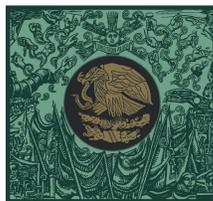


En contexto

La salud como adscripción
social, algunas reflexiones
mínimas

Septiembre 2019



**CÁMARA DE
DIPUTADOS**
LXIV LEGISLATURA

CESOP

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública

La salud como adscripción social, algunas reflexiones mínimas

Felipe de Alba

Hugo Hernández¹

Es muy común en los círculos de investigación académica o en los discursos institucionales mencionar que la salud es un derecho, fundado en tratados internacionales. En México, como en muchos otros países, este derecho se da por adquirido o, en su caso, con una cobertura más o menos suficiente. En este trabajo se pretende abordar el tema desde una perspectiva no exhaustiva, pero apuntando a tres aspectos esenciales para la comprensión del problema de la salud en México. Aquí les llamaremos los “alrededores” del tema, es decir, supuestos que no necesariamente muestran la realidad o sólo muestran una parte de ella. En primer lugar, la cuestión de la **cobertura**, que se considera, comúnmente, universal y por ello se da a entender que la mayoría de los mexicanos tiene acceso a los servicios de salud en sus diferentes modalidades. En segundo lugar, la **diversidad de los servicios** prestados, que implicaría una diferencia tanto de acceso como de división social; en otras palabras, la

¹ Felipe de Alba es doctor en Planeación Urbana por la Universidad de Montreal (Canadá) y con un posdoctorado en Massachusetts Institute of Technology (MIT). Hugo Hernández es doctor en Sociología por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM), sede Xochimilco (tesis en proceso de término). Ambos colaboran en un proyecto de análisis sobre las metrópolis en el país y su relación con entornos sociodemográficos.

diversidad no es necesariamente variedad sino estratificación en los costos, específicamente entre hospitales públicos respecto a los hospitales privados, cuya distancia puede ser bastante significativa, por decir lo menos. Asimismo, cuando se trata de servicios de “tercer nivel”, la importancia de los costos es estratosférica, incluso entre la misma red de hospitales privados.

En tercer lugar, la **calidad del servicio** es un aspecto que se ha dejado de lado –para concentrarse en alcanzar la máxima cobertura, por ejemplo–, dada la importancia que ello adquiere en un país con fuertes desigualdades en el acceso a los servicios de salud. No tenemos elementos de análisis sobre la calidad de los servicios, pero es claro que hay una percepción social –otra vez esos “alrededores” o supuestos– más o menos generalizada de que la cobertura no implica calidad y que la atención masiva, aun cuando cumple con las exigencias de universalidad de los servicios de salud, dista mucho de contar con una calidad reconocida o aceptable socialmente.

Una digresión sobre el tema nos permitiría referir varios ejemplos de las prácticas de salud que la población realiza para compensar la falta de cobertura o la baja calidad de los servicios de salud en México. Entre muchos otros, la utilización de “otros métodos curativos”, o a la práctica de la auto-medicación, como la masificación de las farmacias de medicamentos similares o genéricos, que ha recibido cuestionamientos a la calidad no obstante los precios accesibles. En otro orden, el gobierno federal ha hecho varios cuestionamientos

a la distribución de medicamentos, señalando diversos problemas de transparencia o que los gobiernos anteriores daban ciertas preferencias a empresas específicas.

También puede referirse que la calidad en la atención al público está lejos de alcanzarse si se mide con relación a la solución de problemas tan presentes en la vida social como la obesidad, que ha colocado al país en el primer lugar mundial por el número de personas en esta condición.

Como puede notarse, el problema de la salud en México no es un tema que resista análisis simples, dado que implica múltiples aristas, específicamente con respecto a la estructura institucional de atención al público, o de la necesidad urgente de ampliar al máximo la cobertura de dichos servicios a zonas lejanas o de grupos vulnerables.

Dentro de los que enfrentan el gobierno federal o los gobiernos estatales puede señalarse la necesidad de ajustar la calidad de los servicios tanto de atención básica de primer nivel como de alta especialización sin que esto signifique altos costos, lo que comúnmente hace inaccesible dichos servicios a grandes sectores de la población.

Si esto no fuera suficiente, es requisito que un estudio sobre la salud en México observe las vinculaciones con procesos nutricionales, por ejemplo que permita definir de una forma holística fenómenos de presencia tan grave como la obesidad o la diabetes, por citar al menos dos ejemplos.

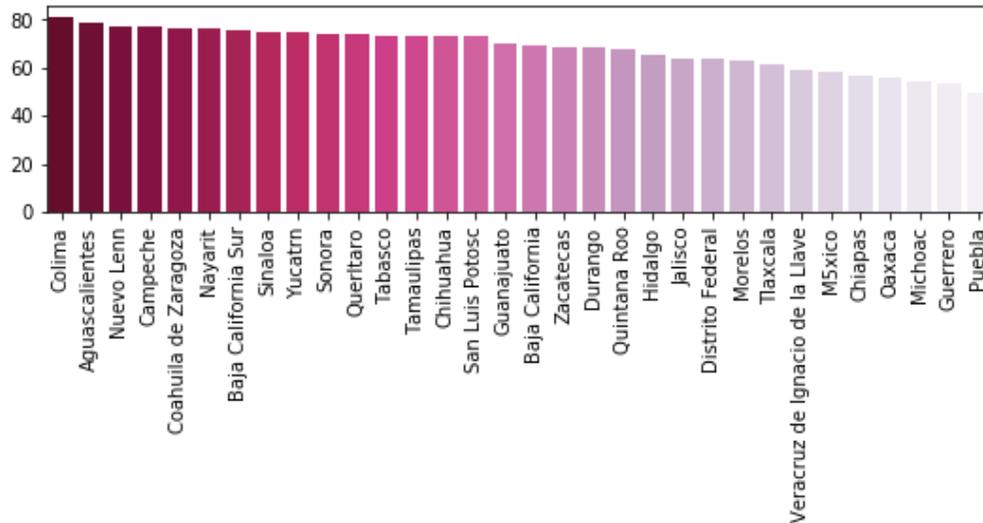
Con base en esta reflexión, en este documento presentamos algunas cifras sobre la situación de la derechohabiencia y el acceso a los servicios de salud en México, específicamente con los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2010.

Presentación de cifras

Puede notarse que la derechohabiencia está distribuida de manera más o menos igual, es decir, hay un acceso general a los servicios de salud en el país. No obstante, existen muchos matices que pueden hacerse a dicha afirmación, por ejemplo, que los índices de adscripción van desde el 80 hasta el 60%, lo que significa una gran distancia entre los datos absolutos, aunque eso relativamente sea menos significativo.

De la Gráfica 1 que enseguida se presenta puede encontrarse que las cinco entidades federativas con mayor porcentaje de población con acceso a los servicios de salud son Colima (81.3), Aguascalientes (78.5), Nuevo León (77.1), Campeche (76.8), y Coahuila de Zaragoza (76.5). Como se notará en adelante, el acceso a los servicios de salud es diferente de manera porcentual a nivel municipal.

Gráfica 1. Porcentaje de población con derechohabiencia por entidad federativa (2010)



Fuente Censo de Población y Vivienda, 2010.

En otro orden de ideas, puede resaltarse que las cinco entidades con menor porcentaje de población sin derechohabiencia son Sonora (25%), Sinaloa (24.5), Yucatán (24.1) y Chihuahua (23.5) (CPV, 2010).

Población con derechohabiencia por municipio (25 con mayor porcentaje de población)

En la Tabla 1 se pueden encontrar las características de la derechohabiencia, es decir, del acceso a los servicios de salud en México, al menos en el caso de los 25 municipios con los porcentajes de población más altos con este tipo de

acceso. En el estado de Oaxaca se encuentran nueve municipios, mientras que en Yucatán son ocho municipios.

Tabla 1. Los 25 municipios con mayor porcentaje de población con derechohabiente

Entidad federativa	Municipio	Derechohabiencia %
Oaxaca	Santo Domingo Albarradas	96.8
Oaxaca	Santo Domingo Yodohino	96.2
Yucatán	Tahdziú	94.4
Oaxaca	San Mateo Yucutindó	94.3
Yucatán	Dzoncauich	94.2
Oaxaca	San Sebastián Nicananduta	94.1
Yucatán	Chacsinkín	94.1
Tamaulipas	San Nicolás	93.7
Oaxaca	San Francisco Tlapancingo	93.5
Yucatán	Chapab	93.4
Oaxaca	Santiago Texcalcingo	93.2
Tamaulipas	Jaumave	93.1
Oaxaca	Santa María Peñoles	93.1
Guanajuato	Atarjea	92.9
Veracruz	Xoxocotla	92.9
Yucatán	Teya	92.9
Oaxaca	San Francisco Cahuacuá	92.8
Yucatán	San Felipe	92.7
Guanajuato	Xichú	92.6
Veracruz	Atlahuilco	92.4
Tamaulipas	Miquihuana	92.3
Sonora	Moctezuma	92.3
Yucatán	Bokobá	92
Yucatán	Dzitás	92
Oaxaca	Yutanduchi de Guerrero	91.7

Fuente Censo de Población y Vivienda, 2010

En la Tabla 2 se pueden encontrar los 25 municipios con menor porcentaje de población sin derechohabiencia, es decir, sin acceso a los servicios de salud. De esta forma, puede señalarse que existen nueve municipios en el caso de la entidad de Oaxaca y siete municipios en el caso de Yucatán, como lo más relevante.

Tabla 2. Los 25 municipios con menor porcentaje de población sin derechohabiencia por municipio

Entidad federativa	Municipio	Sin Derechohabiencia %
Yucatán	Dzitás	7.7
Sonora	Moctezuma	7.6
Tamaulipas	Miquihuana	7.5
Oaxaca	San Mateo Tlapiltepec	7.3
Yucatán	San Felipe	7.2
Guanajuato	Xichú	7.2
Veracruz	Atlahuilco	7
Sonora	Tepache	7
Guanajuato	Atarjea	6.9
Tamaulipas	Jaumave	6.6
Oaxaca	Santiago Texcalcingo	6.6
Oaxaca	San Francisco Tlapancingo	6.5
Yucatán	Teya	6.5
Veracruz	Xoxocotla	6.2
Oaxaca	Santa María Peñoles	6.1
Yucatán	Chapab	6
Yucatán	Chacsinkín	5.7
Yucatán	Dzoncauich	5.6
Tamaulipas	San Nicolás	5.4
Oaxaca	San Mateo Yucutindó	5.3
Yucatán	Tahdziú	5.2
Oaxaca	San Francisco Cahuacuá	4.3
Oaxaca	Santo Domingo Yodohino	3.5
Oaxaca	San Sebastián Nicananduta	3
Oaxaca	Santo Domingo Albarradas	1.3

Fuente Censo de Población y Vivienda, 2010.

Una de las particularidades de la cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) es que tiene una red de clínicas por todo el país, como puede notarse en la tabla que enseguida se presenta.

Tabla 3. Los 25 municipios con población con derechohabiencia adscrita al IMSS

Entidad federativa	Municipio	Derechohabiencia adscrita al IMSS
Oaxaca	Santo Domingo Albarradas	98.5
Oaxaca	San Cristóbal Amatlán	97.3
Oaxaca	San Sebastián Nicananduta	96.4
Oaxaca	San Miguel Tulancingo	96.4
Oaxaca	San Andrés Solaga	94.8
Oaxaca	Santa Cruz Tacahua	94.3
Oaxaca	Santiago del Río	94.1
Puebla	Santa Catarina Tlaltempan	93.6
Oaxaca	Coatecas Altas	93.3
Oaxaca	San Pedro Mártir Yucuxaco	93.1
Oaxaca	Santa Cruz Nundaco	92.6
Oaxaca	San Baltazar Loxicha	91.2
Nuevo León	Gral. Zuazua	88.3
Oaxaca	San Cristóbal Amoltepec	88.2
Oaxaca	Ixpantepec Nieves	87.9
Oaxaca	Asunción Cuyotepeji	87.2
Oaxaca	San Bartolomé Loxicha	86.8
Sonora	Nacoziari de García	85.8
Nuevo León	Apodaca	84.5
Oaxaca	Zapotitlán Palmas	84.4
Oaxaca	San Jerónimo Silacayoapilla	84.2

Nuevo León	Ciénega de Flores	84
Coahuila	Castaños	83.9
Yucatán	Tekal de Venegas	83.7
Oaxaca	San Francisco Tlapancingo	83.4

Fuente: Censo de Población y Vivienda, 2010.

Destaca que, entre los 25 casos de municipios con mayor cobertura, 17 pertenecen al estado de Oaxaca, lo que indicaría una atención especial a entidades con mayor población vulnerable o en condición de precariedad; tres casos son municipios de Nuevo León;

Consideraciones generales

El gobierno federal ha dado una importancia mayor a la cobertura de los servicios de salud en el país, así como a la atención y mejora de la infraestructura de atención de primer nivel e infraestructura hospitalaria. Igualmente, el gobierno federal se ha detenido en la distribución de medicamentos que implicaban grandes adjudicaciones de contratos millonarios a ciertas empresas, intentando someterlos a la prueba de la transparencia. Un elemento más aportado por el gobierno federal ha sido la promesa de incremento en los salarios del personal de servicio de salud en un futuro cercano.

Por ello, es relevante destacar los datos institucionales relativos a la adscripción social a los servicios de salud o a la falta de ellos, conocida en el argot institucional como la **derechohabencia**. Las gráficas muestran con mucha

claridad algunas de las relaciones geográficas que los derechos a la salud tienen en México si se toma como base el análisis inicial de la derechohabiencia, tal como hemos intentado hacer aquí.

Al final, la presencia de problemas graves de salud en la población que pueden ser endémicos reflejan una necesidad de vinculación institucional, tanto en el análisis como en las decisiones públicas –y legislativas, por supuesto– con otros aspectos como la nutrición, las condiciones laborales y la escolaridad. Se trata de un análisis pendiente.