a los servicios de salud”

Valeria Andrea Acosta carrillo.

Agosto 2021

PARTIDO ACCIÓN NACIONAL

Contenido

I.- Introducción 3

II.- Justificación de la realización de la investigación. 6

III.- Planteamiento y delimitación del problema 7

IV.- Objetivo 12

V.- Marco teórico 13

VI.- Formulación de la hipótesis 18

VII.- Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis: Desarrollo de la investigación: 19

VIII.- Conclusiones 40

IX.- Bibliografía 42

I.- Introducción

Desde sus inicios, el sistema de salud en México ha atravesado un sinnúmero de problemas: la carencia de una cultura que motive a la conciencia social en el cuidado de la salud, la falta de personal y equipo médico, el desabasto de medicamentos, la pobre planeación hospitalaria, la escasez de especialistas, entre muchos otros obstáculos dentro del área de salud. Además de enfrentarse a los problemas sociales que atañen al país tales como el desempleo, la corrupción y desigualdades que fracturan el esquema social. El efecto de la ineficiencia en el sistema de salud recae en los pacientes; sin embargo, se ve más acentuado dentro de los niveles socioeconómicos más bajos al ser éstos los que menos acceso tienen a los recursos más esenciales como lo son la alimentación balanceada, agua potable, ropa, vivienda digna y cuidados de salud– ya sea tratamiento o prevención de enfermedades.

La cultura de la salud en México– la falta de cuidado, la poca prevención y las altas incidencias en ciertas enfermedades– encuentra explicación en que nuestro país ocupa, según cifras del INEGI, el cuarto sitio a nivel mundial de personas en situación de pobreza. Esto último se vuelve de especial interés al resaltar las fallas en los avances de desarrollo social, puesto que la falta de recursos dentro de las familias de bajos ingresos se vuelve una amenaza a la capacidad de atención a cuestiones de salud, ya que la prioridad deja de ser la prevención o el tratamiento y se vuelca hacia la mera subsistencia.

México está dentro de las economías emergentes con un PIB y PIB per cápita considerables. Si bien el país no ha tenido un crecimiento récord y podría tener un crecimiento a mayor escala y ritmo bajo parámetros internacionales, el aumento que se ha reflejado a lo largo de los años no es nada despreciable. México ha generado cada año más riqueza integrada por los ingresos acumulados que la persona adquiere con los años y los activos financieros y físicos que ha adquirido. Sin embargo, el crecimiento existente en la capacidad económica, es decir la riqueza, no se refleja de manera equitativa dentro de los distintos estratos sociales. El ingreso está distribuido de una manera desigual.

Problemática abordada

Antes de la pandemia por COVID-19, las principales causas de muerte– relacionadas con la salud– fueron enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, influenza, neumonía, enfermedades hepáticas, cerebrovasculares y enfermedades pulmonares. Tratar alguna de estas enfermedades representa un costo sumamente elevado, el cual deja de facto sin acceso a aquellos grupos que difícilmente logran cubrir la canasta básica.

No obstante que la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en su artículo cuarto reconoce la obligación del Estado de brindar un sistema de salud digno y completo a toda persona, es un hecho que la obligación del ciudadano es la prevención y cuidado de su salud. Es en este marco donde, desafortunadamente, el alto índice de pobreza en México, que de acuerdo con cifras de CONEVAL a febrero de 2021 representa un 56.7% de la población, ha generado a su vez un efecto dominó en el deterioro de diferentes áreas de desarrollo de los ciudadanos como la educación, la alimentación básica y el acceso a los servicios de salud.

De acuerdo con México Evalúa, un centro de pensamiento enfocado en la evaluación y monitoreo de la operación gubernamental, solo el 45% de la población, 56 millones de personas, cuenta con afiliación a servicios de salud de seguridad social. 27% de las personas en México están afiliadas a sistemas púbilcos distintos a los de seguridad social– como el Insabi– y solo el 2% cuenta con un seguro privado; dejando al 26% restante de la población (32 millones de personas) carente de cualquier afiliación a un servicio de salud.

Adicionalmente, la afiliación a cualquier programa de salud, tampoco garantiza el acceso efectivo a la atención. 34% de la población afiliada a programas de seguro social incurren en gastos dentro de la esfera del sistema de salud privado, principalmente al recurrir a consultorios dependientes de farmacias; esto debido al descuido de la atención primaria en salud por parte del sistema quien es responsable de detectar las enfermedades en su

etapa temprana, identificar el riesgo y prevenir complicaciones siendo esta etapa donde el 80% de las necesidades de salud deberían resolverse.

Incluso instituciones como el IMSS y el ISSSTE, se encuentran con situaciones donde se ven incapacitadas para garantizar el abasto de medicamentos y la atención médica a aquellos que son sus derechohabientes, pese a que sería posible tener identificado y cuantificado una buena parte de los recursos ya comprometidos a la atención de ese padrón. Entonces, si en instituciones como éstas, donde el padrón de derechohabientes– y su historial médico– es cuantificable, se habla de que se encuentran rebasadas en su capacidad de atención, ¿qué puede esperar recibir un paciente recurrente respecto de lo que debiera en realidad recibir?

El sistema de salud en México presenta fallas de origen que se han agudizado con el tiempo impidiendo el pleno ejercicio del derecho a la salud por ser excluyente e inequitativo. La población más pobre resulta afectada por este esquema puesto que el acceso a instituciones de salud pública se encuentra condicionada a una formalidad en el régimen laboral; lo cual deja el acceso a la salud fuera del alcance de todas aquellas personas que no cuentan con un empleo o que trabajan en la informalidad.

La disparidad en el acceso a servicios de salud se ve agravada por la insuficiencia presupuestaria con la que cuentan las instituciones de carácter público, ya que, de acuerdo con la OCDE, México se encuentra dentro de los países con el menor gasto en el sector salud al gastar 2.8% del PIB en comparación con el promedio de otros países miembros de este organismo de 6.6% del PIB. De esta falta de inversión es que se identifica la pobre infraestructura hospitalaria y de recursos humanos que atraviesa México.

II.- Justificación de la realización de la investigación.

Esta investigación es relevante para el ámbito social mexicano, porque pone de manifiesto la circularidad que existe entre las condiciones de pobreza y el acceso a los servicios de salud.

En México la salud está condicionada a las posibilidades laborales de una persona. Es decir, si ésta trabaja tiene acceso a servicio de salud, sino no; lo que genera un estancamiento en el acceso porque, siguiendo a la medición multidimensional de pobreza que sugiere el CONEVAL, una persona es pobre justamente cuando no tiene acceso a la salud. Es en ese sentido, que esta investigación ofrece una ventana hacia el panorama de la salud, que urge atender.

III.- Planteamiento y delimitación del problema

El Sistema de Salud Pública en México, que conocemos actualmente, deriva de un proceso histórico de carácter mundial, que guarda estrecha relación con los multi citados "Derechos Humanos". En ese sentido, se hace necesario ubicar el "derecho a la salud" como parte de ese universo, pues éste no podría comprenderse actualmente sin las adecuaciones político- económicas, que se han logrado gracias a la lucha que por muchos años ha liderado la sociedad civil en pro del reconocimiento y ejecución de esos derechos.

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, la Asamblea General (1945-1948) postuló una carta conocida como la "Declaración Universal de los Derechos Humanos". Los Derechos Humanos actualmente son definidos por las Naciones Unidas como: "derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición."[1]

Sin embargo, la aplicación equitativa de estos derechos enfrenta un grave problema a nivel mundial, que refiere al derecho interno de cada país, ya que éste cuenta con la autonomía para decidir la forma en la cual se pueden, o no, aplicar estos derechos. Es importante, mencionar que el problema que surge en este punto es que los derechos humanos son interdependientes e indivisibles; lo que quiere decir que no se pueden respetar unos y otros no, porque en el disfrute de uno se enmarca la ejecución del otro.

En este marco el Derecho a la salud, desde entonces, es considerado un derecho humano universal y para ello la definición de "salud" es importante en su aplicación, pues sin un acuerdo de lo que se puede o no considerar como salud digna el respeto a este derecho quedaría fracturado.

La Organización Mundial de la Salud estableció como definición de salud el "estado de completo bienestar físico, mental y social." (Prosalud-Cruz Roja-AECID, 2014) Por

[1] https://www.un.org/es/sections/issues-depth/humanrights consultado el 19 de julio de 2020.

supuesto, que esta definición ha vivido modificaciones que responden al contexto histórico cultural del momento, actualmente la salud es considerada un fenómeno multidimensional, que toma en cuenta una gran gama de aspectos, desde los médico-biológicos hasta paradigmas socio-ecológicos. (Frutos y Royo, 2006)

En ese sentido, podemos observar en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos que la definición del derecho a la salud comprende una amplia gama de factores, que no solo refieren aspecto relacionados con la sanidad física. Esta amplia definición refiere que:

> Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Prosalud-Cruz Roja-AECID, 2014)

Es por lo anterior, que cada Estado participante de esta declaración ha generado un sistema de salud pública, para satisfacer este derecho universal.

La Salud pública: cuestión de Estado

En México, al igual que en distintas partes del mundo, el concepto de seguridad social apareció con el industrialismo y el incremento de la actividad citadina a finales del siglo XIX. México entró en un proceso de industrialización que derivó en el aumento demográfico de las ciudades. En ese sentido, el problema sanitario se agudizó, pero sobre todo se hizo más evidente.

Lo anterior, empujó al gobierno mexicano a que, en 1907, se adhiriera a la Convención Sanitaria de Dresde y aceptara el compromiso de apoyar a la Oficina Internacional de Higiene Pública con sede en París. Sin embargo, México no contaba con los insumos económicos y políticos para hacerle frente a un compromiso de esa magnitud, pues pese

al progreso científico alcanzado, la brecha social basada en la desigual distribución de la riqueza era innegable. Esta brecha, que aún existe, ha sido el mayor problema con el cual ha debido enfrentarse la sociedad mexicana, al momento de hacer valer su derecho universal a la salud. (González, 1990)

Pero, qué es eso que llamamos “salud pública” y por qué es un asunto de Estado. Pues bien, según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), la salud pública es:

> Un conjunto de disciplinas que se ocupan de la salud y de las enfermedades de las poblaciones, que incorpora actividades no sólo médicas y abarca actuaciones en planificación, intervenciones como autoridad sanitaria, vigilancia epidemiológica y de la salud, información sanitaria, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, cuidados y rehabilitación del enfermo, mediante la puesta en marcha de los servicios de salud necesarios. (Izquierdo, 2015)

Las disciplinas marcadas por la OMS se deben observar por todos los gobiernos que participen del acuerdo, pues está en ellos garantizar que se logren de manera eficaz. La salud pública es un fenómeno que debe estar en constante evaluación y mejoramiento, y en ese sentido es importante la creación de indicadores claros que lo permitan.

En 2005, los Estados Miembros de la OMS -entre ellos México- asumieron el compromiso de alcanzar la cobertura sanitaria universal, acto que fue considerado una expresión colectiva del interés por que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que requieren -prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos- evitando riesgos económicos presentes o futuros. Y es que, obrar en favor de la cobertura sanitaria universal, es un medio para mejorar las condiciones de salud y bienestar, así como para promover el desarrollo humano (OMS, 2013, p. xi). El compromiso de lograr la cobertura universal fue un paso adelante en pro de la salud pública mundial.

Para 2010 en el *Informe sobre la salud del mundo* de la OMS, se explicó el concepto de cobertura sanitaria universal, el cual debe ser entendido desde tres dimensiones: 1.

Servicios de salud que se necesitan; 2. Número de personas que los necesita y 3. Costos para quien quiera que deba pagar. Destacando que los servicios de salud deben ser suficientes en calidad y cantidad, además de tener las condiciones para enfrentar imprevistos como accidentes químicos o pandemias. Y sobre los costos no debería haber pagos que excedan la disponibilidad de recursos de quién solicita el servicio, por lo tanto, deben ser igual a cero para las personas pobres (OMS, 2013, pp. 6-7).

En pocas palabras, la finalidad de la cobertura sanitaria universal es que cada individuo obtenga los servicios de salud que requiere a un costo asequible, tanto para sí mismo, como para el gobierno. Por lo anterior, todos los Estados deberán decidir qué servicios de salud son necesarios y cómo asegurar que están universalmente disponibles, siendo accesibles en costo, además de eficaces y de buena calidad (OMS, 2013, p. 7). En este sentido, resulta necesario tener presente que los servicios de salud que se requieran cambiarán en cada país, pues estos responden al entorno, considerando también que las causas de la falta de salud varían, y que los servicios requeridos se modificarán a lo largo del tiempo, esto en respuesta a nuevos procedimientos y tecnologías.

En México, a pesar de la buena voluntad y algunos avances, los indicadores sanitarios aún registran diversos retos. Y es que, se debe considerar que, durante el siglo XX en el país se inició el desarrollo del sistema de salud con una lógica de crecimiento industrial, es decir, esquemas de salud por condición de empleo: servicios de salud con prepago al que acceden trabajadores del sector formal de la economía. Y la realidad del desarrollo económico del país, es un escenario con una elevada proporción de la población en la economía informal (autoempleados o trabajadores sin prestaciones) expuestos a gastos excesivos en materia de salud[2]. (Gutiérrez, 2013, p. 153) Además de que se debe considerar que el desarrollo demográfico del país muestra un descenso de la mortalidad general, incremento en la esperanza de vida y disminución en la fecundidad.

[2] Se identifican dos tipos de gastos: **Gasto catastrófico** se define como el gasto en salud del hogar que representa una proporción igual o superior al 30% de su ingreso disponible (ingreso total monetario menos el gasto monetario en alimentos). **Gasto empobrecedor** hace referencia al gasto en salud que realizan los hogares y que los ubican por debajo de la línea de pobreza alimentaria. (Secretaría de Salud – Unidad de Análisis Económico, 2015, p. 1)

En términos generales, el principal reto -histórico- es pasar de un esquema en el cual "más de la mitad del gasto en salud se da de forma asociada con eventos de salud, mediante gasto de bolsillo y privado, hacia un esquema con acceso a servicios, ya sea de prepago [aún sin estar en la economía formal] o sin pago en el punto de contacto" (Gutiérrez, 2013, p. 154), obviamente con servicios efectivos tanto en lo curativo como en lo preventivo.

En este sentido las Organizaciones de la Sociedad Civil (en adelante OSC) han sido un impulso muy importante para la evaluación y mejoramiento de la salud pública, en México. En las últimas décadas, la sociedad civil organizada de México ha experimentado profundos cambios derivados, por un lado, del proceso de aprendizaje de ésta y de su experiencia acumulada en el contexto nacional, y por otro, de la dinámica política, económica y social vivida en el país los últimos años. Principalmente, el proceso de consolidación democrática ha llevado al reconocimiento que las OSC como actores clave para el desarrollo público y para la construcción conjunta de una sociedad equitativa, solidaria y próspera.

Hay mucho por hacer con respecto al problema de las desigualdades con respecto al acceso a la salud, y para ello debemos partir del hecho de que esta carencia posiciona justamente a una persona en pobreza, y ésta se convierte en un factor de dificultad en el acceso a la salud; lo que resulta en un constante círculo vicioso.

IV.- Objetivo

- Comprender la medición de la pobreza en México.
- Ubicar el acceso a la salud en el contexto internacional que la posiciona como un derecho humano
- Brindar un panorama sobre la forma en la que el Estado mexicano se ha quedado limitado en su obligación como único responsable de brindar el acceso a la salud, como un derecho de la humanidad
- Analizar el vínculo que existe entre pobreza y salud, con base en la medición multidimensional de la pobreza construida por el CONEVAL
- Analizar cuantitativamente la inequidad que existe en México con respecto al servicio de salud.

V.- Marco teórico

A partir de los años 80 del siglo XX, los gobiernos de economías denominadas subdesarrolladas, entre las que se cuenta México, vivieron una serie de fluctuaciones económicas negativas. Ante el fenómeno, los académicos e instituciones económicas comenzaron a mostrar preocupación por entender el problema de la pobreza, que derivó en diferentes estudios a nivel mundial; el más importante de ellos lo produjo el Banco Mundial, que presentó un reporte sobre el desarrollo mundial de 1990. Para el caso particular de América Latina hubo posteriormente una serie de estudios emprendidos por el Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial.

En aquel momento, la medición de la pobreza en esos estudios y los que le continuaron, hasta hace unos años, solían considerar únicamente el nivel de ingresos como referencia para determinar el bienestar económico de la población. Aunque es una buena referencia y es el principal determinante para que la población satisfaga todas sus necesidades, podríamos decir que se queda corto para conocer qué es lo que realmente pasa con la pobreza. Sumado a este fenómeno, la desigualdad frente al acceso a la salud se posicionó como un asunto prioritario dentro de la agenda académica y de organizaciones de la salud a nivel mundial.

En los 90, los estudios sobre pobreza comenzaron por tomar en consideración una variable más: el crecimiento económico. Entre las conclusiones más importantes que arrojaron estos análisis, se señalaba que la pobreza en diez países latinoamericanos fue casi siempre reducida por el crecimiento económico, pero que la pobreza aumentó con la volatilidad del crecimiento y con el incremento de la desigualdad. Otra de las conclusiones complementarias apuntalaba que el crecimiento económico reduce tanto la pobreza urbana como la rural, aunque el efecto del crecimiento es asimétrico pues las recesiones tienen un mayor impacto en la pobreza que las bonanzas. Las conclusiones anteriores deben ser matizadas, pues los resultados del crecimiento económico medido a través de las Cuentas Nacionales no necesariamente coinciden con el que se

desprende de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), aplicada cada dos años en México (Urzúa, 2008).

Otro factor que comenzaría a tomar fuerza en estos análisis para comprender la pobreza sería: la distribución del ingreso. La premisa de estos estudios partía del entendimiento de que: “Aun bajo un crecimiento económico sostenido es posible que los niveles de pobreza persistan como resultado de un empeoramiento en la desigualdad del ingreso” (Urzúa, 2008)

Muchos son los estudios que abrevaron de estas dos relaciones para comprender el comportamiento de la pobreza en el mundo, sin embargo, en México es en los albores del siglo XXI que este fenómeno comienza a ser comprendido desde diferentes ángulos:

“El Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (IEPDS) del año 2018, invita a que se entienda la pobreza como una condición marcada por dimensiones de la etnia, edad, la discapacidad, el género, etc.…” (Coneval, 2020)

Por lo anterior, la institución dispuesta para la medición de la pobreza en México, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (en adelante CONEVAL) considera que la pobreza, es una condición multidimensional; una persona no se considera pobre únicamente por el nivel de ingresos, esta metodología de medición considera:

1. El acceso a la educación.
2. Acceso a la seguridad social.
3. Acceso a los servicios de salud.
4. Calidad y espacio de la vivienda.
5. Acceso a los servicios básicos de la vivienda.
6. Acceso a la alimentación.

Como podemos ver, no necesariamente todos se relacionan directamente con el poder adquisitivo de las personas. Esta metodología permite no sólo reconocer a la población en situación de pobreza y pobreza extrema, sino que también permite identificar grupos vulnerables.

Se puede clasificar a una persona como pobre por concepto de laguna carencia social, a pesar de rebasar la línea de bienestar económico, que es lo que reflejan los espacios en blanco. Una persona puede ser vulnerable a entrar en una situación de pobreza, ya sea por medio del ingreso o por medio de alguna carencia social.

- ✓ Vulnerabilidad por carencias sociales: *"Población que percibe ingresos superiores a la línea del bienestar económico pero que presenta una o más carencias sociales.*
- ✓ Vulnerabilidad por ingreso: *"Población que no presenta carencias sociales, pero su ingreso es igual o menor a la línea de bienestar económico.* (Coneval, 2020)

Pobreza y salud: una estrecha relación

Es innegable que el acceso a la salud está estrechamente relacionado con el bienestar económico de una persona, como se acaba de mostrar, siguiendo la metodología del CONEVAL. La pobreza no responde simplemente al ingreso, sino a las condiciones de vida que se le presentan. En un país como México, también, la pobreza por carencias sociales es una constante. No podemos aspirar a una buena salud en la mayoría de nuestros habitantes si nuestras condiciones sociales siguen siendo precarias. En un estudio publicado por Global Health Action se abordan las grandes diferencias que vive las personas de diferentes países, con respecto a la salud:

> Pese a la gran atención que ha suscitado el problema de las desigualdades en el sector salud desde 1980, actualmente, continúan las diferencias significativas entre países y al interior de estos. Por ejemplo, en 2010, un hombre haitiano tenía una esperanza de vida de 27.8 años; mientras que la de un hombre en Japón era de 70.6 años. Más del doble de años con salud plena. Dentro de los países existen diferencias sustanciales entre los estratos sociales. En India, por ejemplo, los individuos que se ubican dentro del quintil más pobre de familias son 86% más propensos a morir que aquellos que provienen del quintil más

> adinerado; aun después de tomar en cuenta la edad, género, entre otros factores que influyen en el riesgo de mortandad. (Mariana C. Arcaya, 2015).

Las condiciones de pobreza determinan el acceso a la salud, lo que resulta ser una contradicción con aquello que los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) -entre ellos México- asumieron en 2005, como un compromiso: alcanzar la cobertura sanitaria universal. Este acto que fue considerado una expresión colectiva del interés por que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que requieren -prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos- evitando riesgos económicos presentes o futuros. Y es que, obrar en favor de la cobertura sanitaria universal, es un medio para mejorar las condiciones de salud y bienestar, así como para promover el desarrollo humano (OMS, 2013, p. xi). El compromiso de lograr la cobertura universal fue un paso adelante en pro de la salud pública mundial.

El problema que se ha tratado de definir en diferentes estudios, como los mencionados anteriormente es si el acceso a la salud es un asunto de desigualdad o inequidad. Cómo podemos asegurar el acceso a la salud de cobertura universal, si tenemos brechas económicas y condiciones sociales tan pronunciadas entre un país y otro. Al respecto el estudio de Adam Wagstaff, especialista de la OMS, señala cuatro resultados convergentes con respecto a los datos empíricos de distintos estudios realizados desde la academia europea:

> Primero, las desigualdades sanitarias son casi siempre en perjuicio de los pobres. Los pobres tienden a morir antes y a presentar mayores niveles de morbilidad que quienes tienen más dinero.Segundo, las desigualdades tienden a ser más pronunciadas con los indicadores objetivos de mala salud, como las medidas antropométricas de malnutrición y la mortalidad, que con los indicadores subjetivos. A menudo se observa que en los países en desarrollo estos últimos producen a veces gradientes perversos, de modo que los pudientes dicen tener peor salud que los pobres. Pero esto tiende a ocurrir con los indicadores que dependen mucho de la influencia de factores transitorios, como si el encuestado ha estado enfermo en las dos semanas anteriores. En

> los países industrializados se observa un comportamiento similar de estos indicadores. Tanto en el mundo en desarrollo como en el mundo industrializado los indicadores de enfermedad a más largo plazo, como las enfermedades de larga duración, la limitación de actividades importantes o la autoevaluación de la salud, tienden a presentar desigualdades que son desventajosas para los pobres. Tercero, hay grandes variaciones entre los países con respecto a la magnitud de las desigualdades sanitarias, aunque estas variaciones en sí mismas también varían según los indicadores sanitarios y socioeconómicos utilizados. Por ejemplo, en América Latina las desigualdades entre los pobres y los no pobres con respecto a la salud de los niños parecen ser mayores que en otras partes del mundo en desarrollo, cualquiera que sea el indicador sanitario utilizado. En cambio, las desigualdades en la mortalidad postinfantil (1 a 4 años) y la desnutrición son menos pronunciadas en el África Subsahariana que en el Norte de África, Asia y el Cercano Oriente, pero con la diarrea y las infecciones respiratorias agudas ocurre lo contrario. Cuarto, las desigualdades socioeconómicas en el campo de la salud parecen estar aumentando, en vez de disminuir, y esto es cierto tanto para el mundo en desarrollo como para el mundo industrializado. (Wagstaff, 2002)

Como se observa en la cita anterior, en América Latina las desigualdades son aun más pronunciadas que en otras partes del mundo; esto incluye a México, por supuesto. Y es que, en países como el nuestro con recursos naturales suficientes y bastos, resulta incongruente lo insuficiencias de medios que satisfagan las necesidades básicas de tantas personas. Esto se debe a la polarización económica y la dificultad extrema que se presenta en el ámbito de movilidad social.

VI.- Formulación de la hipótesis

El manejo de los servicios de salud en México excluye a la población ubicada en el sector más pobre, mientras que su carencia de salud, enfatiza su condición de pobreza. En este sentido, la presente investigación parte de esta premisa. Ubica la salud como un derecho humano, que depende de los Estados Nación solventar, sin embargo, en los países en vías de desarrollo de Latinoamérica, incluyendo México, este derecho se ve mermado por la inequidad que existe en el acceso a la salud, pues éste depende en gran medida de la capacidad económica de cada mexicano.

VII.- Pruebas empíricas o cualitativas de la hipótesis: Desarrollo de la investigación:

El INPC tiene como fin, el medir la evolución -a través del tiempo- del nivel general de precios de los bienes y servicios consumidos por los hogares mexicanos tomando en cuenta los productos que forman parte de la canasta definida con base en los patrones de consumo de la población. Con la llegada de la contingencia sanitaria por COVID-19, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) que es el instituto encargado de realizar este índice, realizó la recolección de información a través de medios electrónicos. (CONEVAL, 2021)

En el **cuadro 1** podemos observar el monto es de $1,313.69 en el ámbito rural mientras que la del urbano es de $1,728.88 lo cual equivale al valor de la canasta alimentaria por persona en un mes, mientras que la línea de pobreza por ingresos, que es equivalente al valor de la canasta alimentaria más la canasta no alimentaria por persona en un mes, en el área rural equivale a $2,585.71 mientras que el área urbana es de $3,686.90

Cuadro 1.- Línea de Pobreza por Ingresos (Valores mensuales por persona a precios corrientes)

Fecha	Línea de Pobreza Extrema por Ingresos (Canasta Alimentaria)		Línea de Pobreza por Ingresos (Alimentaria más no alimentaria)	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano
Febrero de 2021	$1,313.69	$1,728.88	$2,585.71	$3,686.90

Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2021

En cuanto a la tasa de crecimiento, comparado con el mismo mes del año anterior, podemos observar en el **cuadro 2** que la línea de pobreza extrema en el área rural aumentó en casi cuatro puntos porcentuales al igual que la urbana, mientras que la línea de pobreza por ingresos aumentó en 3.5% y 3.9% respectivamente. En general, el INPC aumentó 3.8% en un año.

Cuadro 2.- Variación porcentual y monetaria respecto al mismo periodo del año anterior

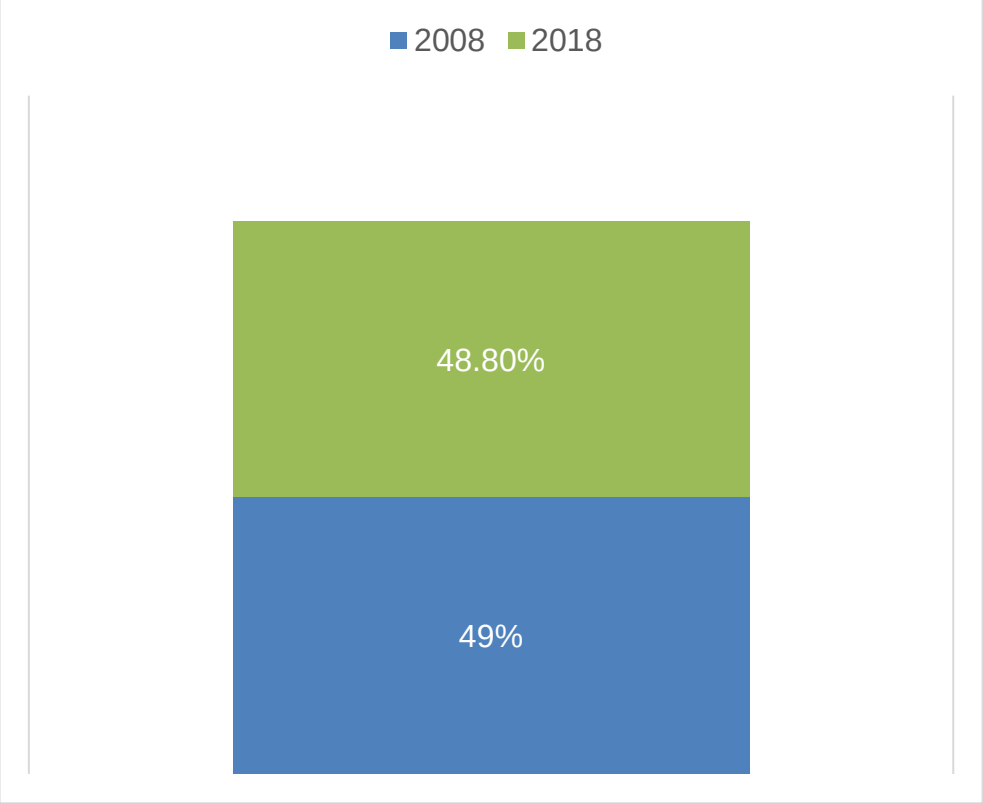
Fecha	Línea de Pobreza Extrema por Ingresos (Canasta Alimentaria)		Línea de Pobreza por Ingresos (Alimentaria más no alimentaria)	
	Rural	Urbano	Rural	Urbano
Tasa de crecimiento en comparación a febrero 2020	3.90%	3.90%	3.50%	3.90%
Diferencia a comparación de febrero 2020	$48.89	$65.58	$88.63	$137.79

Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2021

Tomando en cuenta la inflación anual, el valor a febrero de 2021 era de 3.8% (lo cual se encuentra dentro del rango objetivo de Banxico 3% +/- 1 punto porcentual), lo cual explica -en parte- la tasa de crecimiento respecto al año anterior. En cuanto a la línea de pobreza extrema en el ámbito rural, los productos con mayor impacto al alza fueron el frijol en grano, pollo y los alimentos y bebidas consumidas fuera del hogar, mientras que en área urbana fueron los alimentos y bebidas consumidos fuera del hogar, la papa y el frijol en grano. En cuanto a la línea de pobreza por ingresos, en el ámbito urbano, la tasa de crecimiento es mayor a la inflación anual general; los productos con mayor incidencia en el ámbito rural y urbano fueron la canasta alimentaria, vivienda y servicios de conservación y, cuidados personales. (CONEVAL, 2021)

En el **gráfico 1** podemos observar que el porcentaje de personas que cuentan con un ingreso inferior al de la línea de pobreza por ingresos no ha tenido una significante variación a la baja en 10 años, pasando de 54.7 millones de personas en 2008 a 61.1 millones de personas en 2018, lo cual, en puntos porcentuales, solo se reflejó una disminución de 0.2

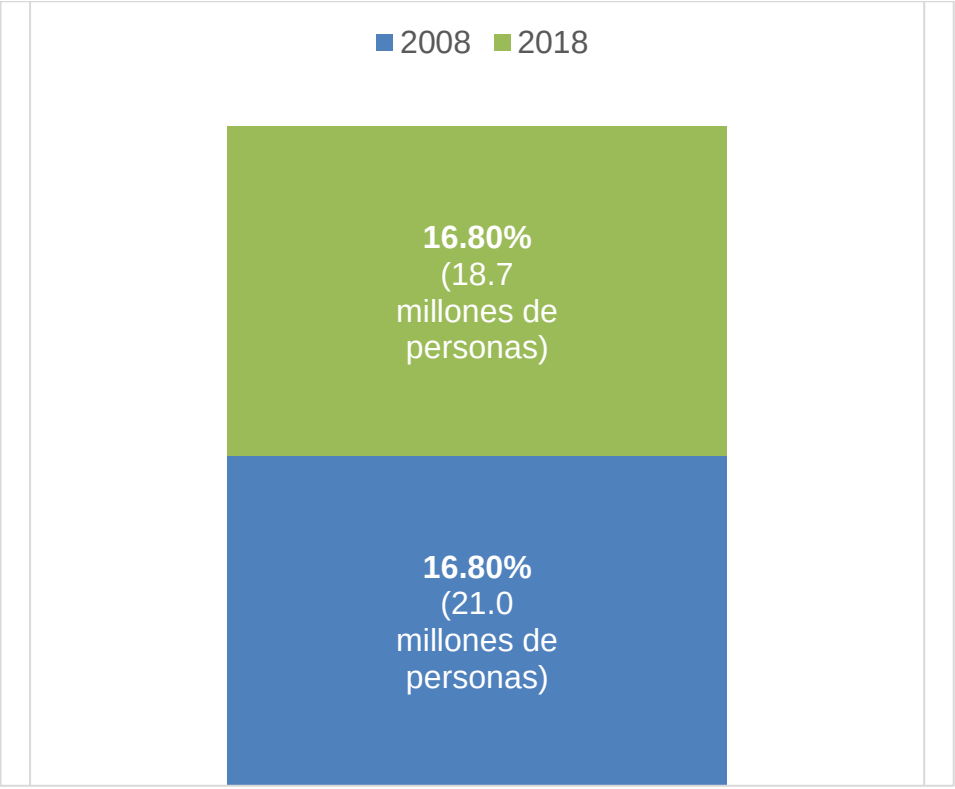
Gráfico 1: Población con ingreso inferior a la línea de pobreza por ingresos



Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2019

Sobre la población con ingresos menores al de la línea de la pobreza extrema, en el **gráfico 2**, podemos observar que, en cuanto a puntos porcentuales, se mantuvo en 16.8%, pero si analizamos las cifras reales del número de personas, nos damos cuenta de que, en diez años, se sumaron al grupo 2.3 millones de personas que viven en estas condiciones.

Gráfico 2: Población con ingreso inferior a la línea de pobreza extrema por ingresos



Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2019

Las dos gráficas anteriores nos dan cuenta del camino que aún falta por recorrer en el tema de eliminación de la pobreza en el país. Es sorprendente que, en diez años, la población que se encuentra en una situación donde no pueden acceder a una canasta básica haya aumentado en casi 10 millones de personas, mientras que las que se encuentran en pobreza extrema porque no tiene las condiciones de vida necesarias para subsistir, aumentó en aproximadamente 230 mil personas por año.

Con relación a lo anterior, la población que se encontraba en situación de pobreza en el 2008 eran 49.5 millones de personas, las cuales representaban el 44.4%, mientras que en 2018 eran 52.4 millones de personas, representando el 48.8%. (CONEVAL, 2019)

En el **mapa 1** podemos observar los estados que en 2008 tenían un alto y bajo porcentaje de población en condiciones de pobreza extrema. Aguascalientes tenía el 37.6%, Coahuila el 32.7%, Colima 27.4%, Chiapas 77%, Ciudad de México 27.6%, Durango

48.4%, Hidalgo 55%, Jalisco 36.7%, Michoacán 55.5%, Nuevo León 21.4%, Oaxaca 61.8%, Querétaro 35.2%, Tlaxcala 59.6% y Veracruz 51.2%

Mapa 1.- Entidades Federativas con porcentaje población en situación de pobreza en 2008



Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2019

En el **mapa 2**, se encuentra la población en condiciones de pobreza en 2018, Aguascalientes tenía una tasa de población en esta condición del 26.2%, Baja California 23.3%, Baja California Sur 18.1%, Campeche 46%, Coahuila del 22.5%, Colima 30.9%, Chiapas 76.4%, Chihuahua 26.3%, Ciudad de México 30.6%, Durango 37.3%, Guanajuato 43.4%, Guerrero 66%, Hidalgo 43.8%, Jalisco 28.4%, Estado de México 42.7%, Michoacán 46%, Morelos 50.8%, Nayarit 34.8%, Nuevo León 14.5%, Oaxaca 66.4%, Puebla 59%, Querétaro 27.6%, Quintana Roo 27.6%, San Luis Potosí 43.4%, Sinaloa 30.9%, Sonora 28%, Tabasco 53.6%, Tamaulipas 35.1%, Tlaxcala 48.4%, Veracruz 61.8%, Yucatán 40.8% y Zacatecas 46.8%.

Mapa 2.- Entidades Federativas con porcentaje población en situación de pobreza en 2018



Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2019

En el **cuadro 3** se plasmó la información de los mapas anteriores para poder observar cuáles fueron los estados con mayor o menor variación porcentual de personas en condiciones de pobreza. Aguascalientes fue uno de los estados que, en diez años, pudo reducir en casi 20% el número de personas bajo estas condiciones, con este mismo comportamiento se encuentra Nuevo León, con un cambio porcentual de -20.8%, Coahuila con -22% y Durango con -14.1%. Por otro lado, estados como Veracruz, aumentó en 31 puntos porcentuales, Colima en 35.9% y Oaxaca en 15.3%.

Cuadro 3.- Entidades Federativas con mayor y menor variación de personas en condiciones de pobreza

Entidad federativa	Porcentaje		Miles de personas	
	2008	2018	2008	2018
Aguascalientes	37.6	26.2	435.3	351.5
Coahuila	32.7	22.5	885.8	691.1
Colima	27.4	30.9	173.4	235.6
Chiapas	77.0	76.4	3,682.3	4,174.6
Ciudad de México	27.6	30.6	2,465.7	2,682.7
Durango	48.4	37.3	791.4	680.0
Hidalgo	55.2	43.8	1,443.6	1,311.1
Jalisco	36.7	28.4	2,657.1	2,337.6
Michoacán	55.5	46.0	2,411.2	2,161.9
Nuevo León	21.4	14.5	976.3	773.0
Oaxaca	61.8	66.4	2,354.4	2,714.7
Querétaro	35.2	27.6	629.1	579.2
Tlaxcala	59.6	48.4	687.7	645.8
Veracruz	51.2	61.8	3,879.0	5,088.6
Estados Unidos Mexicanos	**44.4**	**41.9**	**49,489.5**	**52,425.9**

Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2019

En cuanto a la población en pobreza extrema, en el **cuadro 4** podemos observar que la mayoría de los estados han logrado disminuir el porcentaje de personas que se encuentran en estas condiciones siendo Nuevo León, Durango, Tamaulipas y Zacatecas los que habían logrado un mayor avance. Sin embargo, Colima, Nayarit y Veracruz aún, en 2018, tenían una variación positiva; siendo Colima el más preocupante con un aumento, en diez años, del 65%, pasando de 11 mil a 18.2 mil personas bajo estas condiciones.

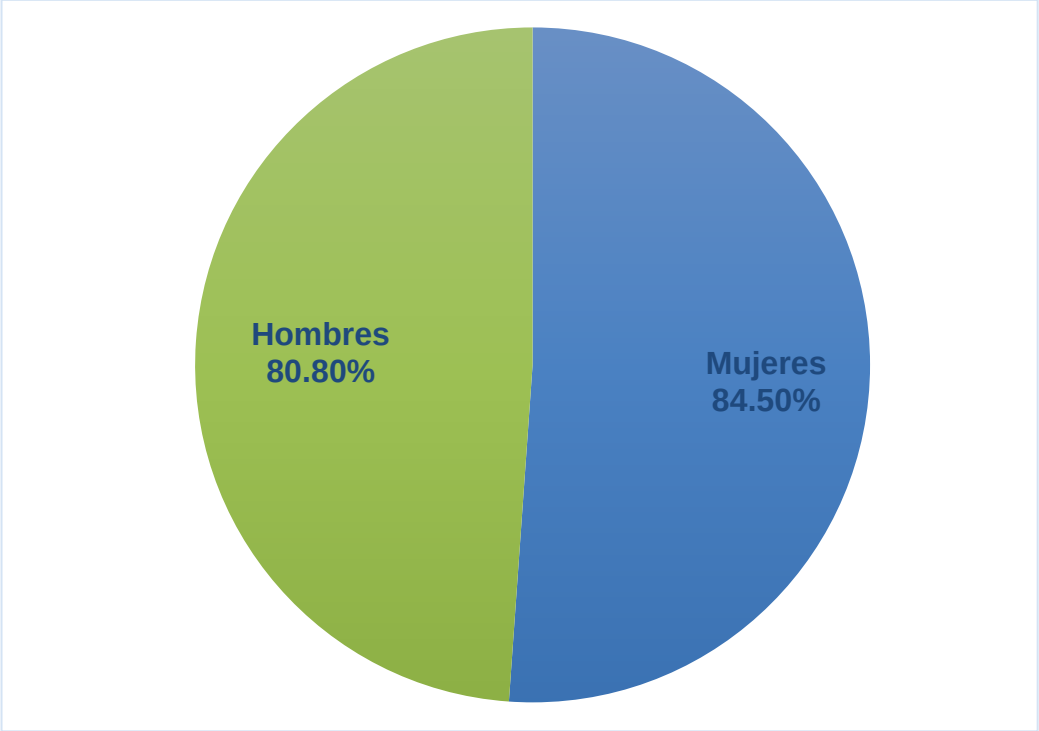
Cuadro 4.- Entidades Federativas con mayor y menor variación de personas en condiciones de pobreza extrema

Entidad Federativa	Porcentaje		Miles de personas		Cambios porcentual sobre el número de personas (2018-2008)
	2008	2018	2008	2018	
Aguascalientes	4.2	1.2	48.3	15.6	-67.6%
Baja California	3.3	1.6	104.1	59.3	-43.1%
Baja California Sur	2.7	1.5	16.4	12.6	-23.1%
Campeche	11.9	9.8	97.2	93.0	-4.3%
Coahuila	3.1	1.4	83.7	44.5	-46.8%
Colima	1.7	2.4	11.0	18.2	65.6%
Chiapas	38.7	29.7	1,850.8	1,623.3	-12.3%
Chihuahua	6.7	2.6	230.5	99.8	-56.7%
Ciudad de México	2.1	1.7	189.1	153.3	-18.9%
Durango	11.5	2.2	187.2	40.4	-78.4%
Guanajuato	7.9	4.2	430.8	253.3	-41.2%
Guerrero	32.4	26.8	1,098.2	971.4	-11.5%
Hidalgo	15.3	6.1	401.3	181.5	-54.8%
Jalisco	4.4	3.0	321.0	244.5	-23.8%
México	6.9	4.9	1,046.5	865.7	-17.3%
Michoacán	15.4	6.1	668.9	284.4	-57.5%
Morelos	8.7	7.4	153.1	147.0	-4.0%
Nayarit	6.2	5.9	66.2	76.2	15.2%
Nuevo León	2.6	0.5	118.7	25.2	-78.7%
Oaxaca	28.3	23.3	1,079.0	951.8	-11.8%
Puebla	19.0	8.6	1,088.1	551.9	-49.3%
Querétaro	5.5	2.0	97.6	41.2	-57.8%
Quintana Roo	7.7	3.5	98.3	59.8	-39.2%
San Luis Potosí	15.4	7.3	394.8	207.6	-47.4%
Sinaloa	4.6	2.7	128.9	82.3	-36.2%
Sonora	4.4	2.6	115.2	80.6	-30.0%
Tabasco	15.8	12.3	348.5	302.5	-13.2%
Tamaulipas	4.8	3.3	157.2	121.8	-22.5%
Tlaxcala	9.5	3.1	109.9	41.7	-62.0%
Veracruz	16.8	17.7	1,276.4	1,457.9	14.2%
Yucatán	8.9	6.7	170.9	147.1	-13.9%
Zacatecas	9.5	3.4	140.4	54.4	-61.3%
Estados Unidos Mexicanos	**11.0**	**7.4**	**12,328.2**	**9,310.2**	**-24.5%**

Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2019

En 2017, según datos de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS), se estimaban 102.3 millones de personas afiliadas a servicios de salud (82.7%). Como se muestra en el **gráfico 3**, del total de hombres, el 80.8% sí estaban afiliados y de las mujeres el 84.5%.

Gráfico 3: Porcentaje de mujeres y hombres afiliadas a servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con datos de INEGI, 2018

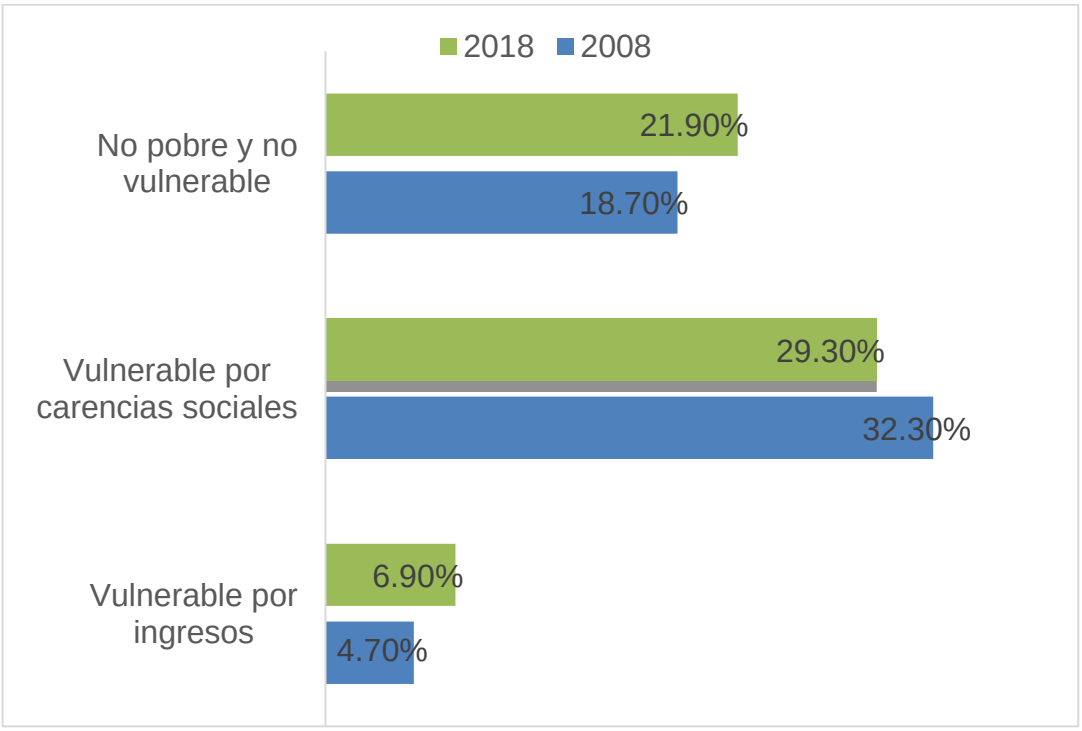
La cobertura de la población afiliada pasó de 59.5% en 2009 a 82.7% en 2017. El 39.2% de la población, mencionó tener seguro popular y el 36.3% IMSS, o sea que ocho de cada diez personas, están afiliadas a estas instituciones. En el 2017, el 54.3% de la población, acudió a algún servicio, mientras que en 2009 fue del 59.1% y en 2013 del 62.9%. (INEGI, 2018)

El 21.8% de la población de 15 o más años, realizaba aportaciones a una institución de seguridad social, el 21.6% cotizó alguna vez y, más de la mitad de la población (56.1%) nunca ha cotizado. El 28.3% de la población masculina cotizaba a comparación del 16% de la población femenina.

En el **gráfico 4** encontramos que la población vulnerable por ingresos aumentó a nivel nacional en 3.4 millones de personas, pasando de 5.2 millones (4.7%) en 2008 a 8.6

millones (6.9%) en 2018. Por su parte, la población vulnerable por carencias sociales se redujo a lo largo de diez años, pasando de 36 millones (32.3%) a 36.7 millones (29.3%) en 2018, teniendo en cuenta que, a pesar de que el número de personas aumentó, la relación entre el número de habitantes y las personas que viven con alguna carencia social -porcentaje- disminuyó. Finalmente, la población que no es pobre y no padece ningún tipo de vulnerabilidad, en 2008 era del 18.7% con 20.9 millones de personas y en 2018 pasó a 27.4 millones de personas, o sea, el 21.9% de la población; si bien tanto el porcentaje como el número de personas aumentó, no se logró un aumento significativo que permitiera que la mayoría de la población o por lo menos más del 40% de la población, pasara a tener una mejor calidad de vida.

Gráfico 4: Porcentaje de la población por tipo de vulnerabilidad



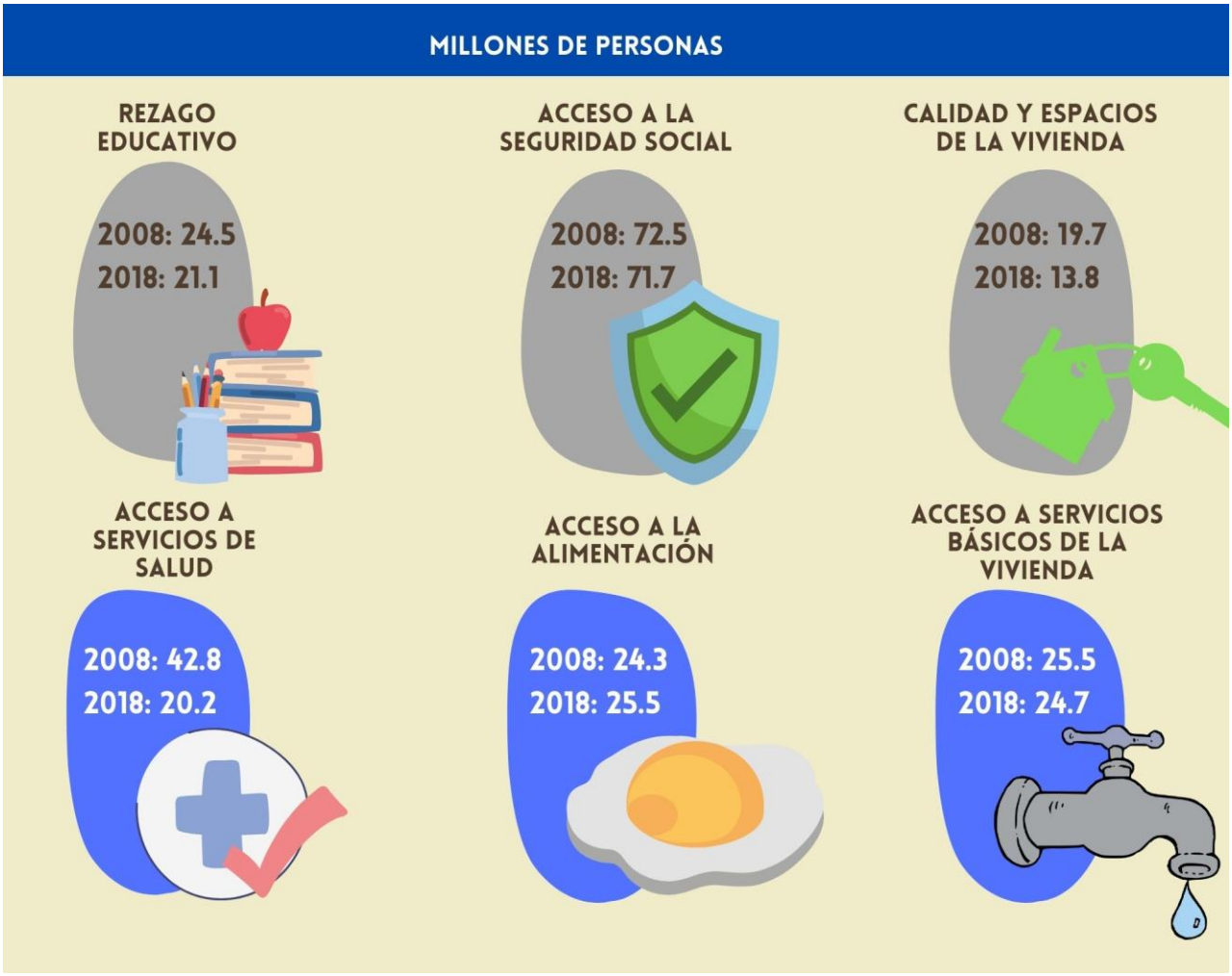
Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2019

En cuanto a la medición multidimensional de la pobreza, el coneval define que una persona se encuentra en condiciones de pobreza, cuando tiene al menos una carencia social de sus seis indicadores de carencia social. (CONEVAL, 2010)

En el **gráfico 5** observamos que el rezago educativo pasó de 21.9% a 16.9% en 2018. En cuanto al acceso a los servicios de salud, se considera que es un elemento de gran importancia de vida, ya que brinda las bases necesarias para el buen mantenimiento de

la existencia de las personas y su correcto funcionamiento físico y mental, además de que cuando las personas carecen de acceso a este servicio, el costo de atención de una enfermedad o accidente, vulnera el patrimonio familiar y hasta la integridad física (CONEVAL, 2010); sobre este mismo punto, observamos que disminuyó en casi la mitad, pasando del 38.4% en 2008 al 16.3% en 2018.

Gráfico 5.- Población con alguna carencia social



Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2019

Sobre el acceso a la seguridad social se entiende que es el conjunto de mecanismos que permiten garantizar los medios de subsistencia de la población ante eventualidades que van desde accidentes hasta enfermedades o situaciones sociales como la vejez o embarazo, en este sentido en cuanto al número de personas se observa una disminución pasando de 65% en 2008 a 57.3% en 2018.

Sobre el acceso a la alimentación, la cantidad de personas aumentó de 24.3 millones de personas a 25.5, pero en términos de porcentaje, disminuyó pasando de 21.7% a 20.4%. En cuanto a la calidad y espacios de la vivienda -considerando para efectos de este indicador, el material del piso, techo, muro y el hacinamiento por cuarto- pasó de 19.7 millones de personas (17.7%) a 13.8 millones (11.1%) en 2018, siendo uno de los indicadores con una mayor caída en estos años, después del de acceso a los servicios de salud. Finalmente, sobre el acceso a los servicios básicos en la vivienda podemos observar que hubo una ligera caída pasando de 25.5 millones de personas en 2008 (22.9%) a 24.7 millones (19.8%) en 2018. (CONEVAL, 2010)

En cuanto al avance en el acceso a los servicios de salud, la afiliación al Seguro Popular fue de gran importancia para las personas con menores ingresos, en 2016 el casi 80% de la población del decil I se encontraba afiliada a este sistema (CONEVAL, Principales Retos en el Ejercicio del Derecho a la Salud, 2019)

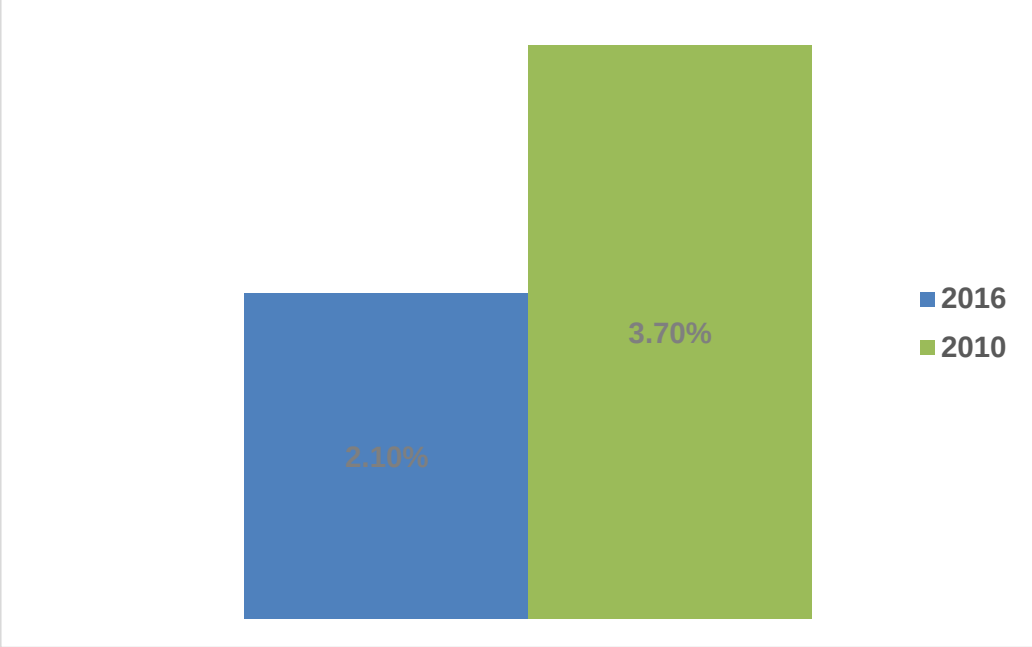
Durante el sexenio de Vicente Fox (2000-2006) se creó el Seguro Popular –Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)- el cual buscaba dar una cobertura sanitaria a quienes no contaban con acceso a un sistema de protección por su empleo, sobretodo a las personas que laboraban en el sector informal, que eran auto-empleadas o que no contaban con trabajo. En enero de este año, se eliminó este programa y se sustituyó por el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) (Fuentes-Nieva, 2020)

La transición de un programa a otro, en medio de una pandemia, no ha permitido dar cuenta de los resultados. El INSABI en septiembre de 2020 definió su estructura y aún faltan las reglas de operación, pero a pesar de las circunstancias, ha cubierto la atención de los derechohabientes del Seguro Popular.

Esta crisis encontró a México en condiciones de vulnerabilidad a nivel social, ya que existen un alto nivel de personas que sufren de diabetes y enfermedades cardiovasculares, precariedad laboral, problema en el acceso al agua y de hacinamiento, que hace complicada la adopción de medidas preventivas. (CONEVAL, 2020)

En cuanto al **gráfico 6** la accesibilidad física, en 2018, el 30.9% de las localidades del país, se encontraban en condiciones de aislamiento, concentrando a 3,137,271 personas que, por esas condiciones, no tienen acceso a servicios de salud. De 2010 a 2016, la proporción de los integrantes de los hogares que tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de emergencia disminuyó, pasando de 3.70% a 2.10%. (CONEVAL, Principales Retos en el Ejercicio del Derecho a la Salud, 2019)

Gráfico 6.- Accesibilidad física



Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2019

En el **mapa 3** se puede observar la distribución porcentual en los estados de la república mexicana, en cuanto a las personas que no cuentan con derechoabiencia a servicios de salud en 2020. En el mapa se muestran los porcentajes de aquellos estados con mayor proporción de personas en esta situación, dentro de los cuales, se encuentra Michoacán con el 38%, seguido por Chiapas con el 33% y Oaxaca y Jalisco con el 29% cada uno.

Mapa 3.- Porcentaje de población sin derechohabiencia a servicios de salud, 2020



Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2020

En el **cuadro 5** podemos observar la evolución de los estados -y a nivel nacional- el porcentaje de población que no es derechoabiente a los servicios de salud. A nivel nacional hubo una importante disminución de esta población entre 2010 y 2015, pero para 2020 se generó un crecimiento de casi diez puntos porcentuales, lo cual pudo haber sido por la gran pérdida de empleos debido a la pandemia por covid-19 y la crisis económica que se formó a partir de esta situación. Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Puebla, Tlaxcala y Veracruz, fueron los estados que pudieron reducir en mayor medida el porcentaje de su población sin acceso a servicios de salud entre 2010 y 2020.

Entre el cuarto trimestre de 2019 y el de 2020 hubo una disminución importante de la población ocupada con acceso a los servicios de salud en ciertos sectores económicos -por el COVID-19- como lo son los restaurantes y servicios de alojamiento, los cuales presentaron una reducción anual del 22.9%, mientras que en el sector de construcción fue de 8.8%. A su vez, en el mismo periodo, se prestaron incrementos en la cobertura en servicios de salud para los sectores de gobierno y organismos internacionales (7.6%), servicios sociales (5.1%) y en comercio (1.1%) (CONEVAL, Comunicado del Índice de la Tendencia Laboral de la Pobreza (ITLP) al Cuarto Trimestre de 2020, 2021)

Cuadro 5.- Porcentaje de población por entidad federativa sin derechohabiencia a servicios de salud, 2020, 2015 y 2010

Entidad federativa	2020	2015	2010
Aguascalientes	18	12.9	21.1
Baja California	22	18.1	28.8
Baja California Sur	16	13.6	22.8
Campeche	22	11.9	22.2
Coahuila	19	14.1	21.9
Colima	17	12.1	17.3
Chiapas	33	17.3	41.7
Chihuahua	15	11.4	23.5
Ciudad de México	27	20.8	33.6
Durango	25	16.1	29.8
Guanajuato	21	14.7	29.6
Guerrero	25	15.0	45.7
Hidalgo	30	17.3	33.8
Jalisco	29	18.8	34.5
México	33	20.6	40.4
Michoacán	38	25.6	44.4
Morelos	28	15.5	35.3
Nayarit	22	16.1	22.8
Nuevo León	19	11.5	20.3
Oaxaca	29	17.2	43.1
Puebla	29	19.8	49.3
Querétaro	21	13.7	25.2
Quintana Roo	25	18.8	29.8
San Luis Potosí	17	10.2	25.9
Sinaloa	19	14.3	24.5
Sonora	19	13.6	25.0
Tabasco	31	14.9	25.2
Tamaulipas	20	14.5	22.5
Tlaxcala	27	16.4	37.8
Veracruz	28	20.7	39.9
Yucatán	22	13.4	24.1
Zacatecas	20	12.8	30.5
Nacional	**26**	**17.3**	**33.8**

Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2020

Siguiendo con la población ocupada con acceso a los servicios de salud, entre el primer trimestre de 2020 y 2021, aumentó en un punto porcentual pasando de 37.8% a 38.8% respectivamente. Aunado a esto, la variación anual de la población ocupada con acceso a servicios de salud por parte del IMSS cayó en 2.8% respecto al mismo periodo de 2020, mientras que la población con acceso por el ISSSTE aumentó en 6.5%. Poco más de 80% de la población ocupada que cuenta con acceso a servicios de salud -en el mismo periodo- tiene acceso al IMSS. (CONEVAL, 2021)

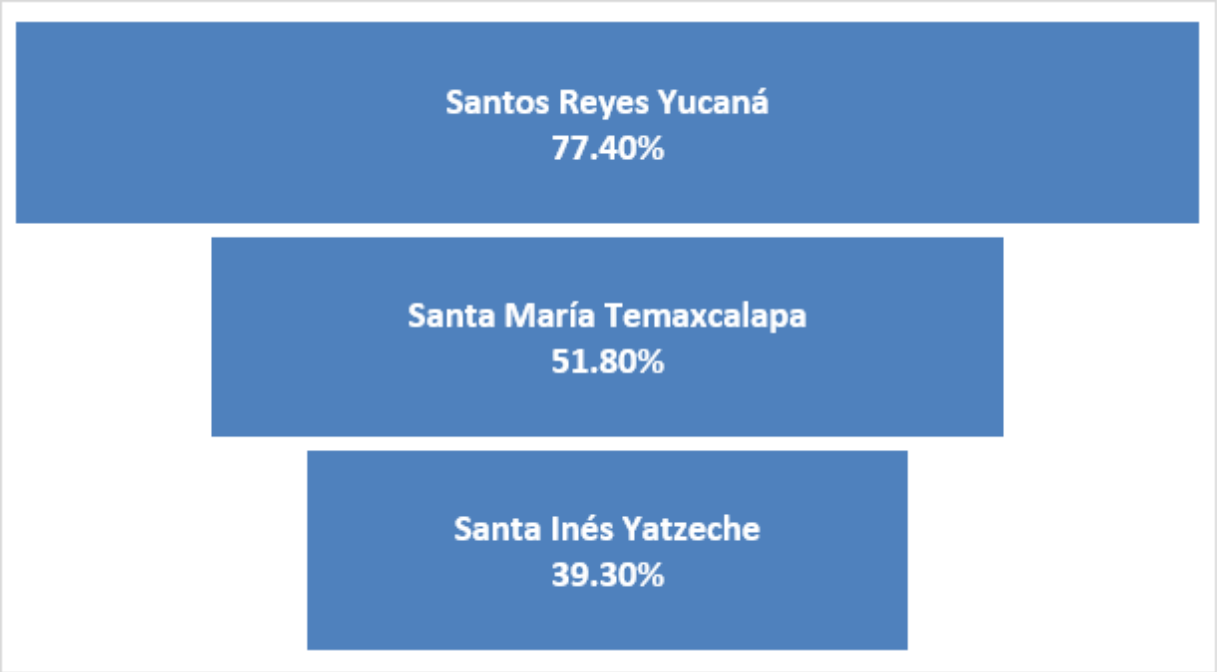
En el caso de los municipios, en 2015, la carencia de acceso a los servicios de salud fue la segunda con menor incidencia en los mismos, ya que, en 1,991, la población con esta carencia fue menor al 20%, traduciéndose en aproximadamente, 11.8 millones de personas con esta carencia. Sin embargo, siete municipios reportaron niveles superiores al 40%, los cuales se ubican en los estados de Oaxaca (Santa María Temaxcalapa, Zapotitlán Palmas, Santiago del Río y Santos Reyes Yucuná), Puebla (Domingo Arenas y San Salvador Huixcolotla) y Michoacán (Apatzingán); en ellos hubo poco más de 67,000 personas que carecían de acceso a los servicios de salud. (CONEVAL, 2018)

Los municipios con menor incidencia en el indicador con menos del 5% se localizaron principalmente en: Tamaulipas, Nuevo León, San Luis Potosí y Yucatán. En entidades como Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey, los municipios, a pesar de tener una concentración importante de servicios de salud en todos los niveles y especialidades, la incidencia superó el 13%. (CONEVAL, 2018)

En los municipios indígenas, la proporción de las personas que en 2015 no contaban con acceso a servicios de salud, fue de 14%, es decir, aproximadamente 1.2 millones de personas, mientras que en los municipios no indígenas fue de 17%, 19 millones de habitantes. Estas cifras nos permiten ver de las carencias sociales, la falta de acceso a los servicios de salud fue la única que presentó menor incidencia en los municipios indígenas, en comparación con los no indígenas. (CONEVAL, 2018)

Sin embargo, en el **gráfico 7**, se pueden observar tres municipios indígenas que presentaron un alto porcentaje de población con esta carencia, los cuales se localizan en Oaxaca.

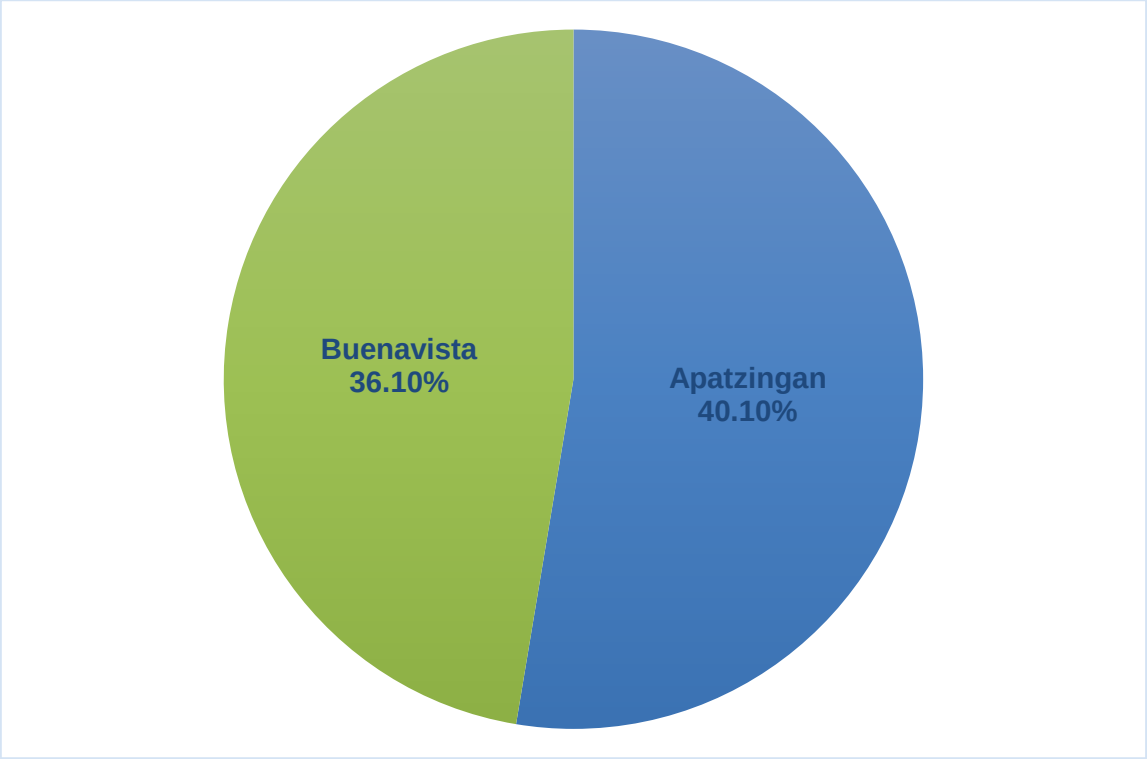
Gráfico 7.- Municipios indígenas con mayor proporción de habitantes con carencia de acceso a servicios de salud



Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2018

En aquellos municipios con 50,000 habitantes o más, la carencia de acceso a los servicios de salud mostró los valores más altos -superiores al 20%- en la entidad de Michoacán, principalmente en los municipios de Apatzingán fue de 40.1% y Buenavista 36.1% como se muestra en el **gráfico 8**. Sin embargo, es importante mencionar que, en ambos municipios hubo una disminución en la carencia de más de 10 puntos porcentuales en los años de 2010 a 2015.

Gráfico 8.- Municipios con 50,000 o más habitantes con habitantes que carecen de acceso al servicio de salud



Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL 2018

Por su parte, los estados de Tamaulipas, Estado de México, Nuevo León y San Luis Potosí destacaron por concentrar los menores niveles en este rubro. Respecto a los municipios de zonas metropolitanas, el 18.1% de la población no tuvo cobertura de servicios de salud, lo cual equivale -aproximadamente- a 14 millones de personas; en cambio, en los municipios que no pertenecen a las zonas metropolitanas, el porcentaje fue de 14.7%, cerca de 6.5 millones de personas. (CONEVAL, 2018)

Sobre los municipios de zonas metropolitanas, el 18.1% de la población no tuvo cobertura de servicios de salud, lo cual equivale aproximadamente a 14 millones de personas; en cambio, en los municipios que no pertenecen a las zonas metropolitanas, el porcentaje fue de 14.7 de 6.5 millones de personas aproximadamente. (CONEVAL, 2018)

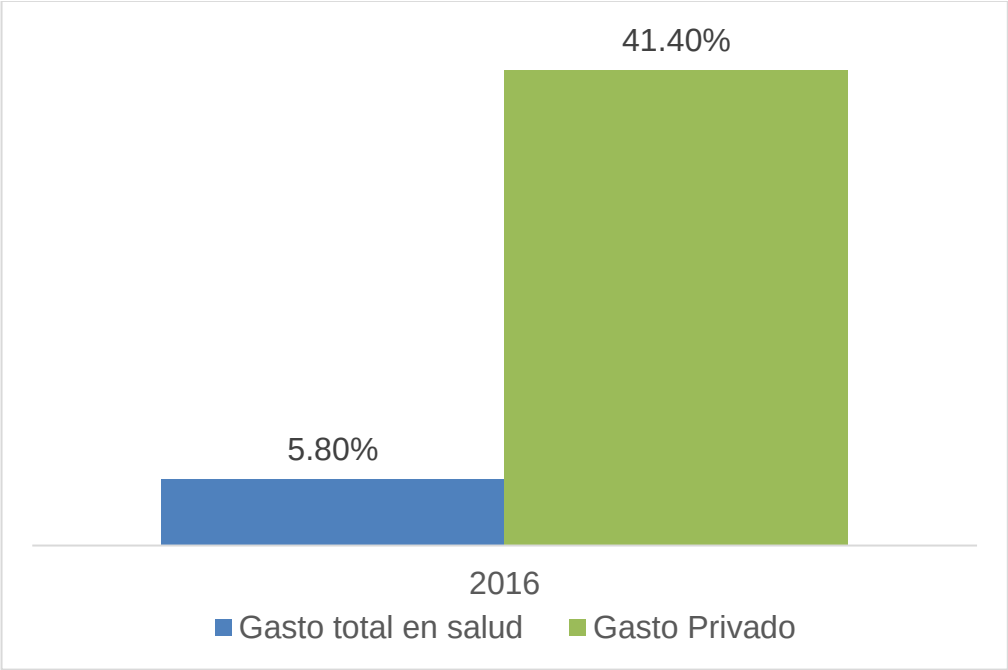
En la zona metropolitana de Tulancingo -con tres municipios en los cuales habitan cerca de 257,000 personas- presentó el mayor porcentaje de esta carencia, de su población total, el 28.5% no tenían acceso a los servicios de salud. En cuanto a la zona metropolitana de Ciudad Victoria, Tamaulipas, mostró una mejor situación, ya que apenas 7.5% de sus 346,000 habitantes, reportaron esta carencia.

En 77 municipios se concentró la mitad de la población con carencia de acceso a los servicios de salud, alrededor de 10.3 millones de personas. Dentro de las entidades que destacan son: Baja California, Guanajuato, Estado de México, Jalisco y Ciudad de México. El municipio con mayor número de personas sin acceso a los servicios de salud fue Ecatepec, en el Estado de México, ya que en ese municipio, cerca de 459 mil personas presentaron carencia por falta de acceso a servicios de salud, seguido de Iztapalapa, en la Ciudad de México con 428,000 personas, Tijuana, en Baja California con 355,000 personas, y Puebla, en Puebla con 345,000 personas. (CONEVAL, 2018)

Por otro lado, entre 2013 y 2015, las consultas médicas que fueron impartidas a través de servicios de telemedicina y telesalud, pasaron de 12,126 a 106,978. En cuanto al Programa de Fortalecimiento a la Atención Médica, en 2017, otorgó 2.5 millones de consultas a la población que se encontraba en zonas marginadas y de difícil acceso. (CONEVAL, Principales Retos en el Ejercicio del Derecho a la Salud, 2019)

En el **gráfico 9** se muestra que, en 2016, México ocupó el tercer lugar de los miembros de la OCDE, con menor gasto total en salud, siendo de 5.8% contra el 9% del PIB promedio. En este mismo año, el gasto privado fue de 41.4% de los miembros de la OCDE, ocupando el segundo más alto, siendo el 41.4% los gastos directos de las familias a través del desembolso y el 6.5% fue a través de aseguramiento privado. (CONEVAL, Principales Retos en el Ejercicio del Derecho a la Salud, 2019)

Gráfico 9.- Gasto en salud 2016



Fuente: Elaboración propia con datos de CONEVAL, 2019

El gasto per cápita total de las personas que no contaban con seguridad social en 2015, era de $3,954.9, menor a los $5,644.7 per cápita de quienes contaban con un esquema con seguridad social

En el país, antes de que ocurriera la pandemia, existían graves problemas en el sistema de salud, dentro de los cuales, se encontraban: 327 hospitales, clínicas y centros de salud inconclusos y muchos de ellos fueron construidos en lugares de terrenos inestables -según datos de la Secretaría de Salud-; además, había desabasto de medicinas ya que los proveedores daban un precio mayor a su precio real; se realizaron compras de equipo médico para contratar servicios o adquirir medicinas a través de empresas que no existían; varias personas fallecieron por problemas en los servicios sanitario, entre otros factores, lo cuales complicaron -aún más- el tratar de frenar la contingencia. (Nájar, 2020)

Otro de los grandes problemas en México, es que se le destinan muy pocos recursos al Sector Salud, de hecho, dentro de los países que integran la Organización para el Desarrollo Económico (OCDE) es el que menos inversión pública destina a este sector. (Nájar, 2020) como se pudo observar en la gráfica anterior, donde se menciona que en 2016 -México- era el tercer país que destinaba menos recursos a este sector.

Países como Alemania, Japón y Francia destinan más del 9% del PIB a salud pública, España e Italia dedican el 6%. La poca inversión en el sector salud, tiene efectos directos en la población cuyos ingresos son bajos, ya que en 2018 seis de cada diez personas declararon que, en su última enfermedad, tuvieron que pagar por sus medicamentos. (Fuentes-Nieva, 2020)

Tras los pocos recursos públicos para el sistema de salud, aumentó la inversión privada. Estos sustitutos privados que brindan el servicio de salud, a pesar de pagar por ellos, no garantizan cobertura ni calidad para toda la población que lo necesite y por lo mismo, se dejaron de lado a muchas regiones que tienen graves problemas de pobreza y desnutrición. (Nájar, 2020)

Sobre el covid-19, la población con menores ingresos es más vulnerable a esta enfermedad. Con la llegada de la comida chatarra, se empezaron a presentar enfermedades como la diabetes y obesidad en este grupo poblacional. En 2018 casi 9 millones de personas fueron diagnosticadas con diabetes y alrededor de 3 millones se estima que sufren esta enfermedad, pero que -aún- no han sido diagnosticadas. Cada año mueren más de 100,000 personas por esta enfermedad, mientras que 200,000 son a casusa de la obesidad. En cuanto a la hipertensión, más de 15 millones de personas la sufren, presentándose mayormente en adultos mayores –quienes son más vulnerables a ser contagiados y sufrir complicaciones por el COVID-19- casi el 30% de la población mayor a los 70 años, padecen de hipertensión. (El Poder del Consumidor, 2020)

VIII.- Conclusiones

Adicionalmente, la atención a la pandemia originada por COVID-19 ha fracturado la estructura de gasto planeada por las instituciones, desatendiendo otros padecimientos de alta incidencia. Con relación al presupuesto que se destina anualmente al sector salud, el que el Gobierno ejerza en tiempo y forma dichos recursos– más aún en un contexto de pandemia–es primordial; sin embargo, de los 670 mil millones de pesos destinados al sector salud, hasta febrero de 2021 sólo se han utilizado 73mil millones de pesos.

Posibles soluciones

Se está lejos de concebir una solución al problema, si se parte de que a través de los años ni siquiera se ha planteado un proyecto que de inicio reconozca el problema en sí, mucho menos el alcance y solución eficientes. El escenario que hoy se vive en relación al sistema de salud es complejo y se vuelve aun más complicado encontrar una solución inmediata debido a que no bastaría el hecho de plantear una separación del sistema de salud pública del régimen laboral– basado en el principio de que la salud no se trata únicamente de una prestación laboral, sino que se trata de una garantía constitucional y de derechos humanos–, más bien resultaría necesario lograr una legislación efectiva en el uso adecuado de recursos y vigilancia constante del cumplimiento de las obligaciones estatales. Sin duda un gran reto para el país una vez que se posicione dentro de las prioridades y se haga el compromiso de velar por la funcionalidad de forma permanente.

Entre las posibles soluciones que se concluyen en este análisis se sugiere:

- Incrementar la inversión pública en el sector salud para acceder a mayor parte de la población y que la atención e instalaciones sean de mejor calidad
- A su vez, esta inversión generará competencia con el sector privado haciendo que ésta también mejore su calidad en el servicio y precios más competitivos

- Establecer un plan de acercamiento a aquellas localidades que no son de fácil acceso para hacer chequeos y seguimientos a la población más marginada, ya que como vimos, parte de la población con mayor vulnerabilidad de salud, es aquella población con menores ingresos
- Fomentar la generación de empleos formales que le permitan a la población tener acceso a los servicios de salud pública.

IX.- Bibliografía

CONEVAL. (2010). *Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México.* Obtenido de https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/Metodologia_Multidimensional_web.pdf

CONEVAL. (2018). *Informe de Pobreza en los Municipios de México 2015.* https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/InformesPublicaciones/Documents/Informe-pobreza-municipal-2015.pdf.

CONEVAL. (2019). *Principales Retos en el Ejercicio del Derecho a la Salud.* https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/Dosieres_Derechos_Sociales/Retos_Derecho_Salud.pdf.

CONEVAL. (2019). *Publicaciones sobre el derecho a la salud.* Obtenido de http://blogconeval.gob.mx/wordpress/

CONEVAL. (2020). *La Política Social en el Contexto de la Pandemia por el Virus SARS-CoV-2 (COVID-19) en México.* Obtenido de https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Antecedentes_COVID-19.pdf

CONEVAL. (febrero de 2021). *Comunicado del Índice de la Tendencia Laboral de la Pobreza (ITLP) al Cuarto Trimestre de 2020.* https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2021/COMUNICADO_02_ITLP_4to_TRIMESTRE_2020.pdf. Obtenido de Comunicado del Índice de la Tendencia Laboral de la Pobreza (ITLP) al Cuarto Trimestre de 2020: https://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Comunicadosprensa/Documents/2021/COMUNICADO_02_ITLP_4to_TRIMESTRE_2020.pdf

CONEVAL. (febrero de 2021). *Líneas de Pobreza por Ingresos. Emergencia sanitaria de la COVID-19.* Obtenido de https://www.coneval.org.mx/Medicion/Documents/Lineas_de_Pobreza_por_Ingresos/Lineas_de_Pobreza_por_Ingresos_COVID_feb_2021.pdf

El Poder del Consumidor. (2020). México se Enfrenta a Pandemia de COVID-19 en Medio de la Epidemia de Obesidad y Diabetes. *El Poder del Consumidor: por tus derechos, por un consumo responsable.*, https://elpoderdelconsumidor.org/2020/03/mexico-se-enfrenta-a-pandemia-de-covid-19-en-medio-de-la-epidemia-de-obesidad-y-diabetes/.

Fuentes-Nieva, R. (2020). México y el Coronavirus: Pasividad Gubernamental en una Sociedad Desigual. . *Análisis Carolina*, https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2020/04/AC-16-2020.pdf.

INEGI. (2018). *Sexta Edición de la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS)*. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2018/EstSociodemo/ENESS2018.pdf

Nájar, A. (14 de Abril de 2020). Coronavirus en México: La Enorme Crisis del Sistema de Salud que Complica al País Atender la Pandemia de COVID-19. *BBC News Mundo*, págs. https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51923474.