

INDICADORES QUE EL CONEVAL PONE A CONSIDERACIÓN PARA INCORPORAR AL ONIS

El Observatorio Nacional de Inequidades en Salud (ONIS) fue creado por la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud con el objetivo de monitorear las inequidades en salud en México, para reorientar y/o plantear políticas públicas enfocadas en su reducción.

Los lineamientos operativos del ONIS refieren al Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 cuya meta nacional es un *México Incluyente*, y al Programa Sectorial de Salud 2013-2018 entre cuyos objetivos está garantizar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, así como cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país.

El ONIS retoma de la Organización Panamericana de la Salud el concepto de inequidades en salud, que las define como diferencias innecesarias, evitables, arbitrarias e injustas. Se argumenta que dichas inequidades generan a la población en situación de vulnerabilidad: menos oportunidades de supervivencia, menor esperanza de vida, mayor carga de la enfermedad, inicio de enfermedades crónicas y discapacidades a edades más tempranas.

La estrategia que se establece en los lineamientos operativos es que para estar en posibilidad de diseñar e implementar acciones que permitan la disminución de las inequidades en salud, es necesario identificarlas y cuantificarlas.

En julio de 2017 se instaló el Comité Técnico para la operación del ONIS como órgano asesor académico y técnico con participación multisectorial, cuya finalidad es establecer e implementar la metodología para la definición, desarrollo, análisis y seguimiento de indicadores que midan las desigualdades e inequidades en salud de la población mexicana.

El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) forma parte de los integrantes permanentes en calidad de vocal de dicho Comité. En este sentido, el CONEVAL propone un conjunto de indicadores formulados en el marco de la medición multidimensional de la pobreza, que es atribución del Consejo, con el fin de contribuir al objetivo para el que fue creado el ONIS.

Se pone a consideración del Comité Técnico para su incorporación al ONIS la evolución a nivel nacional de los indicadores de *carencia por acceso a los servicios de salud* y el *acceso oportuno a la atención médica* de la población mexicana para los años 2010, 2012, 2014 y 2016.

El indicador de *carencia por acceso a los servicios de salud*, que forma parte de la medición multidimensional de la pobreza, se presenta para este Observatorio a nivel nacional y para determinados grupos sociales: adultos mayores, jóvenes, niñas(os), adolescentes, población

indígena y población con discapacidad¹. Para consultar la definición del indicador, véase anexo.

Medir el acceso a los servicios de salud en términos de afiliación permite conocer sobre el avance de este elemento primordial para garantizar el derecho a la protección de la salud de la población. Asimismo, es conveniente contar con información sobre otros componentes asociados al ejercicio del derecho, como la oportunidad de la atención de los servicios médicos a través de indicadores como la distancia a la clínica o unidad hospitalaria más cercana.

En este sentido, el indicador de *acceso oportuno a la atención médica*, que forma parte de los indicadores complementarios de la medición multidimensional de la pobreza, también se propone a este Observatorio con el objetivo de enriquecer el panorama sobre el acceso a los servicios de salud y la oportunidad con la que se puede ejercer dicho acceso².

Cabe recordar que desde su inicio el ONIS propuso que los indicadores consideraran las diferencias entre grupos de población por condiciones socioeconómicas, de género y otros estratificadores de desigualdad³. El CONEVAL consideró el quintil de ingreso corriente total per cápita de la población como estratificador socioeconómico, con el fin de identificar inequidades entre los estratos. El quintil de ingreso I incluye al 20 por ciento de las personas con el ingreso más bajo y el quintil V incluye al 20 por ciento de las personas con el ingreso más alto. Al mismo tiempo, el CONEVAL analizó la interacción del quintil de ingreso con grupos sociales específicos para brindar una visión más comprensiva del comportamiento de los indicadores propuestos.

Adicionalmente, dentro del documento se hace una propuesta al formato de presentación de las gráficas que permitan al usuario una mejor lectura de la información.

¹ De acuerdo con las atribuciones establecidas en el artículo 37 de la Ley General de Desarrollo Social, el CONEVAL deberá estimar la medición de pobreza oficial cada dos años a nivel estatal y cada cinco a nivel municipal, por lo que el indicador de carencia por acceso a los servicios de salud se genera con la representatividad y periodicidad mandata por esta ley.

² Los indicadores complementarios a la medición multidimensional de la pobreza son presentados de manera bienal a nivel nacional.

³ Con base en el documento de arranque del ONIS se identifican como estratificadoras las siguientes variables: lugar de residencia, etnicidad, ocupación, género, educación, estado socioeconómico, capital social y recursos.

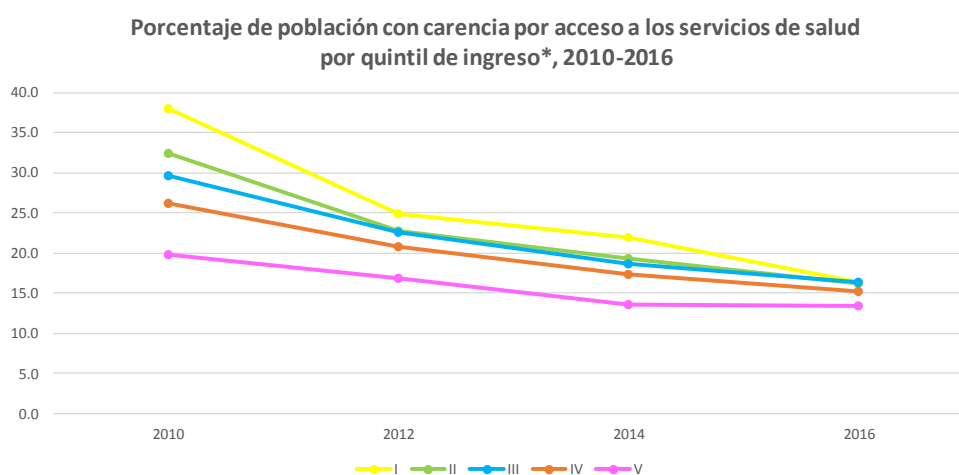
Carencia por acceso a los servicios de salud nacional

En la gráfica se presenta el porcentaje de personas con carencia por acceso a los servicios de salud según quintil de ingreso para el periodo 2010-2016.

Se observa que conforme el quintil es de menor ingreso, la carencia es mayor. El quintil I que corresponde al grupo de más bajos ingresos, presenta mayores niveles de carencia, y superiores respecto al resto de los quintiles. El quintil V tiene los niveles de carencia más bajos.

Otro aspecto que se observa es que en todos los quintiles existe una disminución de la carencia por acceso a los servicios de salud para el periodo de análisis, del tal forma que la diferencia entre la carencia más alta (quintil I) y la más baja (quintil V) se redujo considerablemente al pasar de 18.1 en 2010 a 2.9 puntos porcentuales en 2016.

Los comportamientos a nivel nacional también se observan según los grupos poblaciones estudiados: menor carencia conforme el quintil de ingreso es más alto, reducción de la carencia durante el periodo de análisis, y reducción de brechas entre quintiles de ingreso.

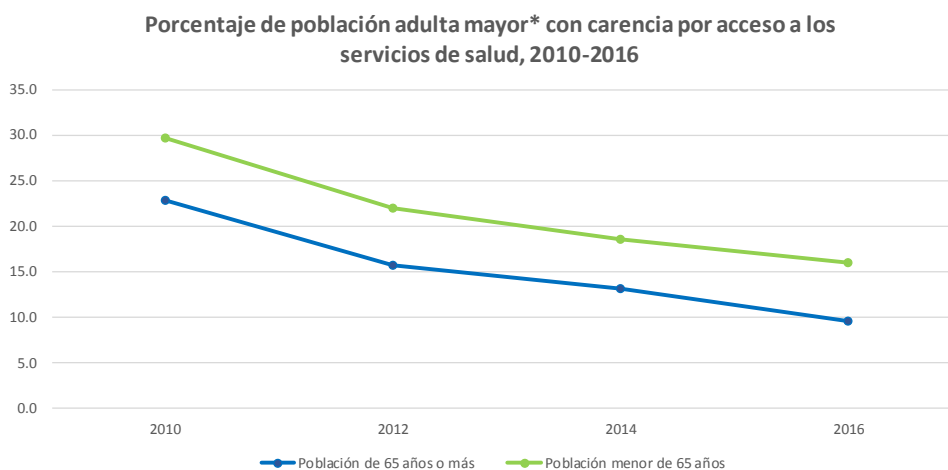


* El quintil se construyó a partir del ingreso corriente total mensual por persona.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

Carencia por acceso a los servicios de salud de los adultos mayores

La población adulta mayor, comprendida en las edades de 65 años o más, presenta niveles de carencia por acceso a los servicios de salud inferiores al resto de la población. De 2010 a 2016, la carencia en ambos grupos disminuyó, no obstante, la brecha entre ambos prácticamente se mantuvo durante el periodo. En 2010, la diferencia entre ambos grupos fue de 6.9 unidades porcentuales y en 2016 de 6.5 unidades.



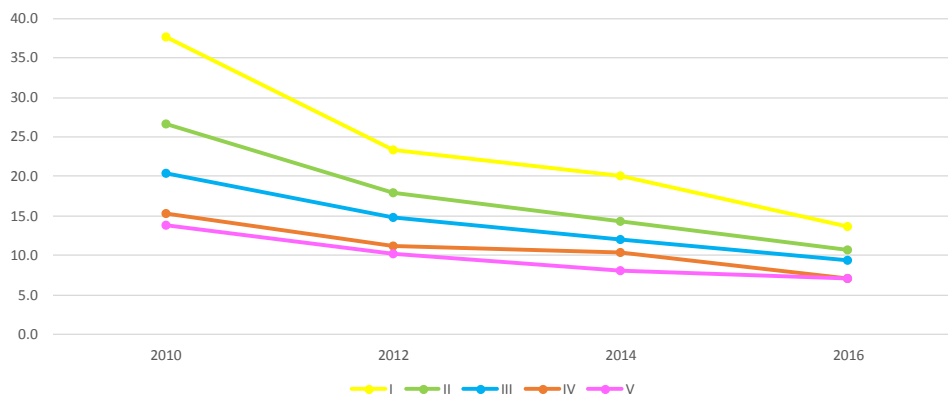
* Población de 65 años o más.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

La información de niveles de carencia según el quintil de ingreso de la población indica que la carencia por acceso a los servicios de salud en los adultos mayores es mayor conforme el quintil de ingreso corresponde a un ingreso menor. El quintil I presenta mayores niveles de carencia que los demás quintiles, por el contrario el quintil V tiene niveles de carencia más bajos.

En todos los quintiles se presenta una disminución de la carencia por acceso a los servicios de salud para el periodo 2010-2016. La diferencia entre el quintil I y V en 2010 fue superior al resto de los años, la cual pasó de 23.8 en 2010 a 6.5 unidades porcentuales en 2016.

Porcentaje de población adulta mayor* con carencia por acceso a los servicios de salud por quintil de ingreso**, 2010-2016



* Población de 65 años o más.

** El quintil se construyó con el ingreso corriente total mensual por persona.

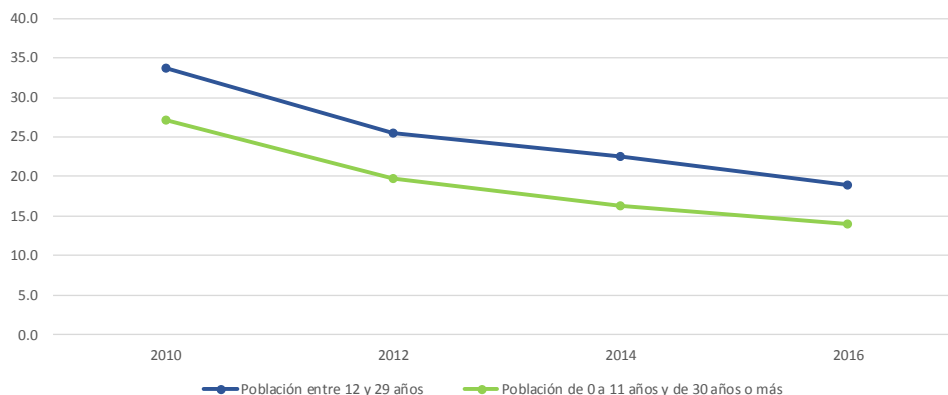
Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

Carencia por acceso a los servicios de salud de los jóvenes

En la población joven, comprendida en las edades de 12 a 29 años, la carencia por acceso a los servicios de salud es mayor respecto al resto de la población.

La carencia por acceso a los servicios de salud para la población joven, comprendida en las edades de 12 a 29 años, ha disminuido en el periodo 2010-2016, no obstante, sus niveles de carencia son superiores al del resto de la población. La brecha entre ambos grupos se redujo ligeramente durante el periodo, para 2010 la diferencia entre ambos fue de 6.6 puntos porcentuales y para 2016 la diferencia se ubicó en 5 unidades porcentuales.

Porcentaje de población joven* con carencia por acceso a los servicios de salud, 2010-2016



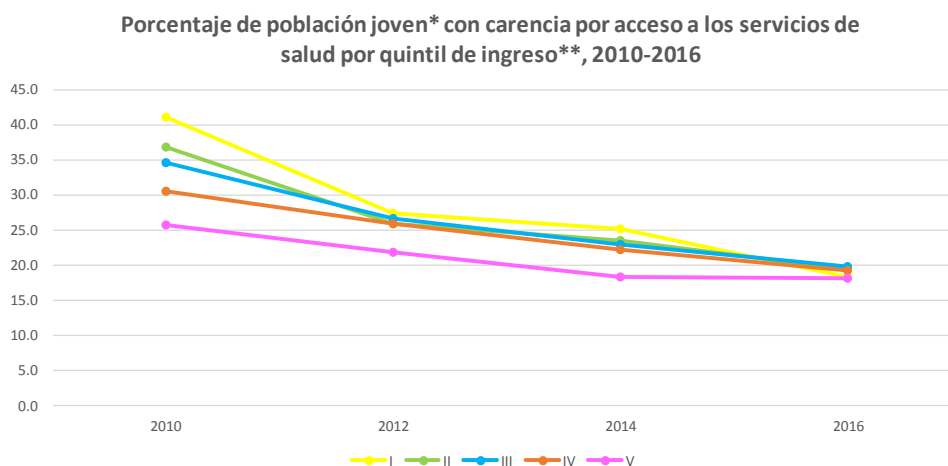
* La población de jóvenes queda comprendida entre los 12 y 29 años de edad, según el artículo 2 de la Ley del Instituto Mexicano de la Juventud.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.



El porcentaje de personas jóvenes con carencia por acceso a los servicios de salud por quintil de ingreso indica que el quintil I tiene mayores niveles de carencia, mientras que el quintil V que presenta los niveles de carencia más bajos.

Asimismo, en el periodo 2010-2016 se presenta una disminución de la carencia en todos los quintiles. La diferencia entre el quintil I y V en 2010 fue la más alta del periodo, la cual pasó de 15.4 a 0.3 unidades porcentuales en 2016. Para los jóvenes prácticamente se diluyó la diferencia en la carencia por acceso a los servicios de salud entre el quintil I y V.



* La población de jóvenes queda comprendida entre los 12 y 29 años de edad, según el artículo 2 de la Ley del Instituto Mexicano de la Juventud.

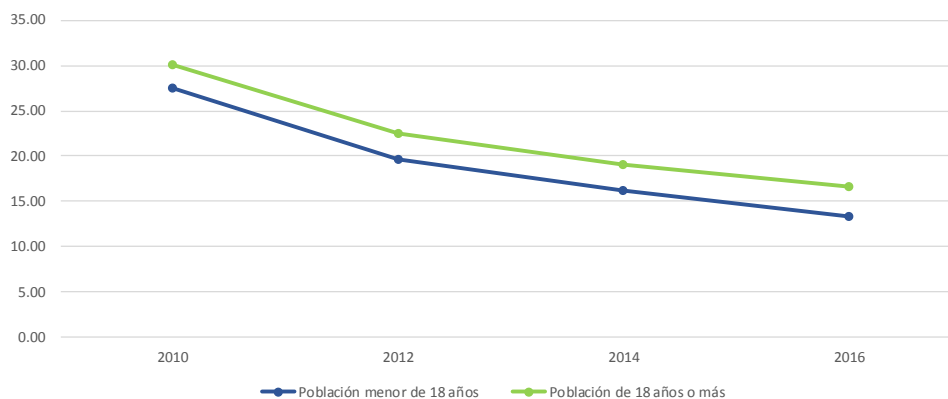
** El quintil se construyó con el ingreso corriente total mensual por persona.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

Carencia por acceso a los servicios de salud de los niños y adolescentes

Los niveles de carencia por acceso a los servicios de salud para la población de niñas, niños y adolescentes (menores de 18 años) son inferiores al resto de la población. La carencia para este grupo poblacional, al igual que los anteriormente indicados, disminuyó. La brecha entre jóvenes y el resto de la población en términos de carencia se amplió durante el periodo, ya que para 2010 la diferencia entre ambos grupos fue de 2.6 puntos porcentuales y para 2016 la diferencia se ubicó en 3.4 unidades porcentuales.

Porcentaje de niños y adolescentes* con carencia por acceso a los servicios de salud, 2010-2016



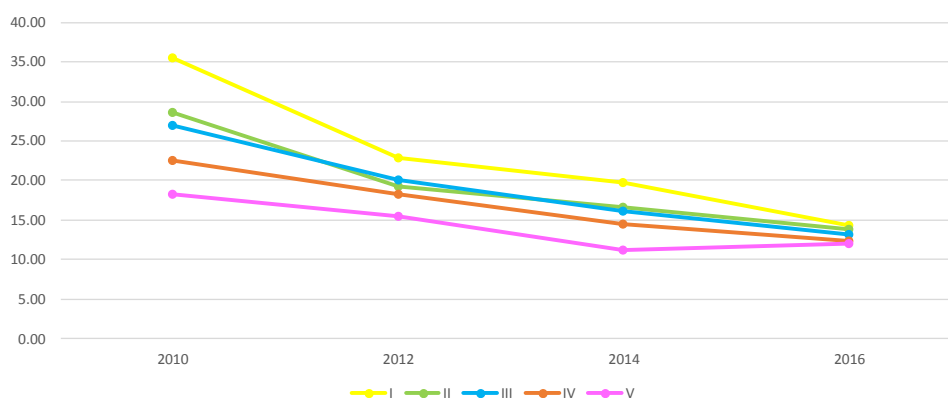
* Población menor de 18 años de edad.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

La información en cuanto al porcentaje de personas con carencia por acceso a los servicios de salud por quintil de ingreso entre los menores de 18 años para el periodo 2010-2016, muestra diferencias entre los quintiles de manera que el quintil I presenta mayores niveles de carencia, mientras que el quintil V que tiene niveles de carencia más bajos.

Asimismo, se observa una disminución de la carencia por acceso a los servicios de salud para el periodo en todos los quintiles, La diferencia entre el quintil I y V en 2010 fue la más alta respecto del resto del periodo: 17.2 unidades porcentuales. En 2016 esta brecha se ubicó en 2.3 puntos porcentuales.

Porcentaje de población infantil y adolescentes* con carencia por acceso a los servicios de salud por quintil de ingreso**, 2010-2016



* Población menor de 18 años de edad.

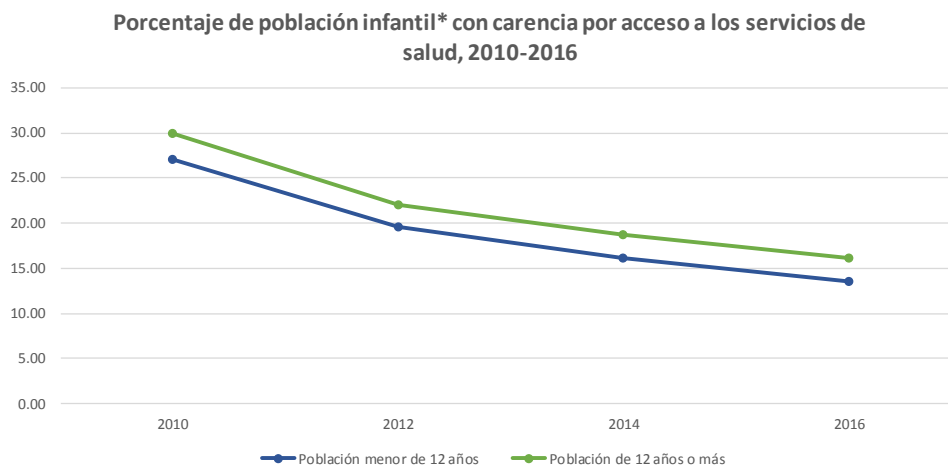
** El quintil se construyó con el ingreso corriente total mensual por persona.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.



Carencia por acceso a los servicios de salud de la población infantil

Para la población infantil, es decir, menores de 12 años, se observa que los niveles de carencia por acceso a los servicios de salud son menores al resto de la población. Ambos grupos presentan una disminución en la carencia durante el periodo 2010-2016 por lo que la brecha entre ellos prácticamente se mantuvo al pasar de 2.8 unidades porcentuales en 2010 a 2.6 puntos porcentuales para 2016.



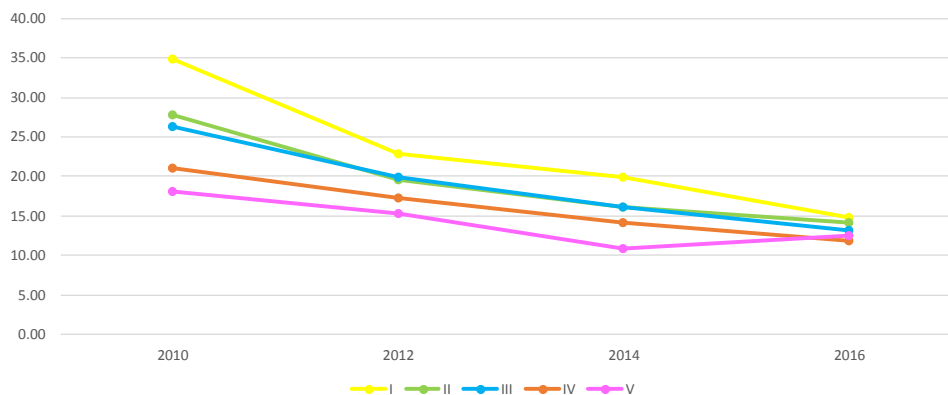
* Población menor de 12 años de edad.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

El porcentaje de personas menores de 12 años con carencia por acceso a los servicios de salud por quintil de ingreso para el periodo 2010-2016, muestra diferencias entre los quintiles en cuanto de manera que el quintil I presenta mayores niveles de carencia, mientras que el quintil V que tiene niveles de carencia más bajos.

La diferencia entre el quintil I y V en 2010 fue la más alta respecto del resto del periodo: 16.8 unidades porcentuales, para 2016 la brecha se ubicó en 2.4 puntos porcentuales.

Porcentaje de población infantil* con carencia por acceso a los servicios de salud por quintil de ingreso**, 2010-2016



* Población menor de 12 años de edad.

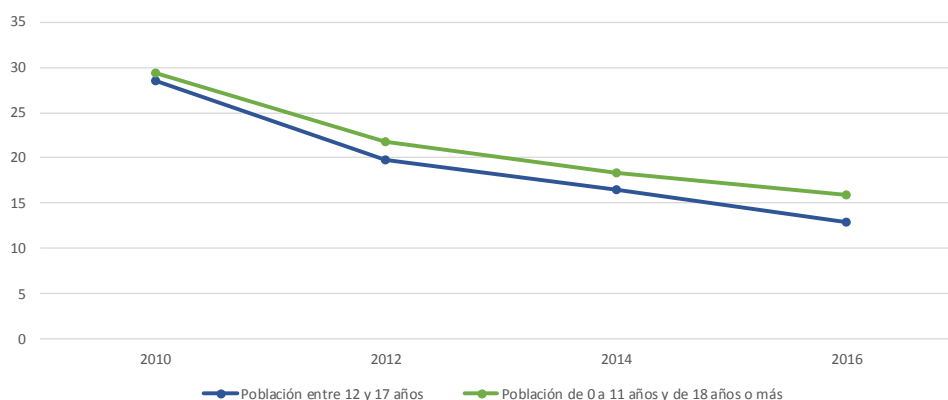
** El quintil se construyó con el ingreso corriente total mensual por persona.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

Carencia por acceso a los servicios de salud de la población adolescente

En el caso particular de la población adolescente, esto es, personas que tienen entre 12 y 17 años, los niveles de carencia por acceso a los servicios de salud son inferiores al resto de la población. Ambos grupos presentan una disminución en la incidencia de carencia durante el periodo de 2010 a 2016, no obstante, la brecha entre ambos grupos aumentó al pasar de 0.8 unidades porcentuales en 2010 a 3.0 puntos porcentuales en 2016.

Porcentaje de población adolescente* con carencia por acceso a los servicios de salud, 2010-2016

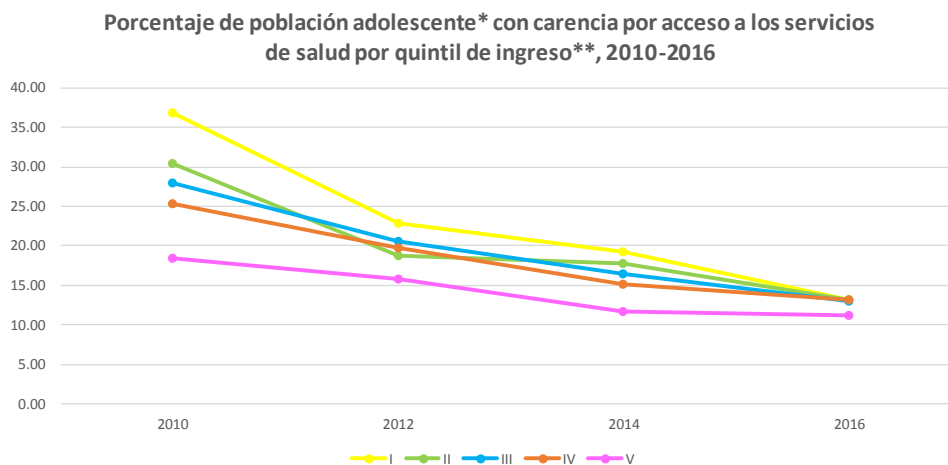


* Población entre 12 y 17 años de edad.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

La información en cuanto al porcentaje de personas con carencia por acceso a los servicios de salud por quintil de ingreso en la población adolescente para el periodo 2010-2016, permite observar diferencias entre los quintiles de manera que el quintil I presenta mayores niveles de carencia, mientras que el quintil V que tiene niveles de carencia más bajos.

La diferencia entre el quintil I y V en 2010 fue la más alta respecto del resto del periodo: 18.4 unidades porcentuales, para 2016 esta brecha se ubicó en 1.9 puntos porcentuales.



* Población entre 12 y 17 años de edad.

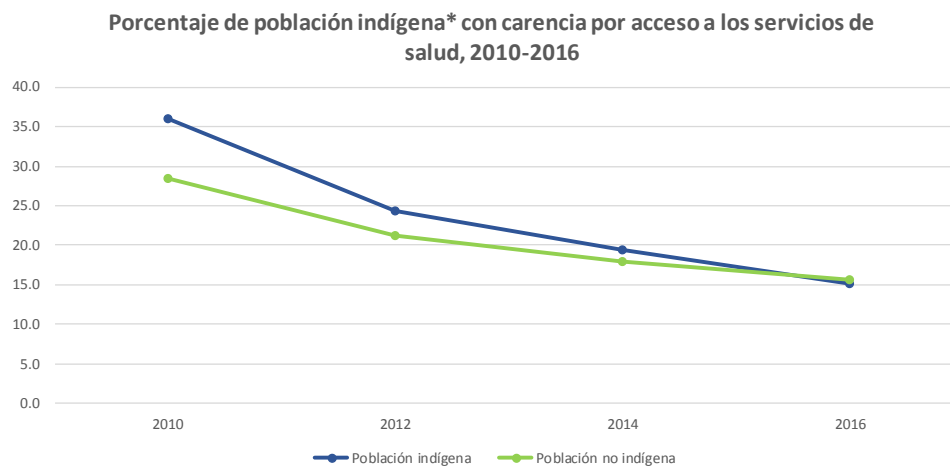
** El quintil se construyó con el ingreso corriente total mensual por persona.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.



Carencia por acceso a los servicios de salud de la población indígena

La evolución de la carencia por acceso a los servicios de salud en la población indígena indica que la privación de acceso a este derecho se ha reducido considerablemente durante el periodo 2010-2016, de manera que en 2016 la población indígena presentó menores niveles de carencia respecto al resto de la población, situación contraria a la observada en 2010-2014, por lo que la brecha entre ambos grupos pasó de 7.5 unidades en 2010 a 0.5 unidades en 2016.



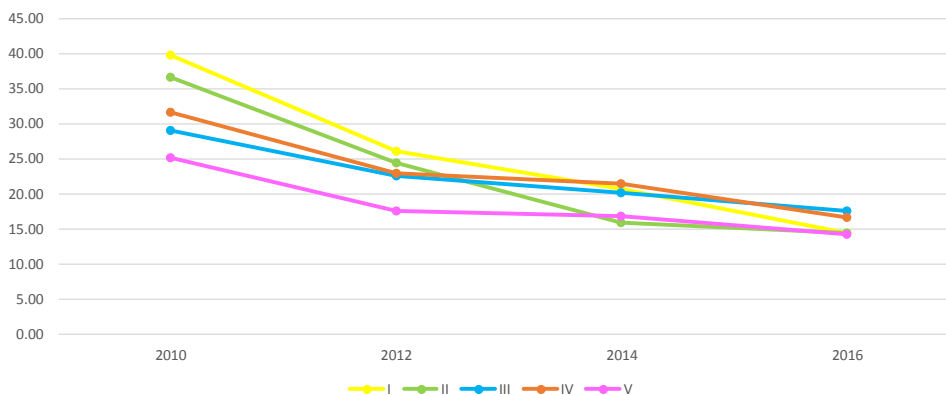
* De acuerdo a los criterios de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), se considera población indígena a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, donde el jefe(a) del hogar, su cónyuge y/o alguno de los ascendientes (madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), suegro(a)) declaró ser hablante de lengua indígena; además, se incluye a personas que declararon hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares.
Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

La siguiente gráfica presenta el porcentaje de población indígena con carencia por acceso a los servicios de salud por quintil de ingreso para el periodo 2010-2016.

Los niveles de carencia en la población indígena son diferenciados entre los quintiles. El quintil I presenta mayores niveles de carencia, en el otro extremo se encuentra el quintil V que tiene niveles de carencia más bajos.

La gráfica permite ver una disminución de la carencia por acceso a los servicios de salud para el periodo 2010-2016 en todos los quintiles, las diferencias entre los quintiles en 2010 eran más grandes que para el año 2016. La diferencia entre el quintil I y V pasó de 14.6 a 0.2 unidades porcentuales, lo cual permite afirmar que entre la población indígena prácticamente se diluyó la diferencia en la carencia por acceso a servicios de salud entre el quintil I y V.

Porcentaje de población indígena* con carencia por acceso a los servicios de salud por quintil de ingreso**, 2010-2016



* De acuerdo a los criterios de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), se considera población indígena a todas las personas que forman parte de un hogar indígena, donde el jefe(a) del hogar, su cónyuge y/o alguno de los ascendientes (madre o padre, madrastra o padrastro, abuelo(a), bisabuelo(a), tatarabuelo(a), suegro(a)) declaró ser hablante de lengua indígena; además, se incluye a personas que declararon hablar alguna lengua indígena y que no forman parte de estos hogares.

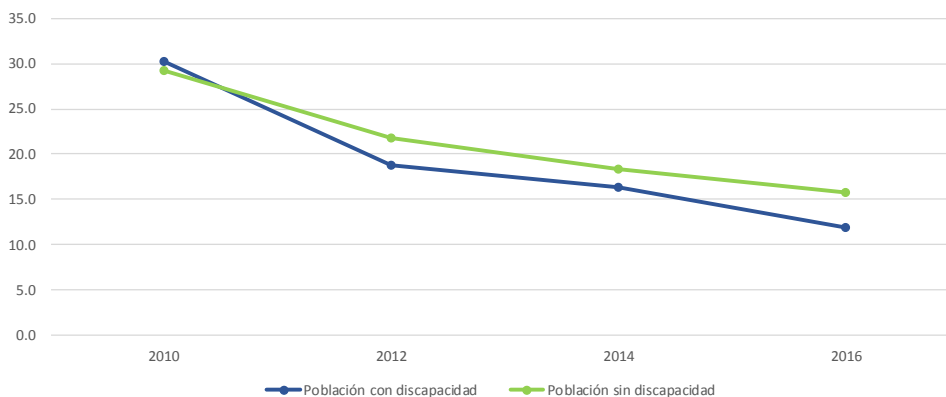
** El quintil se construyó con el ingreso corriente total mensual por persona.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

Carencia por acceso a los servicios de salud de la población con discapacidad

La siguiente gráfica muestra que la carencia por acceso a los servicios de salud en la población con discapacidad disminuyó durante el periodo de 2010 a 2016, de manera que es inferior al resto de la población a partir de 2012. La brecha entre ambos grupos aumentó, para 2010 la diferencia entre ambos grupos fue de una unidad porcentual, para 2016 hubo una diferencia de 3.9 unidades.

Porcentaje de población con discapacidad* con carencia por acceso a los servicios de salud, 2010-2016



* Se considera persona con discapacidad a quien manifiesta tener alguna dificultad en actividades como: caminar, moverse, subir o bajar, ver, hablar, oír, vestirse, bañarse o comer, poner atención o alguna limitación mental.

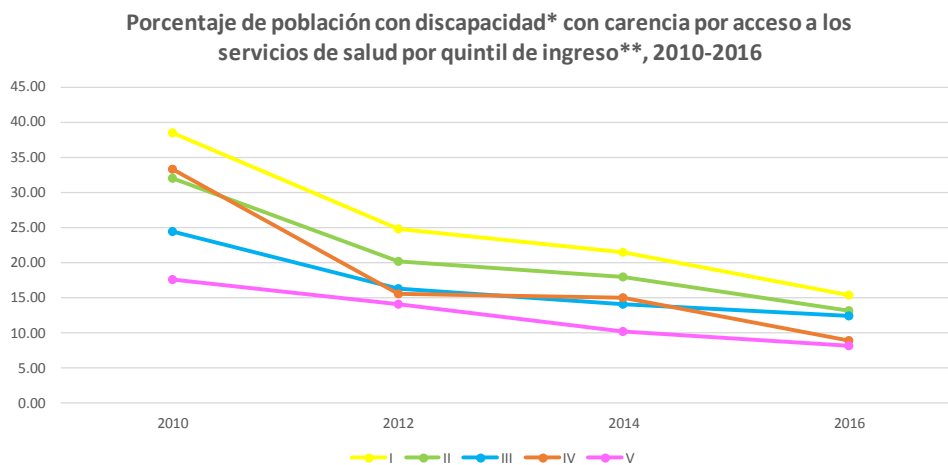
Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.



La siguiente gráfica presenta el porcentaje de personas con carencia por acceso a los servicios de salud por quintil de ingreso entre la población con discapacidad para el periodo 2010-2016.

Se observa niveles de carencia diferenciado según quintil de ingreso. El quintil I presenta mayores niveles de carencia, en tanto que el quintil V tiene niveles de carencia más bajos.

También se observa una disminución de la carencia por acceso a los servicios de salud durante el periodo en todos los quintiles, La diferencia entre el quintil I y V del año 2010 fue la más alta. En 2010 la brecha se ubicó 21.1 puntos porcentuales y en 2016, 7.3 unidades porcentuales.



* Se considera persona con discapacidad a quien manifiesta tener alguna dificultad en actividades como: caminar, moverse, subir o bajar, ver, hablar, oír, vestirse, bañarse o comer, poner atención o alguna limitación mental.

** El quintil se construyó con el ingreso corriente total mensual por persona.

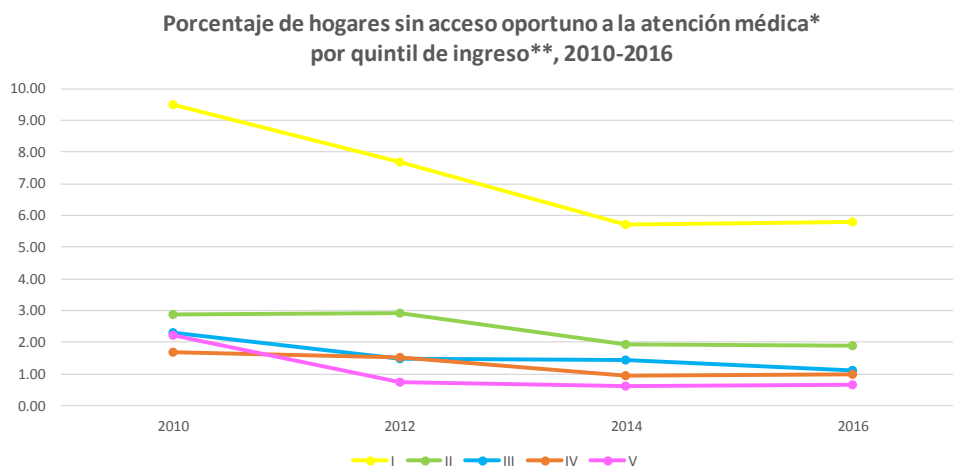
Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.



Acceso oportuno a la atención médica

La gráfica presenta el porcentaje de hogares cuyos integrantes tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de una emergencia, según quintil de ingreso para el periodo 2010-2016.

Los datos permiten ver que existe una diferencia muy marcada en el acceso oportuno a la atención médica entre el quintil I respecto a los demás quintiles.



* Se considera sin acceso oportuno a la atención médica a hogares cuyos integrantes tardarían más de dos horas en llegar a un hospital en caso de una emergencia.

** El quintil se construyó con el ingreso corriente total mensual por persona.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2010, 2012, 2014 y MEC 2016 del MCS-ENIGH.

A pesar de que se observa una disminución en el porcentaje de hogares cuyos integrantes no tienen un acceso oportuno a la atención médica para el periodo en todos los quintiles, con un ritmo mayor para el primer quintil, la diferencia entre el quintil I y V para 2016 aún es de 5.1 unidades porcentuales. Para 2010 esta brecha se ubicó en 7.3 unidades porcentuales.

Anexo. Indicador de carencia por acceso a los servicios de salud⁴

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. Cuando las personas carecen de un acceso a los servicios de salud oportuno y efectivo, el costo de la atención de una enfermedad o accidente puede vulnerar el patrimonio familiar o, incluso, su integridad física.

El artículo 4° de la Constitución establece que toda la población mexicana tiene derecho a la protección de la salud. En términos de la Ley General de Salud (LGS), este derecho constitucional se refiere al derecho de todos los mexicanos a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud (artículo 77 bis 1 de la LGS). De esta forma, las familias y personas que no sean derechohabientes de las instituciones de seguridad social, o no cuenten con algún otro mecanismo de previsión social en salud, deben ser inscritas en dicho sistema (artículo 77 bis 3 de la LGS).

A partir de estos criterios, 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.

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).

En consecuencia, además de evaluar el acceso a los servicios de salud, es conveniente contar con información sobre otros elementos asociados al derecho a la salud, como la oportunidad y la efectividad de los servicios recibidos. No obstante, existen restricciones conceptuales y metodológicas para analizar estos aspectos; por ejemplo, la distancia a la clínica o unidad hospitalaria más cercana es un elemento clave para recibir atención médica oportuna, es necesario considerar también el tipo de asistencia requerida, el medio de transporte que sería utilizado o las intervenciones que pueden ser proporcionadas por cada unidad de salud. En consideración a lo anterior, se reportarán estos y otros elementos relevantes para el acceso a los servicios de salud dentro de los indicadores complementarios.

⁴ Con base en la Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México, pág. 98. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Informes/Coordinacion/INFORMES_Y_PUBLICACIONES_PDF/Metodologia_Multidimensional_web.pdf