

CAPÍTULO 5

SALUD

Capítulo 5

SALUD

El examen sobre las principales dificultades relacionadas con la salud de la población que habita en la Ciudad de México se lleva a cabo a partir de tres aproximaciones. La primera se refiere a la identificación de los problemas más relevantes de salud pública, tanto desde el punto de vista de los servicios que brindan las dependencias de este sector como desde los padecimientos más frecuentes. La segunda incluye el diagnóstico sobre el tamaño y las características de las instituciones que integran el sector de salud pública en la capital del país, y la aproximación a la valoración que realizan los usuarios de dichos servicios. La tercera proporciona un análisis sobre las desigualdades en el acceso de las personas a los servicios de salud, atendiendo a la cobertura y a los gastos catastróficos en que incurren los hogares para cubrir los costos por dichos servicios.

1. Principales problemas de salud pública en la Ciudad de México: instituciones y padecimientos

1.1 Aproximación general a los servicios y al contexto reciente

Principales problemas en el sistema de salud

En la Ciudad de México identificamos tres problemas principales que dificultan el cumplimiento del derecho a la salud de sus habitantes. El primero es la desprotección en servicios de salud, como consecuencia del acceso restringido a la seguridad social (Derecho a la salud 2010, p 10). Aunque más de tres cuartas partes de la población cuenta con cobertura médica, sólo la mitad de esa parte la obtiene por medio de instituciones de seguridad social, como IMSS e ISSSTE. Con el Seguro Popular se ha logrado ampliar la cobertura médica a casi un tercio de las personas que residen en la capital del país; sin embargo, los servicios médicos para los derechohabientes son limitados (este análisis se retoma en el apartado *3.1 Cobertura de servicios de salud: aproximación a las diferencias entre alcaldías*, en este mismo capítulo).

Además de la falta de cobertura médica para una parte importante de los habitantes, también existen barreras en el acceso a servicios de salud para la población que sí cuenta con esa cobertura. Por un lado, la disponibilidad de unidades médicas presenta déficit en prácticamente todas las alcaldías (Programa de Gobierno 2019-2024, p. 97). Por otra parte, la red existente de servicios ambulatorios y hospitalarios obedece a la distribución territorial de la población durante la década de 1980. En consecuencia, faltan unidades médicas en zonas periféricas, donde actualmente se concentra la mayoría de la población en situación de pobreza (Derecho a la salud 2010, p. 15).

El segundo problema está relacionado con la segmentación del sistema de salud y con la fragmentación de la estructura de los servicios para la población no derechohabiente que habita en la Ciudad (Programa de Gobierno 2019-2024, p 97). Las dependencias que atienden a la población sin seguridad social tienen arreglos organizacionales, estructuras laborales y mecanismos de coordinación distintos

a las instituciones que prestan servicio a la población con seguridad social, lo que genera dificultades en el proceso de atención a la salud de los ciudadanos. Además, la Ciudad carece de un servicio metropolitano de atención a urgencias que permita responder de manera oportuna y profesional a eventualidades médico quirúrgicas (Programa de Gobierno 2019-2024, p. 98) mediante la coordinación eficiente de organizaciones y dependencias tan diversas como la Cruz Roja, el Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas, y los servicios similares de los municipios conurbados. La articulación de estos actores contribuiría a atender las urgencias médicas de manera rápida, protocolizada, unificada y de calidad.

El tercer problema en el sistema de salud es el rezago de la capacidad de brindar estos servicios, en parte debido al estancamiento del gasto social destinado a este sector (Derecho a la salud, p. 10); a ello habría que añadir la obsolescencia y el deterioro de la infraestructura (que requiere mantenimiento y modernización), y la insuficiencia en el número de profesionales para la atención (personal médico y de enfermería), en los medicamentos y en el equipo especializado para cierto tipo de tratamientos. También se requiere contar con mecanismos de monitoreo sobre la calidad de la atención, dado que la mayor parte de los usuarios perciben que los servicios de salud recibidos son deficientes.

El contexto reciente

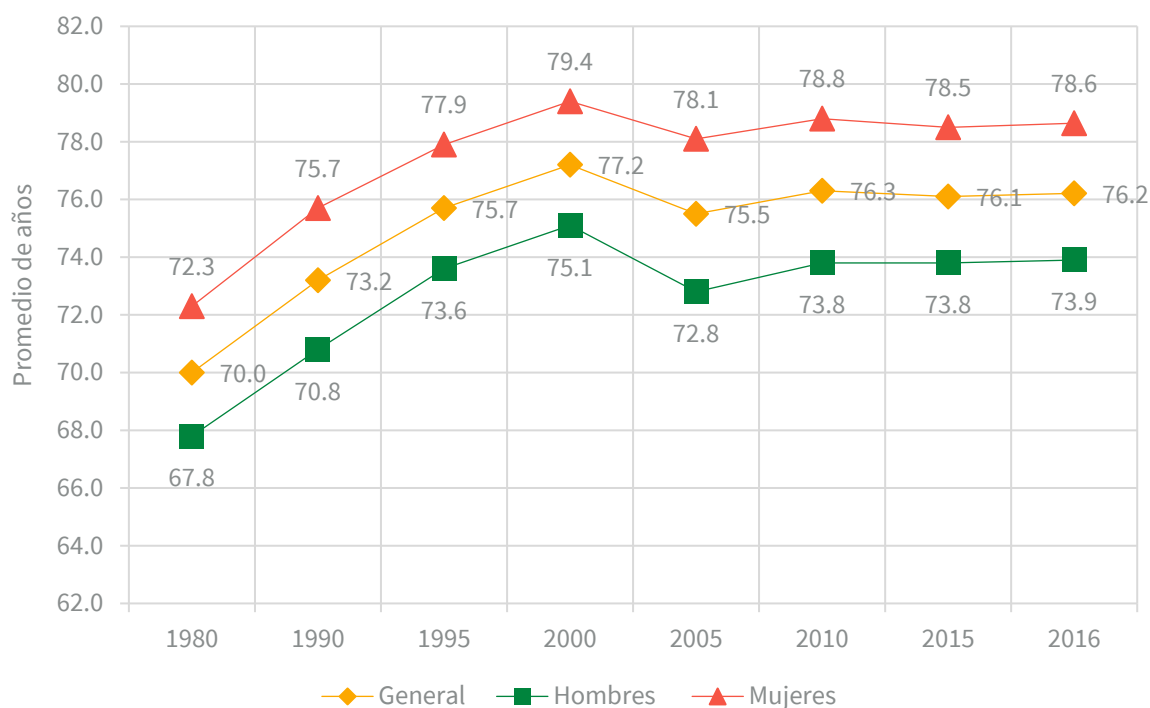
En la Ciudad de México, la esperanza de vida al nacer presentó un incremento constante entre los años 1980 y 2000 (GRÁFICA 5.1). Después se aprecian ligeras variaciones, y en particular durante el quinquenio entre 2000 y 2005 es perceptible una disminución de casi dos años en este indicador. En 2016, el año más reciente de la serie, la esperanza de vida al nacer entre los habitantes de la capital era 76.2 años, con diferencias entre las mujeres (78.6 años) y los hombres (73.9 años). Como se muestra en el Capítulo 1 (*Población y territorio*, GRÁFICA 1.6), la mortalidad también ha presentado un incremento durante los últimos años, pasando de 46,029 en el año 2000 (aproximadamente 5 personas fallecidas por cada 1,000 habitantes de la ciudad) a 62,230 en el año 2016 (7 fallecidos por cada 1,000 habitantes).

La información publicada por la Secretaría de Salud capitalina en la *Agenda Estadística 2017* permite analizar el comportamiento del indicador de mortalidad por grupos de edad y demarcación (GRÁFICA 5.2). La tasa de mortalidad más alta corresponde a la población con 65 años y más, pues de cada 1,000 personas en este rango de edad se registran 46 fallecimientos al año. Entre las alcaldías, la tasa de fallecimientos de las personas de más edad varía entre 41 y 52, correspondientes a Tlalpan y Venustiano Carranza, respectivamente. Además de Tlalpan, demarcaciones como Tláhuac y Coyoacán reportaron tasas de mortalidad reducidas en este grupo, en términos comparativos, en tanto que, en Venustiano Carranza, Cuauhtémoc y Azcapotzalco, este indicador demográfico presentaba niveles elevados (en torno a 51 decesos por cada 1,000 personas de este rango de edad).

El segundo grupo de población en importancia por sus tasas de mortalidad son los niños y las niñas menores a un año. En 2016, por cada 1,000 nacimientos ocurrieron 12 muertes de niños y niñas antes de su primer año de vida, y también existían diferencias notorias entre las demarcaciones: en Benito

Juárez se reportaron 7 fallecimientos por cada 1,000 nacimientos, mientras que en Milpa Alta fueron 18; es decir, más del doble. Es importante señalar que a pesar de que las tasas de mortalidad infantil (en menores de un año) son elevadas, la tendencia durante las últimas dos décadas es descendente: en 1997 eran 23 decesos (por cada 1,000 nacimientos) y en 2006 fueron 18 (*Agenda estadística 2017*).

GRÁFICA 5.1 ESPERANZA DE VIDA AL NACER EN LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO SEGÚN SEXO, 1980-2016



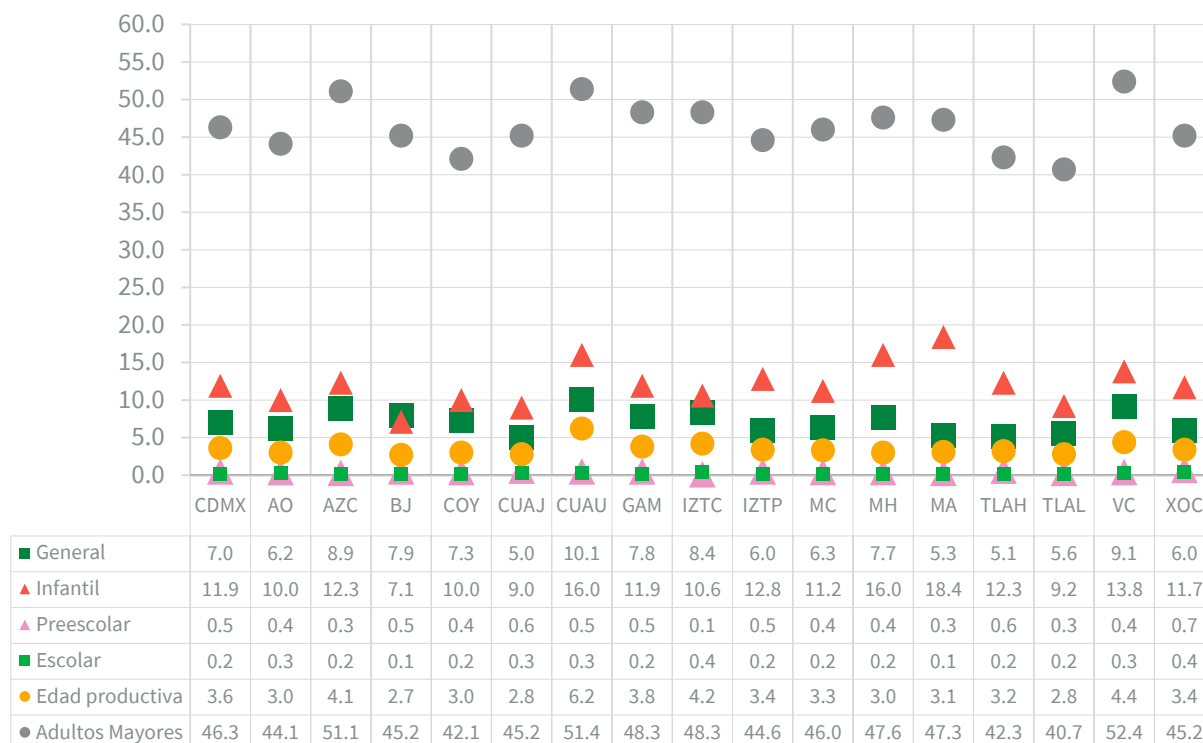
Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de *Agenda Estadística 2017* (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2017).

Las tasas de mortalidad en los demás grupos de edad eran mucho más bajas que las de los intervalos extremos (menores de un año y población con 65 y más). En el rango de las edades productivas (15 a 64) el promedio capitalino fue de 4 defunciones por cada 1,000 habitantes en 2016, sin que se presentaran variaciones significativas entre las alcaldías. Con relación a los niños y las niñas mayores de un año (preescolares) y menores de 15 (escolares), las cifras eran ciertamente muy reducidas: en el primer caso la tasa para el conjunto de la Ciudad fue 0.5 (lo que equivalía a 5 muertes por cada 10,000 niños y niñas en este rango de edad), con los valores extremos en Xochimilco (donde fallecieron 7 de cada 10,000 niños y niñas) e Iztacalco (una muerte por cada 10,000). Para el grupo entre 5 y 14 años la tasa de mortalidad correspondió a 0.2 (2 de cada 10,000 habitantes en edad escolar), si bien en demarcaciones como Iztacalco y Xochimilco esta cifra era el doble (4 muertes por cada 10,000).

Con independencia de la edad, la maternidad siempre entraña un riesgo de muerte para las mujeres. En 2016 la razón de mortalidad materna en la Ciudad fue de 28 defunciones por 100,000 nacimientos (GRÁFICA 5.3). Es decir, durante ese año fallecieron 28 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100,000 nacidos vivos. Aun cuando esta cifra es la más reducida desde el año

2000, es importante mencionar que la reducción en esta variable no ha sido constante, pues en algunos años se aprecian aumentos. El análisis de la mortalidad materna entre las demarcaciones capitales presenta notables desigualdades, ya que frente a Cuajimalpa y Miguel Hidalgo (cuya razón es de 62 muertes por cada 100,000 nacidos vivos), en Benito Juárez y en Venustiano Carranza no se registra ningún deceso por estas causas.¹

GRÁFICA 5.2 TASAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD EN LA CIUDAD DE MÉXICO Y SEGÚN ALCALDÍA EN 2016



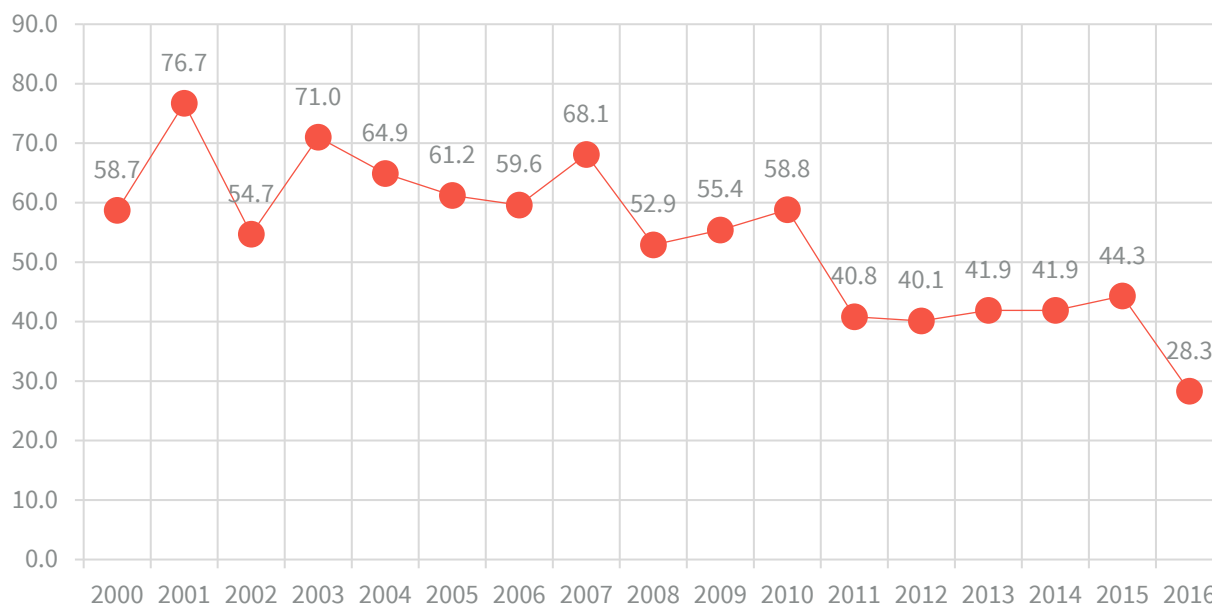
Notas: la tasa general de mortalidad es el número de personas fallecidas por cada 1,000 habitantes. La tasa de mortalidad infantil en menores de un año pone en relación los decesos de niños y niñas que no han cumplido el primer año de vida por cada 1,000 nacimientos en el mismo periodo. En la tasa de mortalidad preescolar el numerador y el denominador se acotan al rango etario de 1 a 4 años; en la escolar al grupo de 5 a 14; en la de edades productivas al intervalo de 15 a 64 años, y en la de personas mayores al grupo de 65 años y más. En los cálculos de las tasas se toman como referencia las Proyecciones de la Población de México, 2010-2050, CONAPO, 2013. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de *Agenda Estadística 2017* (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2017).

En relación con el origen de las muertes maternas es posible afirmar que dos terceras partes se deben a causas obstétricas directas, es decir, son consecuencia de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, y pueden tener su origen en intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto o

¹ La revisión de la información al respecto nos lleva a plantear algunas dudas sobre la validez y confiabilidad de los registros examinados, pues los resultados de los últimos años no muestran una tendencia lineal de crecimiento o disminución para ninguna alcaldía.

alguna combinación de las anteriores.² El resto de los fallecimientos en estas circunstancias se deben a causas obstétricas indirectas, que resultan de una enfermedad existente (previa al embarazo) o bien de un padecimiento que evoluciona durante el mismo y que se ve agravado por los efectos fisiológicos de éste.³

GRÁFICA 5.3 RAZÓN DE MORTALIDAD MATERNA EN LA CIUDAD DE MÉXICO 2000-2016



Notas: la razón de mortalidad materna se define como las muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto por cada 100,000 nacidos vivos. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de *Agenda Estadística 2017* (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2017).

1.1 Transición epidemiológica y enfermedades

La capital de la República, como el resto del país, presenta una transición epidemiológica caracterizada por la reducción de afecciones infecciosas y el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Este hecho se corrobora con los índices de defunciones ocasionadas por ECNT, pues de acuerdo con la *Agenda Estadística 2017* las cinco principales causas de muerte en el año 2016 fueron de este tipo. Las enfermedades del corazón, principalmente las isquémicas, se situaron como la primera razón de fallecimiento, provocando el deceso de 134 hombres y 123 mujeres por 100,000 hombres y mujeres, respectivamente.

En el mismo año, la diabetes mellitus fue identificada como la segunda causa de mortalidad, ocasionando 127 decesos en hombres y 105 en mujeres, por cada 100,000 personas del sexo correspondien-

² Según la edición de 2013 de la Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) Vol. 2, pág. 204.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6282/Volume1.pdf?sequence=1&ua=1>

³ *Ídem*.

te. En tercer lugar se presentaron los tumores malignos, que produjeron la muerte de 94 personas por 100,000 habitantes. En el caso de los hombres, de 91 defunciones (por 100,000 varones) provocadas por el cáncer, 15 tuvieron origen en los tumores en la próstata, 8 en la tráquea, bronquios o pulmón, y 7 en el estómago. En el caso de las mujeres, de 97 fallecimientos (por 100,000), 16 fueron consecuencia de tumores en la mama, 7 en el cuello del útero, y 7 en el hígado y vías biliares intrahepáticas. La cuarta causa de muerte (para la población general) fueron las enfermedades cerebrovasculares, que se presentaron en 34 muertes por cada 100,000 habitantes. Sin embargo, el número de personas que perdieron la vida como consecuencia de este tipo de enfermedades es superior en las mujeres (36 por 100,000) que en los hombres (32 por 100,000). Por lo tanto, para las mujeres, las enfermedades cerebrovasculares también son la cuarta causa de muerte, si bien entre los hombres se ubican en la sexta posición.

Las enfermedades del hígado representaron la quinta razón de muerte en general (la cuarta para los hombres y la séptima para las mujeres), con una tasa de 34 personas (por 100,000) fallecidas como consecuencia de padecimientos en el hígado, y de éstas, casi una tercera parte (13 personas) específicamente por enfermedades hepáticas alcohólicas asociadas con el abuso del alcohol. Al respecto es posible afirmar que los excesos en el consumo de las bebidas alcohólicas son más graves para los hombres que para las mujeres: por cada 100,000 varones, 26 murieron como resultado de afecciones hepáticas alcohólicas, una cifra que se reduce a 1 de cada 100,000 mujeres. La sexta causa de muerte corresponde a la influenza y la neumonía, las únicas enfermedades infecciosas que se encuentran entre las primeras 10 razones de fallecimiento en los habitantes de la Ciudad. Aunque para el conjunto de la población capitalina estas enfermedades son la sexta causa de muerte, para los hombres y las mujeres por separado representan la quinta causa. Por cada 100,000 habitantes se producen 30 decesos provocados por influenza y neumonía; en el caso de las mujeres acaecen 26 y en el de los hombres 34.

Las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) constituyeron el séptimo motivo de muerte. Entre ellas, la exposición al humo de tabaco —como fumador activo o pasivo— es uno de los principales factores que ocasionan la aparición de este tipo de padecimientos. Otros factores de riesgo son la exposición al polvo y al aire contaminado, que en el caso de la Ciudad de México representa un problema ambiental constante. Por cada 100,000 residentes en la capital de la República se presentaron 23 fallecimientos como consecuencia de EPOC. Para las mujeres estas enfermedades supusieron la sexta causa de muerte, provocando 23 fallecimientos (por cada 100,000 habitantes), mientras que para los hombres se situaron en el noveno lugar de mortalidad, ocasionando 22 decesos (por cada 100,000).

Los accidentes en general representaron la octava causa de muerte, con 17 fallecimientos por cada 100,000 ciudadanos como consecuencia de un percance. De las 17 personas fenecidas en accidentes, 7 tuvieron un incidente de tráfico de vehículos de motor. Aunque estos eventos son también la octava causa de muerte para hombres y mujeres, ocurrió con mayor frecuencia en los primeros: 25 varones (por cada 100,000) perdieron la vida por algún tipo de incidente y 11 decesos fueron específicamente

por accidentes de tránsito, mientras que 9 (de cada 100,000) murieron por estos percances y 4 por accidentes de tránsito.

Las agresiones (en particular los homicidios) fueron la novena causa de muerte para los residentes de la Ciudad. Ocurrieron 15 decesos como consecuencia de agresiones por cada 100,000 habitantes, aunque los fallecimientos de esta naturaleza son mucho más frecuentes en los hombres que en las mujeres. De hecho, para los primeros ésta es la séptima causa de muerte, mientras para las mujeres no constituye uno de los primeros motivos, sino el decimoquinto. Por cada 100,000 varones se presentaron 28 muertes por agresiones, mientras que por cada 100,000 mujeres hubo 3 fallecimientos.

CUADRO 5.1 PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO SEGÚN SEXO, 2016

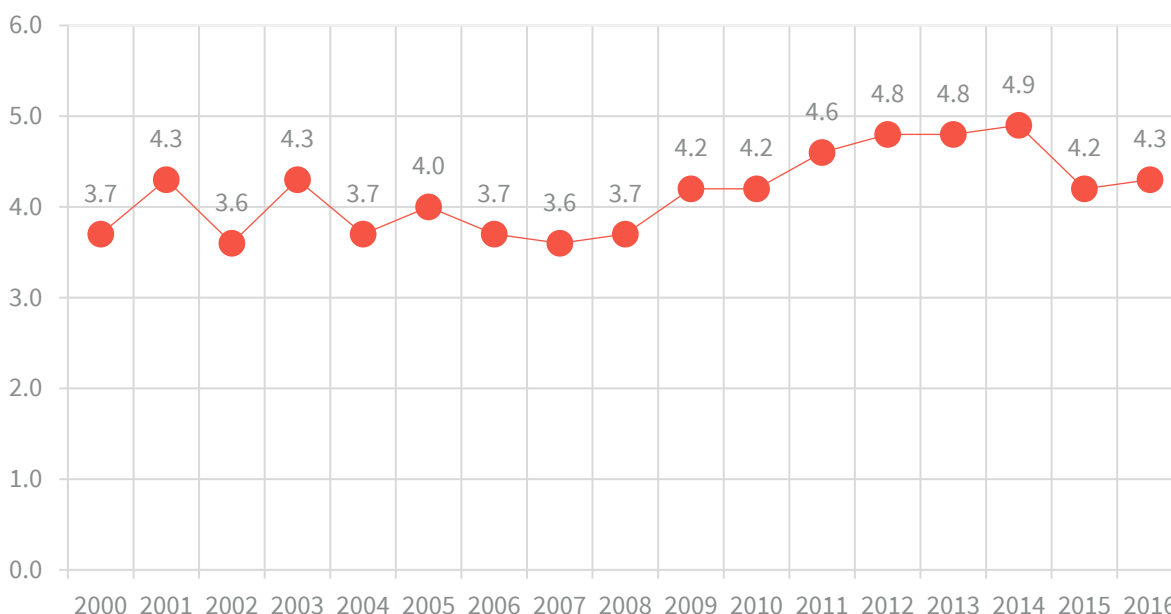
No. de orden	Causa de muerte	General		Hombres		Mujeres	
		Sucesos	Tasa ¹	Sucesos	Tasa	Sucesos	Tasa
1	Enfermedades del corazón	14,678	166.2	7,069	167.7	7,608	164.7
	Enfermedades isquémicas del corazón	11,326	166.2	5,665	134.4	5,660	122.6
2	Diabetes mellitus	10,235	115.9	5,372	127.4	4,863	105.3
3	Tumores malignos	8,334	94.3	3,845	91.2	4,489	97.2
	De la próstata			638	15.1		
	De la tráquea, de los bronquios y del pulmón			353	8.4		
	Del estómago			315	7.5		
	De la mama					766	16.6
	Del cuello del útero					341	7.4
	Del hígado y de las vías biliares intrahepáticas					326	7.1
4	Enfermedades cerebrovasculares	3,039	34.4	1,365	32.4	1,673	36.2
5	Enfermedades del hígado	2,979	33.7	2,191	52	788	17.1
	Enfermedad alcohólica del hígado	1,181	13.4	1,115	26.5	66	1.4
6	Influenza y Neumonía	2,631	29.8	1,422	33.7	1,208	26.2
7	Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	2,008	22.7	941	22.3	1,067	23.1
8	Accidentes	1,506	17.0	1,049	24.9	457	9.9
	De tráfico de vehículos de motor	691	7.8	486	11.5	205	4.4
9	Agresiones (homicidios)	1,324	15	1,168	27.7	156	3.4
10	Insuficiencia renal	924	10.5	512	12.1	412	8.9

Nota: ¹Las tasas se definen como el número de sucesos que se presentan por cada 100,000 habitantes. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de *Agenda Estadística 2017* (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2017).

Por último, la décima causa de muerte, en general y para los hombres, es la insuficiencia renal, que en el caso de las mujeres ocupa la novena posición: 10 residentes por cada 100,000 murieron por este padecimiento, una cantidad idéntica en el caso de los hombres y 9 por cada 100,000 entre las mujeres.

Además del incremento de ECNT, las lesiones auto infligidas intencionalmente, es decir los suicidios, así como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) también forman parte de las principales causas de muerte que han adquirido relevancia en los últimos años. Desde el año 2000 la tendencia en la tasa de mortalidad por suicidios se ha incrementado levemente, de tal manera que a partir del año 2010 los suicidios han quedado incluidos entre los primeros 15 motivos de fallecimiento. De acuerdo con datos de la *Agenda Estadística 2017*, en la Ciudad de México, en 2016, ocurrieron 4 muertes por suicidio por cada 100,000 habitantes.

GRÁFICA 5.4 TASA DE MORTALIDAD POR LESIONES AUTO INFLIGIDAS INTENCIONALMENTE POR LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2000-2016



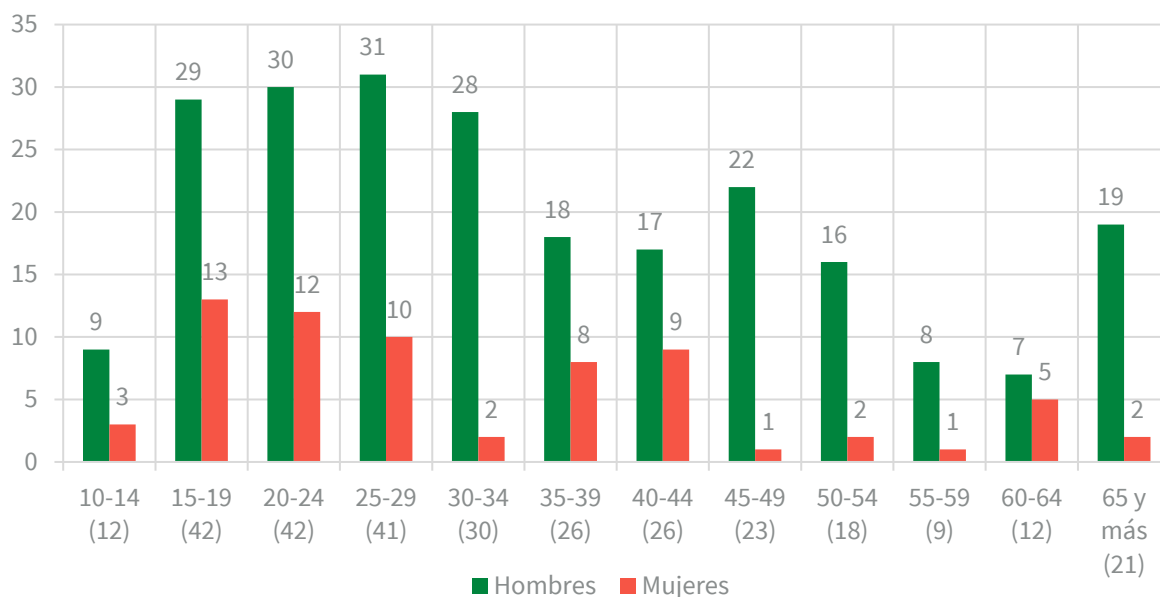
Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de *Agenda Estadística 2017* (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2017).

Según esta misma fuente, es posible afirmar que en el año 2017 hubo 302 suicidios entre la población que residía en la Ciudad. Igualmente se puede constatar que las muertes provocadas por suicidios presentan mayor frecuencia en hombres que en mujeres: de cada 4 muertes por suicidio, 3 correspondieron a hombres y solo una a mujeres. En la población masculina se registran más suicidios en un rango de edad entre 15 y 34 años, y en menor medida entre 55 y 64 años. En la femenina, se presentan mayor número de suicidios en las jóvenes entre 15 y 29 años, y menor en las adultas entre 45 y 59 años (GRÁFICA 5.5).

En cuanto al VIH/SIDA, desde la década de 1990 ha estado entre las primeras 15 causas de muerte de la población capitalina. El examen de la tendencia en la tasa de mortalidad por este virus muestra que desde el año 2000 el número de fallecimientos por este motivo ha disminuido significativamente. En ese mismo año, por cada 100,000 habitantes ocurrieron 7 muertes por VIH/SIDA, mientras en 2016 sólo se registraron 4 decesos (por cada 100,000). A pesar de esta disminución, en el año 2016 el virus de inmunodeficiencia humana continuaba siendo la decimoquinta razón de los decesos entre la población en general (GRÁFICA 5.6).

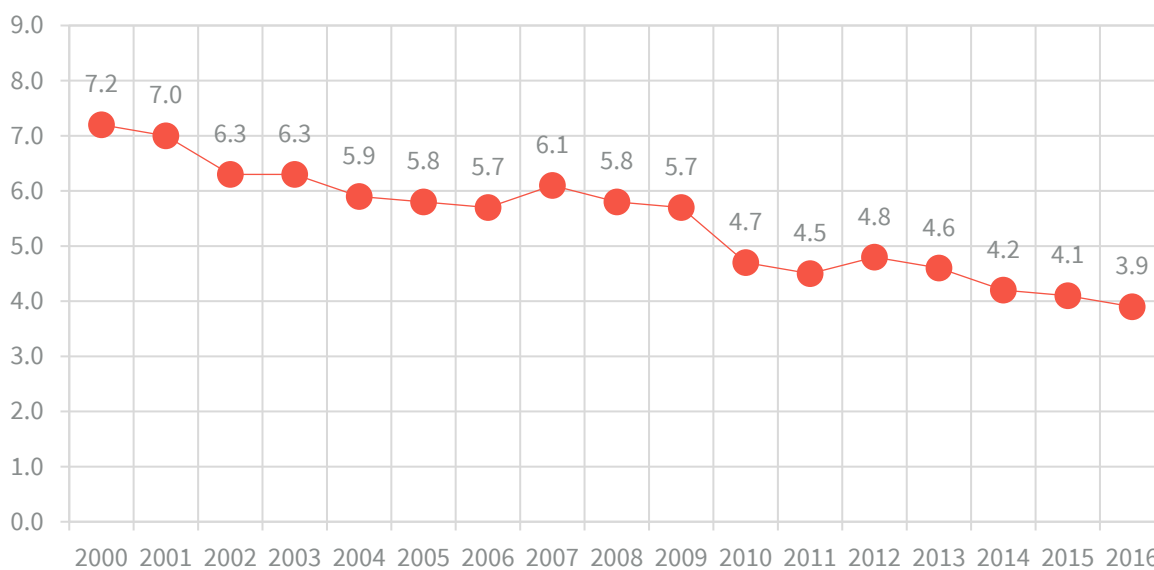
Si bien los fallecimientos por VIH/SIDA se han reducido, durante la última década no se ha logrado evitar que disminuya el número de personas afectadas por el virus. En el año 2006 había 659 casos de SIDA notificados en la Ciudad, y a partir de entonces este número se ha mantenido en un rango entre 400 y 780 aproximadamente con excepción de 2011, cuando sólo se registraron 273 (GRÁFICA 5.7).

GRÁFICA 5.5 SUICIDIOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN LA CIUDAD DE MÉXICO, 2017



Nota: La información se refiere a las personas de 10 años y más porque para los menores de esta edad el hecho se califica como accidente. Se refiere a suicidios de personas con residencia habitual en la Entidad. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir del Anexo estadístico del Primer Informe de Gobierno 2018-2019.

GRÁFICA 5.6 TASA DE MORTALIDAD POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA ENTRE LA POBLACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO, 2000-2016

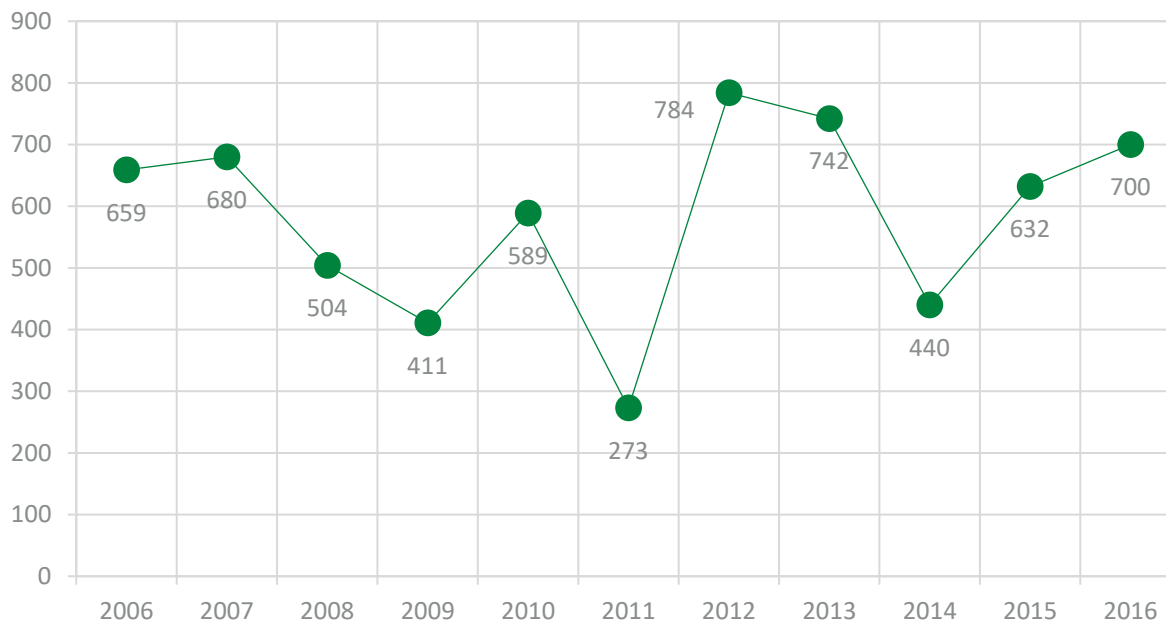


Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de *Agenda Estadística 2017* (Secretaría de Salud de la Ciudad de México, 2017).

Los datos sobre defunciones como consecuencia de VIH/SIDA indican que este virus es más frecuente en hombres que en mujeres, pues si para los varones el virus de inmunodeficiencia humana represen-

ta la decimotercera causa de muerte, entre las mujeres no forma parte de las principales razones. Los casos de SIDA notificados también corroboran esta información, ya que, al cierre del año 2016, 9 de cada 10 personas con SIDA eran hombres (*ídem*).

GRÁFICA 5.7 CASOS DE SIDA NOTIFICADOS EN LA CIUDAD DE MÉXICO, 2006-2016



Notas: Información al 31 de diciembre de 2016. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al Cierre del 2016.

Los motivos por los que hombres y mujeres adquieren VIH/SIDA también son distintos. Entre la población masculina esta epidemia está principalmente relacionada con comportamientos de riesgo; en cambio para las mujeres está asociada con problemas de exclusión social y vulnerabilidad económica (Programa de Derechos Humanos de la Ciudad de México: 388). Asimismo, de acuerdo con el diagnóstico del año 2014, previo a la elaboración del PDHCDMX, 7 de cada 10 mujeres que vivían con el virus de inmunodeficiencia humana lo habían adquirido por medio de su pareja estable.

Un factor de riesgo para muchas de las enfermedades crónicas —como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer— son el sobrepeso y la obesidad. En la Ciudad de México, durante los últimos años ha incrementado esta problemática entre sus habitantes. De acuerdo con la *Agenda Estadística 2017*, el número de casos detectados por obesidad en unidades médicas de primer y segundo nivel de atención se duplicó entre los años 2008 y 2016, al pasar de 95,000 a más de 200,000 personas con obesidad.

2. El sistema de salud pública en la Ciudad de México

2.1 Tamaño y características

En México, el sistema de salud pública está conformado por dos sectores. En el primero se agrupan los organismos públicos de seguridad social que atienden a población incorporada en la economía formal, es decir, a las personas que cuentan con un empleo asalariado y con prestaciones que les garantizan el acceso a servicios de salud mediante el pago obligatorio de las cuotas (que abonan tanto los trabajadores como los empleadores). En esta primera categoría se incluyen el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las dos principales instituciones de seguridad social del país. Otras dependencias de este sector, pero con menor número de personas afiliadas, son las adscritas a Petróleos Mexicanos (PEMEX), a la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y a la Secretaría de Marina Armada (SEMAR).

El segundo sector de salud pública está conformado por instituciones orientadas a la población que carece de seguridad social. Las dependencias que forman parte de este grupo son la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y los servicios estatales de salud. En las unidades médicas adscritas a estas instituciones los usuarios asumen el pago de las cuotas de recuperación y los costos de los medicamentos. En el caso de la Ciudad de México, la Secretaría de Salud local (SEDESA) es la encargada de brindar atención médica a la población capitalina que no está incorporada a algún régimen de seguridad social. Desde el año 2006, todas las personas residentes en la Ciudad de México tienen derecho a acceder de forma gratuita a los servicios médicos disponibles y a las medicinas asociadas en las unidades de consulta externa y atención hospitalaria de SEDESA,⁴ de manera que tienen protección financiera en caso de requerir atención médica.

En el ámbito federal también existen programas orientados a promover el acceso gratuito a servicios de salud para los ciudadanos que carecen de prestaciones de seguridad social. Uno de éstos es el Seguro Popular de Salud (SPS), constituido a partir del Sistema de Protección Social en Servicios de Salud (SPSSS). La población afiliada al SPS tiene derecho a recibir atención médica gratuita en centros de salud estatales; sin embargo, la cobertura es únicamente para servicios de consulta externa y hospitalaria, excluyendo tratamientos especializados. Para compensar la cobertura limitada del SPS se crearon dos mecanismos complementarios: el Seguro Médico Siglo XXI (SMSXXI) —que garantiza la cobertura completa y gratuita en servicios de salud, incluyendo atención especializada, a los niños y niñas mexicanos en situación de primera infancia (0 a 5 años)— y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), dirigido a beneficiarios del SPS que padecen enfermedades catalogadas como gasto catastrófico; es decir, aquellas enfermedades que debido a su complejidad ameritan tratamientos especializados de alto costo, por lo que ponen en riesgo tanto la vida de quienes las padecen como su patrimonio familiar. La protección de este Fondo cubre 66 enfermedades, para cada una

⁴ Gaceta Oficial del Distrito Federal, 22 de mayo de 2006.

de las cuales existe un tabulador donde se establece el monto que puede ser cubierto. No obstante, un factor limitante de este mecanismo es que la cobertura depende de la edad definida para cada enfermedad.⁵

Además de las instituciones del sistema de salud pública, otras dependencias de gobierno y organismos no gubernamentales ofrecen también estos servicios. En la Ciudad México existen las unidades médicas adscritas al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Secretaría de Comunicaciones y Transportes y la Procuraduría General de la República, así como establecimientos de salud de organismos no gubernamentales, como la Cruz Roja Mexicana, algunas universidades públicas y la asociación civil denominada Centros de Integración Juvenil A.C.

El sistema médico privado también es una alternativa importante para atender problemas de salud de la población. Si bien a estos servicios recurren sobre todo las personas de estratos medios y altos que cuentan con un seguro médico privado, o bien disponen de los recursos suficientes para solventarlos, algunos establecimientos ofrecen consultas médicas a precios muy reducidos (como los consultorios anexos a farmacias), satisfaciendo un tipo de demanda muy particular.

Equipamiento disponible

Las instituciones de salud, públicas y privadas, cuentan con una red de distintos tipos de establecimientos que se clasifican de acuerdo con tres niveles de atención médica. El primer nivel corresponde al contacto inicial de las personas con los servicios de salud y comprende la atención ambulatoria o de consulta externa; los inmuebles destinados a este nivel de atención están orientados a tareas de promoción, prevención, curación y rehabilitación de enfermedades que no requieren hospitalización. Las unidades médicas de primer nivel representan la mayor parte del equipamiento en salud, debido a que la demanda principal es por estos servicios. Estos establecimientos están equipados principalmente con consultorios y laboratorios, aunque pueden contar con áreas complementarias.

El segundo nivel de atención se dirige a los problemas de salud que ameritan intervenciones de emergencia o internación de los pacientes. Este tipo de atención se lleva a cabo en hospitales generales que requieren inmuebles más complejos que las unidades del primer nivel, por lo que deben contar con consultorios y laboratorios, áreas de urgencias, bancos de sangre, pabellones de hospitalización y quirófanos. El tercer nivel atiende enfermedades complejas, por lo que los servicios se proporcionan en hospitales especializados en diferentes ramas de la medicina; los inmuebles dedicados a estos propósitos cuentan con equipos de alta tecnología que son operados por personal médico especializado.

⁵ Otro programa diseñado para brindar atención médica gratuita es IMSS-Prospera, un programa que proporciona servicios médicos sin costo mediante una red de unidades médicas distribuidas en las zonas rurales y urbanas del país. Al igual que el SPS, la atención gratuita excluye tratamientos especializados. Debido a que IMSS-Prospera está enfocado en proveer cobertura médica en zonas de difícil acceso, alejadas de los grandes centros urbanos, no opera en la Ciudad de México.

En la Ciudad de México el equipamiento del sector público disponible para satisfacer las necesidades y demandas en salud de casi 9 millones de habitantes consta de 651 unidades médicas, de las cuales 541 son de primer nivel, 57 son hospitales de segundo nivel y 53 son centros especializados del tercer nivel (CUADRO 5.2).⁶ La mayor parte de las unidades médicas del sector público de la Ciudad están orientadas a la atención de la población que no cuenta con seguridad social, y adscritas a SEDESA y a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal. Los centros administrados por SEDESA son 425, de los cuales 388 corresponden al primer nivel, 17 al segundo y 20 al tercero. Los establecimientos administrados por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal son principalmente centros especializados y prestan sus servicios a los residentes de todo el territorio nacional; en total son 22 unidades: 3 del primer nivel de atención, 4 del segundo nivel y 15 del tercero. Las instituciones de seguridad social del ámbito federal tienen disponibles menos unidades médicas que SEDESA en la Ciudad: el IMSS cuenta con 80 (49 del primer nivel, 23 del segundo y 8 del tercero); el ISSSTE dispone de 105 (96 del primer nivel, 5 del segundo y 4 del tercero); también hay 19 unidades médicas adscritas a PEMEX, SEDENA o SEMAR (5 del primer nivel, 8 del segundo y 6 del tercero).

CUADRO 5.2 UNIDADES MÉDICAS DEL SECTOR PÚBLICO SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN, 2019

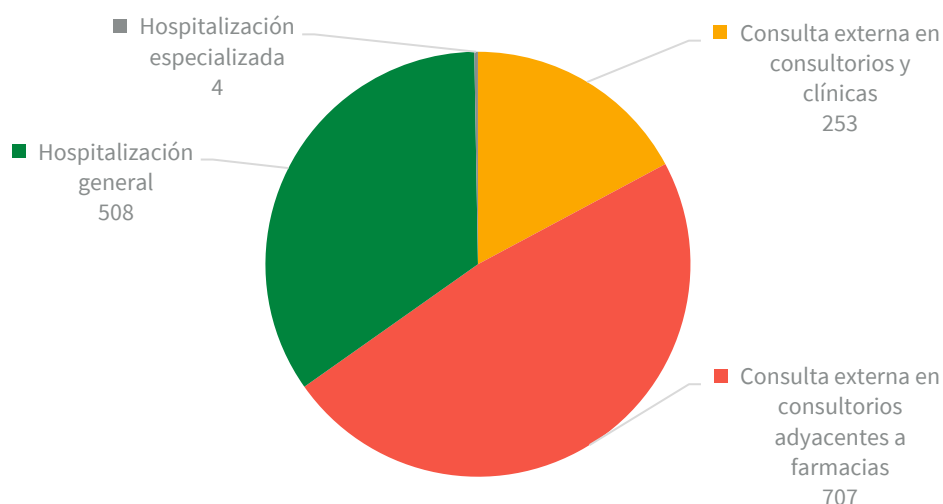
Nivel de Atención		Total	Instituciones de Seguridad Social			Instituciones para población sin seguridad social	
			IMSS	ISSSTE	PEMEX SEDENA SEMAR	SS ^{1/}	SEDESA
Total		651	80	105	19	22	425
Nivel 1	Consulta externa	541	49	96	5	3	388
Nivel 2	Hospitalización general	57	23	5	8	4	17
Nivel 3	Hospitalización especializada	53	8	4	6	15	20

Notas: ^{1/} Secretaría de Salud a nivel federal. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir del directorio de unidades médicas publicado en la página electrónica del IMSS; de INEGI (2017, para el Anuario); SEDENA, SEMAR y SS; Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), Secretaría de Salud, 17 de junio 2019; y directorios médicos en línea.

Además de los establecimientos de salud del sector público, en la Ciudad existen otros que pertenecen a diversas dependencias y organizaciones. En particular, hay 9 centros de atención de primer nivel que dependen de las alcaldías en donde se localizan: 3 en Benito Juárez y los 6 restantes en Venustiano Carranza, Cuajimalpa, Gustavo A. Madero, Iztapalapa, La Magdalena Contreras y Milpa Alta. Hay también 2 unidades del segundo nivel de atención, una afiliada a la Cruz Roja Mexicana y la otra a los Centros de Integración Juvenil A.C.

⁶ El diagnóstico sobre el tamaño y las características del equipamiento de salud de la Ciudad de México se realiza a partir de la consulta del Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México (INEGI, 2017), la base de datos denominada Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES) de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal y los directorios de las instituciones de salud (consultados en sus páginas electrónicas).

GRÁFICA 5.8 UNIDADES MÉDICAS PRIVADAS SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN, 2019



Notas: en la Ciudad de México el número total de centros de salud privados es 1,472. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de CLUES (recuperado el 17 de junio 2019).

En relación con el sistema médico privado, en la capital de la República se registran 1,472 unidades que presentan una gran diversidad. La mayor parte de ellas (960 unidades) proveen servicios de atención de primer nivel (o consultas externas), en modalidades que abarcan desde consultorios particulares con un solo facultativo en servicio hasta establecimientos complejos con una estructura similar a la de las unidades médicas familiares del IMSS. En este primer grupo predominan los consultorios adyacentes a farmacias, que brindan servicios gratuitos o tienen cuotas muy bajas, pues tres de cada cuatro unidades de consulta externa privadas corresponden a este tipo de consultorios. Otra parte de los establecimientos privados (508 del total) proporcionan atención de segundo nivel (u hospitalización general). Se trata, igualmente, de instituciones diversas, si bien no hay información confiable que permita conocer la capacidad de atención en cada caso (en particular el tamaño de las instalaciones ni el número de profesionales disponibles). Aun cuando la oferta en servicios de salud privados es muy amplia en el primer y segundo nivel es bastante limitada en el tercero, pues únicamente existen cuatro hospitales especializados.

Desigualdad geográfica en la localización de las unidades de atención de primer nivel

La desigualdad local en la oferta de servicios médicos se puede expresar en diversos indicadores, como su ubicación en el territorio y la demanda potencial atendida. En relación con el primero, es importante analizar el número de centros de salud disponibles en cada alcaldía (en particular los de primer nivel), teniendo en cuenta que los establecimientos que brindan consultas externas requieren una distribución más dispersa en la Ciudad, de manera que garantice la accesibilidad de las personas, pues se trata del primer contacto con el paciente y del nivel de atención solicitado en mayor medida. Al respecto, es posible afirmar que las unidades médicas de consulta externa del sector público se

localizan de forma desigual entre las alcaldías, con demarcaciones que cuentan con un elevado número de centros de salud y otras con menor presencia (CUADRO 5.3 y FIGURA 5.1).

CUADRO 5.3 UNIDADES MÉDICAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SECTOR PÚBLICO SEGÚN INSTITUCIÓN Y ALCALDÍA, 2019

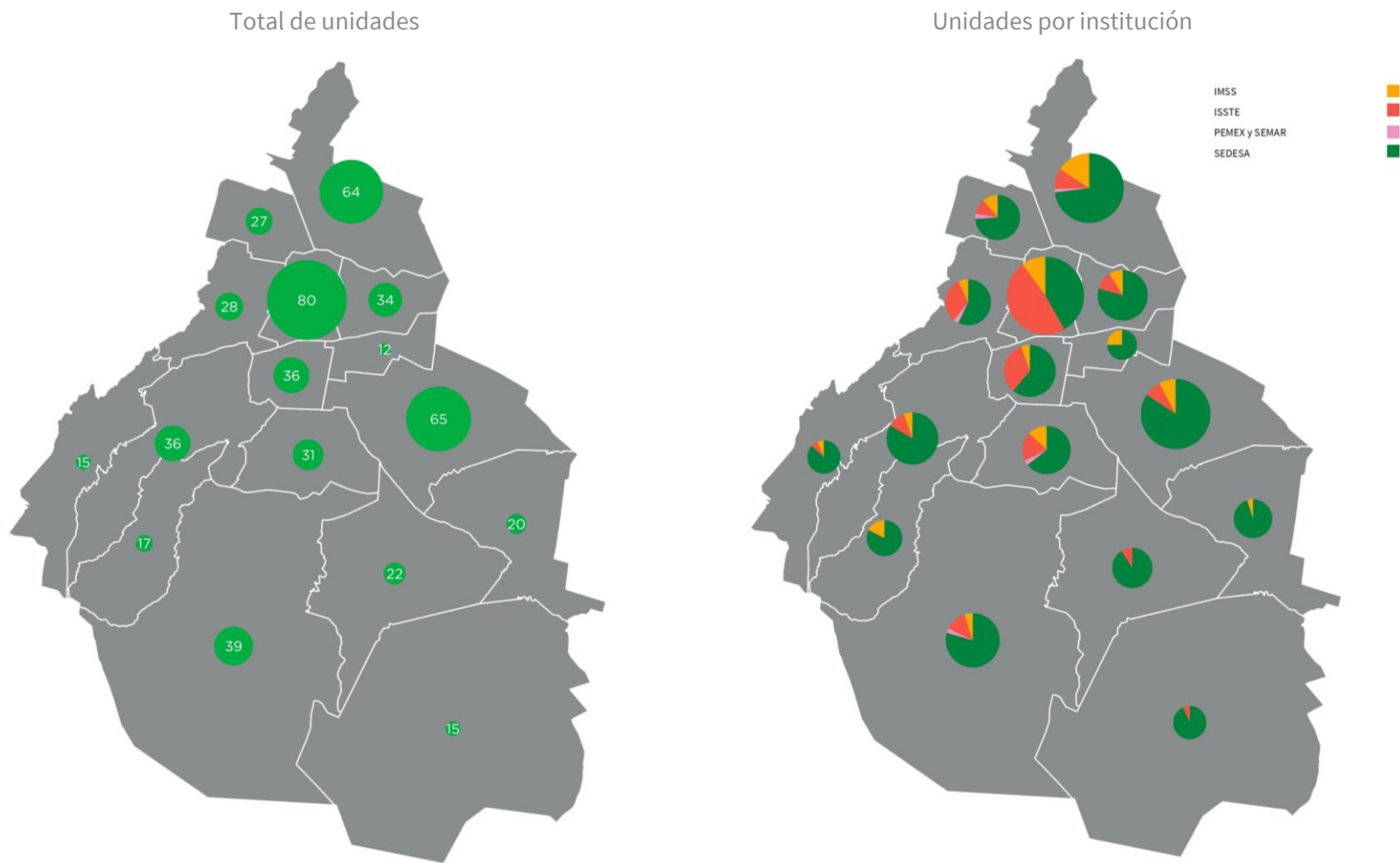
Alcaldía	Unidades	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEMAR	SEDESA	SAP / SS
Álvaro Obregón	36	2	4	-	-	30	-
Azcapotzalco	27	3	3	1	-	20	-
Benito Juárez	36	2	12	-	-	22	-
Coyoacán	31	4	6	-	1	20	-
Cuajimalpa	15	1	1	-	-	13	-
Cuauhtémoc	80	8	38	-	-	33	1
Gustavo A. Madero	64	10	6	1	-	46	1
Iztacalco	12	3	-	-	-	9	-
Iztapalapa	65	5	5	-	-	54	1
La Magdalena Contreras	17	3	-	-	-	14	-
Miguel Hidalgo	28	2	9	1	-	16	-
Milpa Alta	15	-	1	-	-	14	-
Tláhuac	20	1	-	-	-	19	-
Tlalpan	39	2	5	-	1	31	-
Venustiano Carranza	34	3	4	-	-	27	-
Xochimilco	22	-	2	-	-	20	-
Ciudad de México	541	49	96	3	2	388	3

Notas: SAP/SS es Servicios de Asistencia Psiquiátrica de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de directorio de unidades médicas en línea de ISSSTE, PEMEX y SEDESA; CLUES (recuperado el 17 de junio de 2019), *Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México, 2017*; y SEDENA, SEMAR y SS.

Entre las primeras destacan Cuauhtémoc, Iztapalapa y Gustavo A. Madero, en las que se encuentran 209 de los 541 establecimientos públicos de este nivel de atención (39% de todos ellos); en las alcaldías con menor presencia hay que mencionar Iztacalco, Cuajimalpa, Milpa Alta y La Magdalena Contreras, en las que se localizan 59 centros de estas características (11% del total).

El examen de la distribución local de estos centros según el tipo de institución permite afirmar que únicamente SEDESA dispone de instalaciones en todas las alcaldías, mientras que el IMSS y el ISSSTE, a pesar de ser las dos instituciones de seguridad social más importantes, no cuentan con centros de consulta externa de primer nivel en todas las demarcaciones (MAPA 5.2). Así por ejemplo, en Milpa Alta y en Xochimilco no existen unidades del IMSS, e Iztacalco, La Magdalena Contreras y Tláhuac no cuentan con unidades afiliadas al ISSSTE. Otras dependencias como PEMEX y SEMAR, por ser de menor tamaño, sólo tienen instalaciones en algunas alcaldías: las 3 unidades de consulta externa de PEMEX se ubican en Azcapotzalco, Gustavo A. Madero y Miguel Hidalgo, y los 2 centros que posee SEMAR están Coyoacán y Tlalpan.

FIGURA 5.1 UNIDADES MÉDICAS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SECTOR PÚBLICO SEGÚN INSTITUCIÓN Y ALCALDÍA, 2019

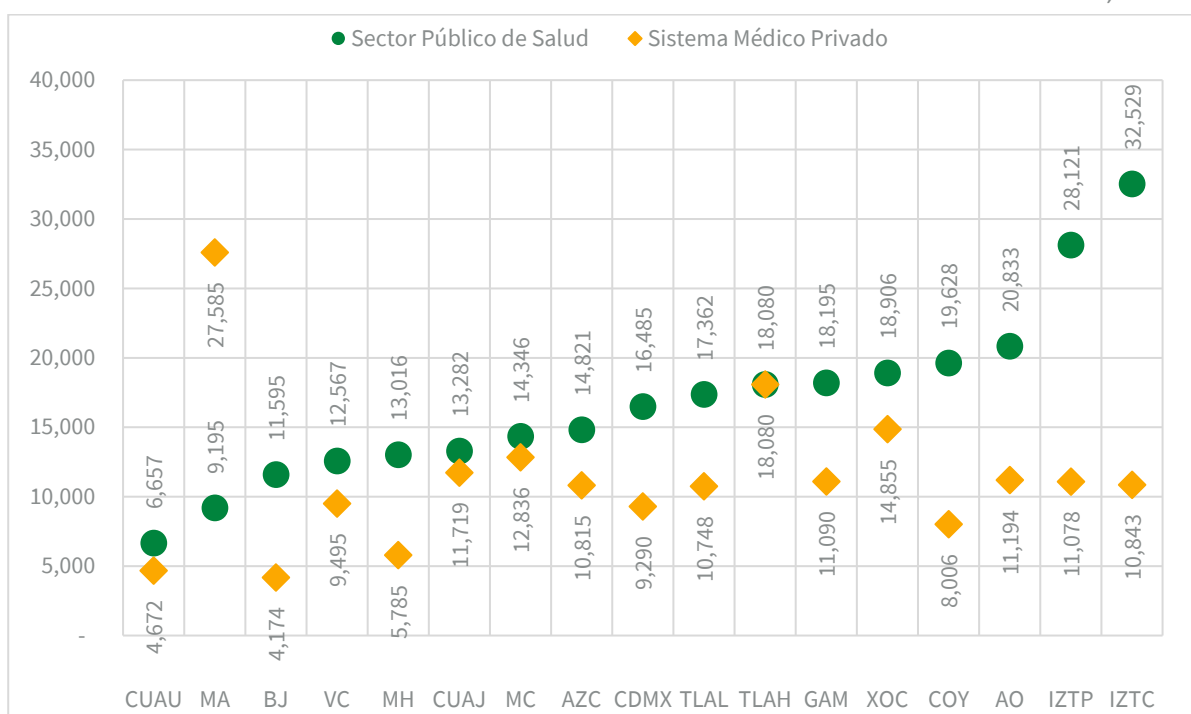


Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de directorio de unidades médicas en línea de ISSSTE, PEMEX y SEDESA; CLUES (recuperado el 17 de junio de 2019), *Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México, 2017*; y SEDENA, SEMAR y SS.

La existencia de un gran número de unidades de atención de primer nivel en una demarcación no implica necesariamente una elevada cobertura de dicho nivel en esa área, dado que la cobertura depende de la capacidad de respuesta de las instalaciones médicas (considerando el número de consultorios de que disponen y el personal médico en servicio) respecto de la población que requiere la atención. Empero, tanto el *Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017* como la base de datos CLUES y los directorios de las instituciones de salud no proporcionan esta información, por lo que no es posible analizar la capacidad de atención teniendo en cuenta dichas dimensiones.

Una aproximación a la cobertura brindada por los servicios de salud de primer nivel en las alcaldías es mediante la demanda potencial de las instalaciones médicas. Para ello se construye un indicador que pone en relación el número de habitantes de cada demarcación con las unidades existentes en ella, de tal manera que las demarcaciones con mayor demanda potencial son aquéllas en las que a cada unidad le corresponde un mayor número de habitantes, y viceversa. Las diferencias en las características y condiciones de acceso a los establecimientos de salud, tanto del sector público como del privado, ameritan el análisis de este indicador de manera independiente.

GRÁFICA 5.9 HABITANTES POR UNIDAD MÉDICA DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN SECTOR Y ALCALDÍA, 2019



Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la EIC (2015) (para datos de población por alcaldía) y de varias fuentes para el número de establecimientos de primer nivel de atención (directorios de unidades médicas en línea del ISSSTE, PEMEX y SEDESA; *Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México, 2017*; SEDENA, SEMAR Y SS; CLUES).

La demanda potencial de servicios de primer nivel para el conjunto de la Ciudad de México es de 16,485 habitantes por unidad médica del sector público y 9,290 para el sector privado (GRÁFICA 5.2). Sin embargo, la demanda entre las alcaldías es muy desigual cuando son comparados ambos sectores. En el caso de los establecimientos públicos, el mínimo corresponde a Cuauhtémoc, donde se estima una demanda potencial de 6,657 habitantes por unidad médica, mientras que el máximo se observa en Iztacalco —donde este indicador arroja un resultado de 32,529 habitantes por cada unidad— e Iztapalapa —con 28,121 habitantes—. En otras palabras, Iztacalco tiene una demanda potencial de centros de salud públicos 5 veces superior a la de Cuauhtémoc.

En cuanto a unidades del sector público, la ordenación de las alcaldías según este indicador (GRÁFICA 5.9) sitúa a Milpa Alta como la segunda demarcación con menor demanda potencial, pues dispone de una unidad médica por cada 9,000 habitantes. En el resto de las demarcaciones este indicador se distribuye en un rango muy amplio, que varía entre aproximadamente 12,000 y 21,000 habitantes por establecimiento.

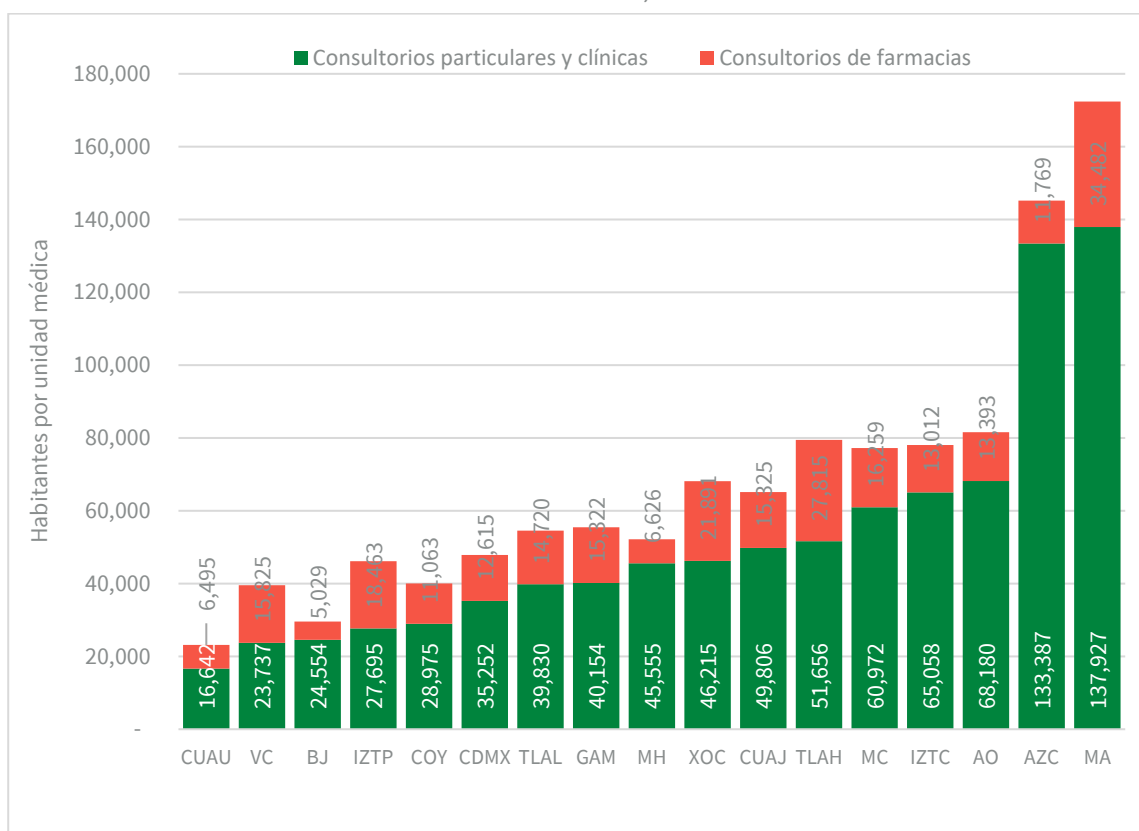
La elevada oferta de centros privados de salud en la capital del país (1,472, mucho más del doble de las unidades del sector público) se refleja, lógicamente, en la relación entre el número de habitantes y las unidades de salud en cada alcaldía. Para el total de la Ciudad se estima una población cercana a 9,300 personas por cada centro médico privado, si bien se observan diferencias notables entre la demanda potencial de demarcaciones, como Benito Juárez (donde corresponderían 4,174 pacientes por establecimiento) y Milpa Alta (27,585). Es decir, la demanda potencial por servicios privados de primer nivel en Milpa Alta es 7 veces superior a la de Benito Juárez.

En términos generales se aprecian también brechas en este indicador de demanda al interior de las demarcaciones, donde el número de habitantes por unidad médica del sector público tiende a ser más elevado que para el sector privado. No obstante, hay excepciones a esta tendencia: como puede observarse, en Cuauhtémoc, Cuajimalpa, La Magdalena Contreras y Tláhuac las diferencias numéricas son muy reducidas, lo que significa que el número de establecimientos de salud públicos y privados es muy parecido. Sin embargo, los resultados de esta relación dibujan escenarios muy dispares, pues si bien en Cuauhtémoc existe una concentración importante de establecimientos públicos y privados (con índices de demanda potencial de 6,657 y 4,672 habitantes por unidad, respectivamente), en Tláhuac la situación es opuesta: si bien existe el mismo número de centros públicos y privados, la ratio resultante equivale a 18,000 residentes por unidad.

También Milpa Alta representa una excepción a la tendencia generalizada entre las demarcaciones de la capital, con diferencias elevadas entre el total de centros públicos y privados, pero a la inversa: el número de establecimientos públicos triplica al de los privados. Por consiguiente, la reducida oferta de centros de salud de régimen privado se expresa en una relación de habitantes por unidad mucho más elevada que por establecimiento del sector público (27,585 y 9,195 habitantes, respectivamente).

Iztapalapa e Iztacalco son igualmente casos contrastantes en la exploración sobre la posible relación entre la demanda potencial de unidades públicas y privadas; en ambas demarcaciones la relación numérica entre población potencial y número de centros públicos (28,000 y 33,000, respectivamente) es mucho más elevada que la demanda probable de centros privados (11,000 habitantes en cada alcaldía), lo que pone de manifiesto la significativa estrategia de penetración de mercado del sector privado en estas alcaldías de la periferia capitalina. Es importante mencionar otras alcaldías además de Cuauhtémoc, donde la oferta de centros privados es elevada, como sucede en Benito Juárez, Miguel Hidalgo y Coyoacán. La primera tiene una unidad por cada 4,200 habitantes aproximadamente; la segunda una por cada 5,800, y la tercera una por cada 8,000.

GRÁFICA 5.10 POBLACIÓN POR CADA UNIDAD MÉDICA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SECTOR PRIVADO SEGÚN TIPO DE UNIDAD Y ALCALDÍA, 2019



Notas: las alcaldías han sido ordenadas de manera ascendente según el número de habitantes por consultorio particular o clínica. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la EIC (2015) (para datos de población por alcaldía) y de varias fuentes para el número de establecimientos de primer nivel de atención (directorio de unidades médicas en línea del ISSSTE, PEMEX y SEDESA; *Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México, 2017*; SEDENA, SEMAR y SS; CLUES).

Entre las unidades médicas privadas del primer nivel destacan dos tipos de establecimientos que, si bien brindan servicios de consulta externa, lo hacen en condiciones muy diversas: los consultorios adyacentes a farmacias, y las clínicas y sanatorios privados. El análisis de la distribución local de estos establecimientos permite identificar que en todas las alcaldías existe una mayor oferta de consultorios de farmacias que del segundo tipo, de tal manera que la demanda potencial en el primer caso es siempre inferior al número potencial de pacientes que acuden a otro tipo de consultorios y clínicas privadas (GRÁFICA 5.10).

En el conjunto de la Ciudad, la demanda potencial por cada consultorio de farmacia es de 12,615 habitantes, mientras que la demanda para otro tipo de unidad privada es de 35,250 habitantes aproximadamente. Cinco alcaldías tienen una demanda de ambulatorios de farmacias inferior al promedio capitalino (Benito Juárez, Cuauhtémoc, Miguel Hidalgo, Coyoacán y Azcapotzalco) mientras que otras tres destacan precisamente por el elevado número de personas respecto de los consultorios adyacentes a farmacias existentes en ellas: 34,482 habitantes (por cada consultorio de farmacia) en Milpa Alta, 27,815 en Tláhuac y 21,891 en Xochimilco. En relación con los consultorios y las clínicas particulares, la menor demanda potencial corresponde a las cinco alcaldías cuya relación entre el número de habitantes y el número de estos centros de salud es inferior a 35,000 personas (promedio de la Ciudad): Cuauhtémoc, Venustiano Carranza, Benito Juárez, Iztapalapa y Coyoacán. En el otro extremo se sitúan las 11 delegaciones restantes, entre las cuales existe un elevado rango en este mismo indicador: entre la demanda potencial de casi 40,000 habitantes por consultorio o clínica de Tlalpan, hasta los 133,387 de Azcapotzalco o incluso los 137,927 de Milpa Alta.

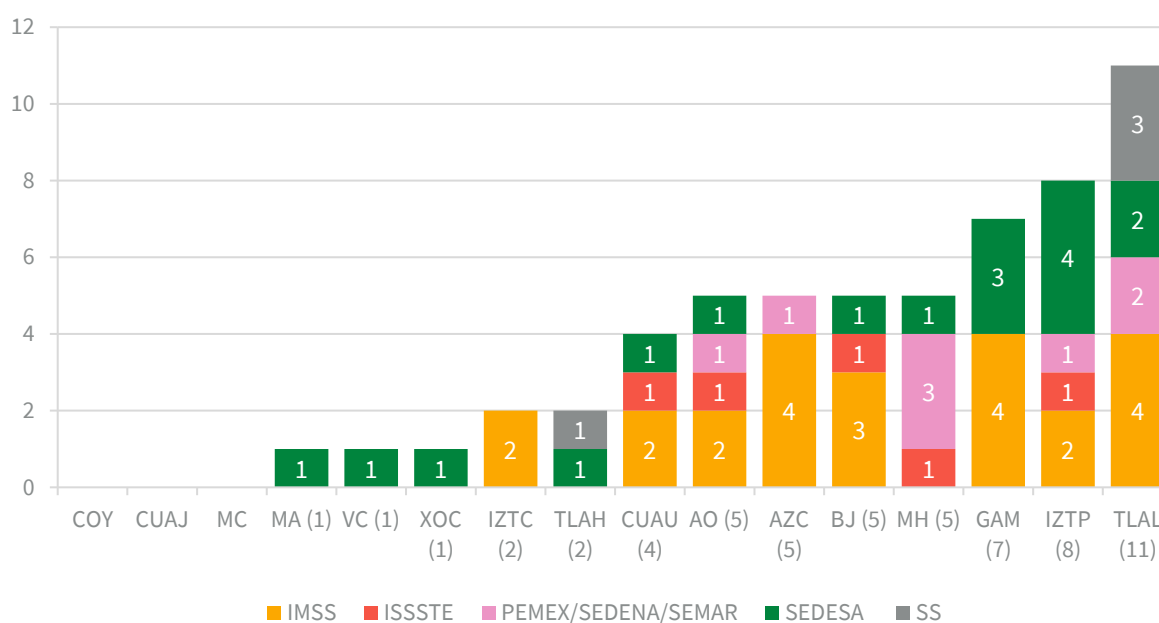
Los establecimientos médicos de segundo y tercer nivel de atención en las alcaldías

Los centros de salud de segundo y tercer nivel de atención presentan una concentración todavía mayor que los de primer nivel. Esta situación se debe, en parte, a que la capital de la República alberga hospitales que tienen cobertura regional o incluso nacional, como sucede con el complejo hospitalario Centro Médico Siglo XXI, administrado por el IMSS. La Ciudad de México también es sede de 15 nosocomios administrados por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, destinados a proporcionar servicios a toda la población del país. Los hospitales del segundo nivel de atención, o de hospitalización general, se concentran en tres alcaldías: Tlalpan, Iztapalapa y Gustavo A. Madero. Precisamente las dos últimas son las de mayor tamaño en número de habitantes, pues en ellas residen casi 3 millones de personas, la tercera parte de los capitalinos. Por el contrario, otras alcaldías no cuentan con instituciones médicas de segundo nivel de atención, como sucede en Coyoacán, Cuajimalpa y La Magdalena Contreras (GRÁFICA 5.11).

El análisis por tipo de institución revela un elevado grado de desconcentración de las instalaciones hospitalarias que dependen de la Secretaría de Salud local —presentes en 11 de las 16 demarcacio-

nes—, así como de los establecimientos que dependen del IMSS —con presencia en 8 alcaldías—. Al respecto es importante mencionar, de manera particular, las demarcaciones donde no existen establecimientos para la población afiliada a dichas instituciones, dado el esfuerzo que estos potenciales pacientes (y sus cuidadores) deben realizar ante una eventual hospitalización. En el caso del IMSS, las personas afiliadas a este servicio que residen en Coyoacán, Cuajimalpa, La Magdalena Contreras, Milpa Alta, Venustiano Carranza, Xochimilco, Tláhuac o Miguel Hidalgo deben desplazarse a otras demarcaciones en caso de requerir hospitalización. La cobertura de segundo nivel de SEDESA tampoco está presente en Coyoacán, Cuajimalpa, La Magdalena Contreras, Iztacalco ni Azcapotzalco.

GRÁFICA 5.11 UNIDADES MÉDICAS DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DEL SECTOR PÚBLICO SEGÚN INSTITUCIÓN Y ALCALDÍA, 2019

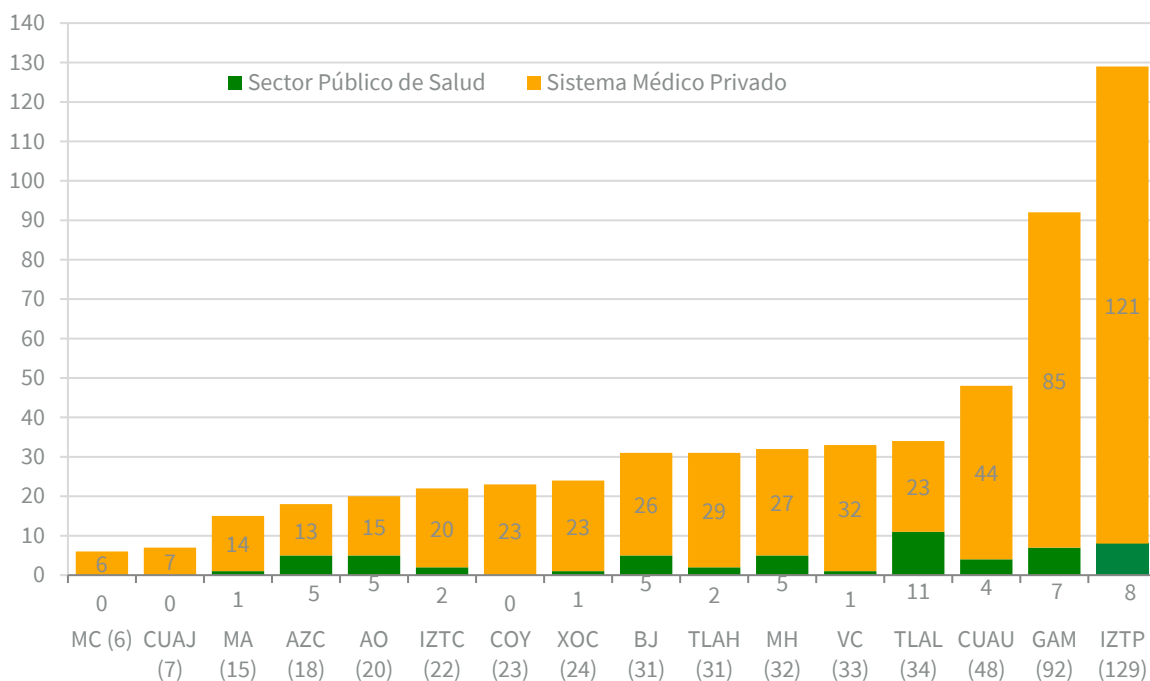


Notas: las cifras entre paréntesis corresponden al número total de centros médicos de segundo nivel para cada alcaldía. En el conjunto de la Ciudad hay 57 unidades de segundo nivel del sector público. Fuente: IMSS. Directorio de unidades médicas en línea. ISSSTE, PEMEX y SEDESA. *Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017*. SEDENA, SEMAR y SS. Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), Secretaría de Salud, 17 de junio 2019 y directorios médicos en línea.

El diagnóstico sobre la cobertura de segundo nivel en la Ciudad de México a nivel demarcación ofrece un panorama distinto cuando se analiza la presencia de hospitales privados, pues éstos existen en todas las demarcaciones de la capital, en número mucho más elevado que el de los centros públicos. De hecho, hay 9 hospitales privados por cada hospital público, pues el total de los primeros asciende a

508 y el de los segundos a 57.⁷ Sin embargo, aun cuando todas las alcaldías cuentan con hospitales privados, éstos se concentran, como en el caso de los centros públicos, en las dos alcaldías con mayor población: Iztapalapa y Gustavo A. Madero (GRÁFICA 5.12). En ambas se localiza el 40% de los hospitales privados de segundo nivel de la Ciudad, un total de 206 centros. Sin duda, el hecho que todas las demarcaciones cuenten con instituciones privadas de segundo nivel, y que éstos estén presentes incluso en las alcaldías donde no hay establecimientos públicos, fortalece la hipótesis del criterio de mercado como lógica orientadora de la instalación de estos centros privados en la totalidad del territorio capitalino (GRÁFICA 5.12).

GRÁFICA 5.12 UNIDADES MÉDICAS DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN SEGÚN SECTOR Y ALCALDÍA, 2019



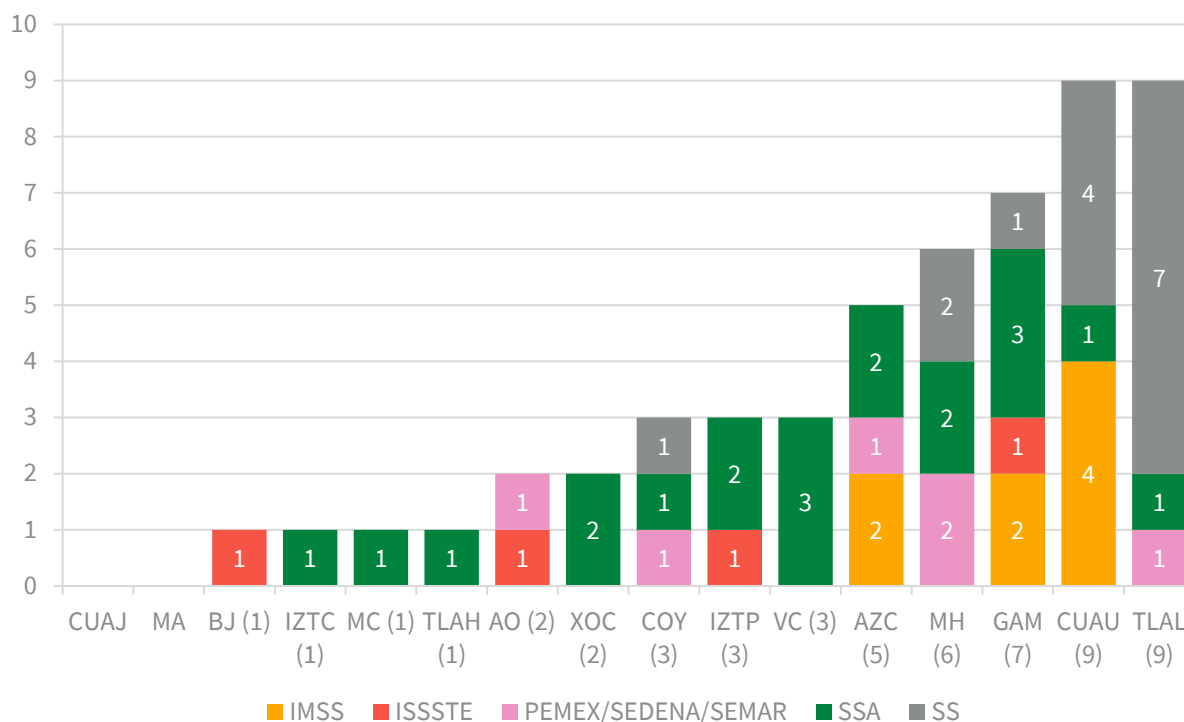
Notas: las cifras entre paréntesis corresponden al número total de centros médicos de segundo nivel para cada alcaldía. Fuente: IMSS. Directorio de unidades médicas en línea. ISSSTE, PEMEX y SEDESA. *Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017*. SEDENA, SEMAR y SS. Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), Secretaría de Salud, 17 de junio 2019 y directorios médicos en línea.

Los hospitales públicos de tercer nivel, por sus características de atención y provisión de cuidados de hospitalización altamente especializados, presentan un elevado grado de concentración territorial (GRÁFICA 5.13), pues aproximadamente 6 de cada 10 de estos establecimientos (31 de los 53) se locali-

⁷ Dada la carencia de información sobre ciertas características de los centros privados no es posible ofrecer un examen detallado de estos establecimientos, como por ejemplo su mayor o menor capacidad de atención respecto de las instituciones públicas.

zan en cuatro alcaldías: Tlalpan, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero y Miguel Hidalgo. En sentido inverso, en Cuajimalpa y Milpa Alta, las dos demarcaciones con menor tamaño poblacional, no existen estos centros de alta complejidad.

GRÁFICA 5.13 UNIDADES MÉDICAS DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SECTOR PÚBLICO SEGÚN ALCALDÍA, 2019



Notas: las cifras entre paréntesis corresponden al número total de centros médicos del sector público de tercer nivel para cada alcaldía. En el conjunto de la Ciudad hay 53 unidades de tercer nivel del sector público. Fuente: IMSS. Directorio de unidades médicas en línea. ISSSTE, PEMEX y SEDESA. *Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017*. SEDENA, SEMAR y SS. Clave Única de Establecimientos de Salud (CLUES), Secretaría de Salud, 17 de junio 2019 y directorios médicos en línea.

Es importante mencionar que 20 de los 53 hospitales públicos de tercer nivel corresponden a la Secretaría de Salud local, por lo que están destinados a atender principalmente a la población residente en la capital. Del resto, 15 están adscritos a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, 8 son del IMSS, 6 de Pemex-Sedena-Semar y 4 del ISSSTE. Al tratarse de establecimientos cuyo ámbito de acción es nacional, sus pacientes potenciales pueden proceder de distintas partes del país. En los hospitales especializados administrados por la Secretaría de Salud Federal están incluidos los Hospitales Federales de Referencia (H.F.R.) y los Institutos Nacionales de Salud (I.N.Salud). Los H.F.R son unidades hospitalarias con área de influencia en la Ciudad de México y los estados conurbados, y sus objetivos principales son tres: prestar servicios de atención médica general y especializada, capacitar y formar recursos humanos calificados, y participar en actividades de investigación para la salud. Los I.N.Salud

pueden atender a población residente en cualquier parte de la República; además de prestar servicios médicos altamente especializados, llevan a cabo labores de investigación en salud, así como de formación y capacitación de profesionales médicos.⁸ A los 53 hospitales públicos altamente especializados hay que añadir tres hospitales privados, localizados en Álvaro Obregón, Miguel Hidalgo y Cuauhtémoc.

Recursos

Satisfacer las necesidades de servicios de salud de la población residente de la Ciudad de México implica, además de disponer de instalaciones, contar con suficiente personal capacitado y recursos materiales adecuados. Una limitante para evaluar estos aspectos es la falta de información que permita construir indicadores válidos y confiables al respecto. El *Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017* (INEGI, 2017) proporciona algunos datos sobre los recursos humanos y materiales de las unidades médicas adscritas al IMSS, ISSSTE, SEDESA y PEMEX, por lo que los resultados que se presentan en este apartado están subestimados, ya que no consideran los establecimientos que dependen de SEDENA y la Secretaría de Marina y los que son administrados directamente por la Secretaría de Salud del Gobierno Federal.

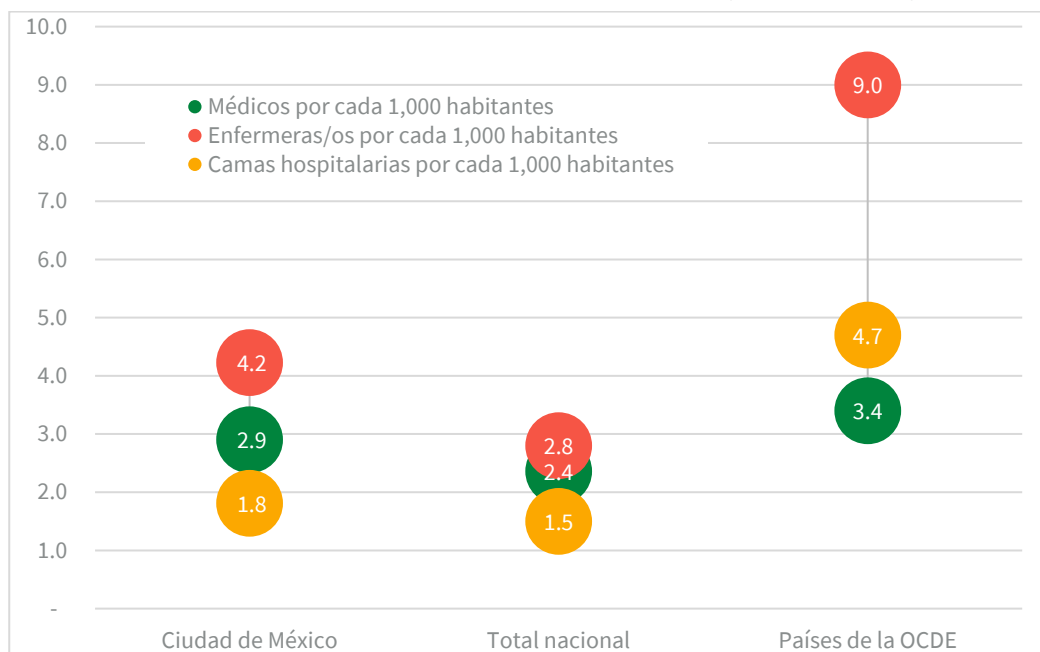
En la Ciudad existe registro de más de 25,000 médicos de contacto directo con el paciente, categoría que incluye a médicos generales, especialistas, odontólogos y residentes. Esta cifra equivale a una relación de casi 3 médicos por cada 1,000 habitantes, superior a los 2.4 médicos por cada 1,000 personas en promedio nacional, pero inferior a la media de 3.4 médicos que reportan los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). En cuanto al personal de enfermería (donde se incluye a enfermeras/os auxiliares, generales, especializados, pasantes y clasificados como ‘otros’), su número es cercano a 38,000 personas, cantidad que corresponde a 4.2 enfermeras/os por cada 1,000 habitantes. Este indicador también es superior, y con una mayor diferencia, respecto del promedio nacional (2.8), pero se sitúa muy por debajo de la media de la OCDE, donde hay 9 profesionales de la enfermería por cada 1,000 habitantes (GRÁFICA 5.14).

Respecto del equipo médico de los centros de salud, el único dato disponible comparable con un indicador nacional o internacional es el número de camas hospitalarias, una definición que comprende las camas instaladas en el área de hospitalización para pacientes internos (catalogadas como censables),

⁸ Los seis H.F.R. son: Hospital General de México, Hospital Juárez de México, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Hospital Nacional Homeopático, Hospital de la Mujer y Hospital Juárez del Centro (<https://www.gob.mx/insalud/acciones-y-programas/hospitales-federales-de-referencia-27381>, recuperado el 17 de septiembre de 2019). Los I.N. Salud son el Hospital Infantil de México y los I.N. de Cardiología, Cancerología, Nutrición, Enfermedades Respiratorias, Neurología, Pediatría, Perinatología, Psiquiatría, Rehabilitación, Medicina Genómica y Geriátrica (<https://www.gob.mx/insalud/acciones-y-programas/institutos-nacionales-de-salud-27376>, recuperado el 17 de septiembre de 2019).

así como las camas destinadas a la atención transitoria y a la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos (catalogadas como no censables).⁹ En la capital del país se registran 10,529 camas censables y 5,608 no censables, lo que arroja un total de 16,137 camas hospitalarias. Al relacionar esta cifra con el total de habitantes de la Ciudad se obtiene una proporción de 1.8 camas por cada 1,000 habitantes, una ratio más elevada que el promedio nacional (1.5), pero mucho más pequeña que el resultado para el grupo de países que integran la OCDE: 4.7 camas por cada 1,000 habitantes.

GRÁFICA 5.14 RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES POR CADA 1,000 HABITANTES, 2015



Nota: se incluye sólo a los médicos y enfermeras/os que reportan IMSS, ISSSTE, SEDESA y PEMEX. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir del *Anuario estadístico y geográfico de la Ciudad de México 2017* e indicadores de la OCDE (2017).

⁹ De acuerdo con la Secretaría de Salud, la cama hospitalaria se refiere a la cama disponible para atención continua de pacientes, admitidos para observación, cuidado, diagnóstico o tratamiento médico, quirúrgico y no quirúrgico. Comúnmente se incluyen camas de internamiento, urgencias, recuperación, trabajo de parto, cirugía ambulatoria, cuidados intermedios, terapia intensiva, cunas de sanos e incubadoras de traslado. Las camas censables son las instaladas en las áreas de hospitalización para el uso regular de pacientes internos, por lo que son las únicas que producen egresos hospitalarios sobre los cuales se genera información estadística de ocupación y días de estancia. Las camas no censables se destinan a la atención transitoria o provisional con la finalidad de observar al paciente, iniciar un tratamiento o intensificar la aplicación de procedimientos médico-quirúrgicos; estas camas son denominadas también ‘camas de tránsito’, y no generan egresos hospitalarios. En las camas no censables son incluidas las de urgencias, terapia intensiva, trabajo de parto, corta estancia, camillas, canastillas y cunas de recién nacido.

En suma, y de acuerdo con los indicadores presentados, es posible afirmar que la disponibilidad de personal médico y de recursos materiales (camas) es insuficiente para brindar atención médica de calidad a los habitantes de la Ciudad. Si bien la carencia de información desagregada a nivel local no permite ofrecer un análisis más detallado sobre las posibles desigualdades entre las alcaldías, es altamente probable que las demarcaciones que cuentan con mayor número de unidades médicas tengan también un mayor número de profesionales brindando servicios de salud y una mayor capacidad física de atender a la población potencialmente demandante.

2.2 Percepción y valoración de los servicios públicos de salud

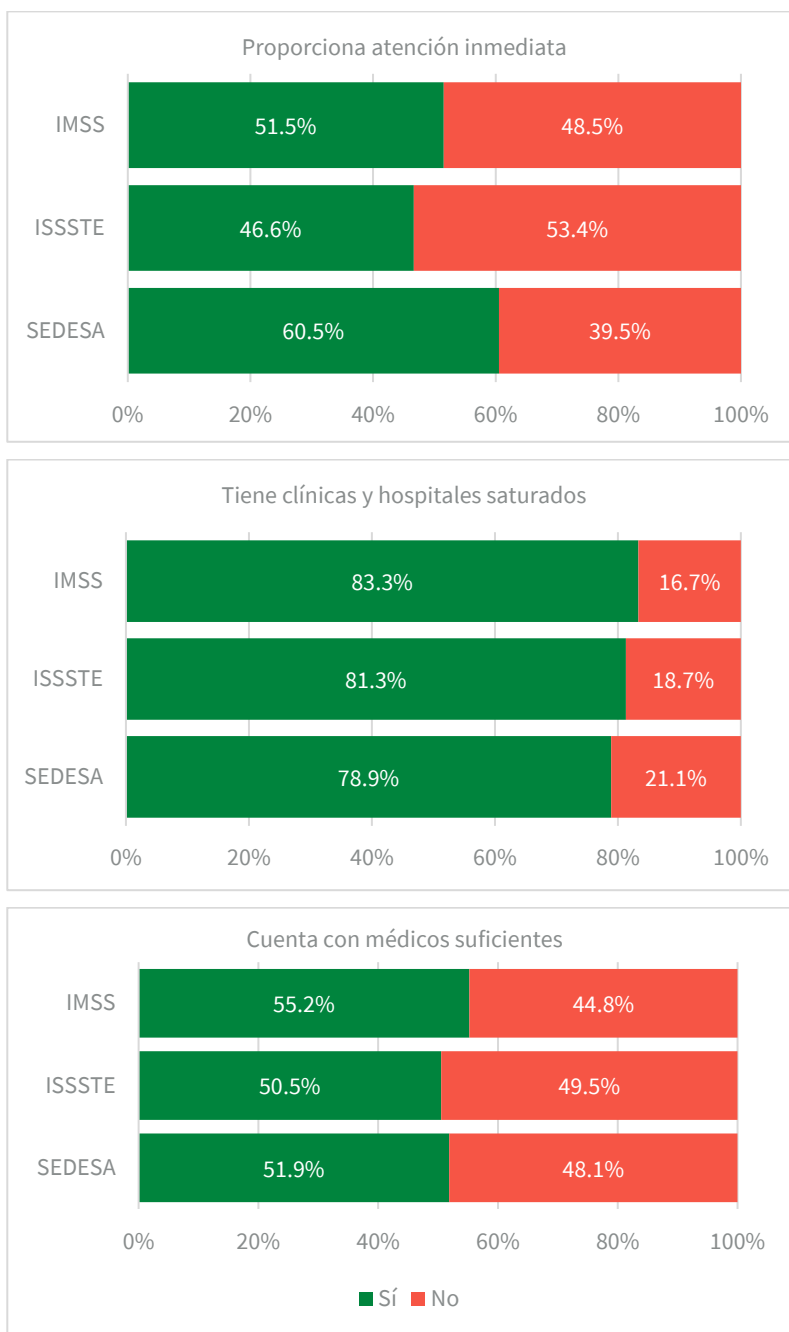
El conocimiento sobre la percepción y la valoración que expresan las personas respecto de los servicios de salud es una dimensión tan importante para su diagnóstico como la descripción y la cuantificación de los recursos materiales y no materiales que lo integran. Para realizar este análisis se utilizan datos de la Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental (ENCIG) del año 2017, su edición más reciente. La ENCIG permite conocer la evaluación que lleva a cabo la población usuaria de diversos servicios públicos básicos, entre los que se incluyen los que brindan atención a la salud en centros y hospitales adscritos al IMSS, al ISSSTE y a los gobiernos de los estados, y al Seguro Popular.¹⁰

Para ponderar la capacidad de respuesta de las unidades médicas de la Ciudad se presentan resultados referidos a tres características: la rapidez en la atención, el grado de saturación de los establecimientos y la suficiencia del equipo médico que brinda dicha atención (FIGURA 5.2). En relación con la primera de estas dimensiones, los establecimientos dependientes de la Secretaría de Salud local son valorados de manera positiva por un mayor porcentaje de población que los centros del IMSS y del ISSSTE, en cuyo caso las opiniones de la población entrevistada tienden a estar más divididas. Así pues, 60 de cada 100 personas consideran que las unidades médicas de SEDESA proporcionan atención de manera inmediata, frente a ‘sólo’ 47 de cada 100 que opina de igual modo respecto de las instituciones del ISSSTE, y 52 de cada 100 para las del IMSS.

Por otro lado, la evaluación sobre la suficiencia de personal médico recibe valoraciones positivas y negativas similares, con porcentajes muy cercanos entre las tres instituciones: en torno a la mitad de los usuarios dice que la cantidad de médicos es apropiada para atender la demanda, tanto en centros del IMSS como del ISSSTE y SEDESA. En cuanto a la evaluación del grado de saturación de los servicios por la presencia masiva de pacientes o enfermos, es notorio el predominio de las opiniones negativas con independencia de la institución de que se trate: aproximadamente 80 de cada 100 personas afirman que los centros y las clínicas del IMSS, del ISSSTE y de SEDESA presentan este problema.

¹⁰ Recuérdese que en la Ciudad de México los establecimientos médicos estatales son administrados por SEDESA, y que en ellos son atendidos los beneficiarios del Seguro Popular.

FIGURA 5.2 VALORACIÓN SOBRE LA SUFICIENCIA DE RECURSOS EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD, 2017



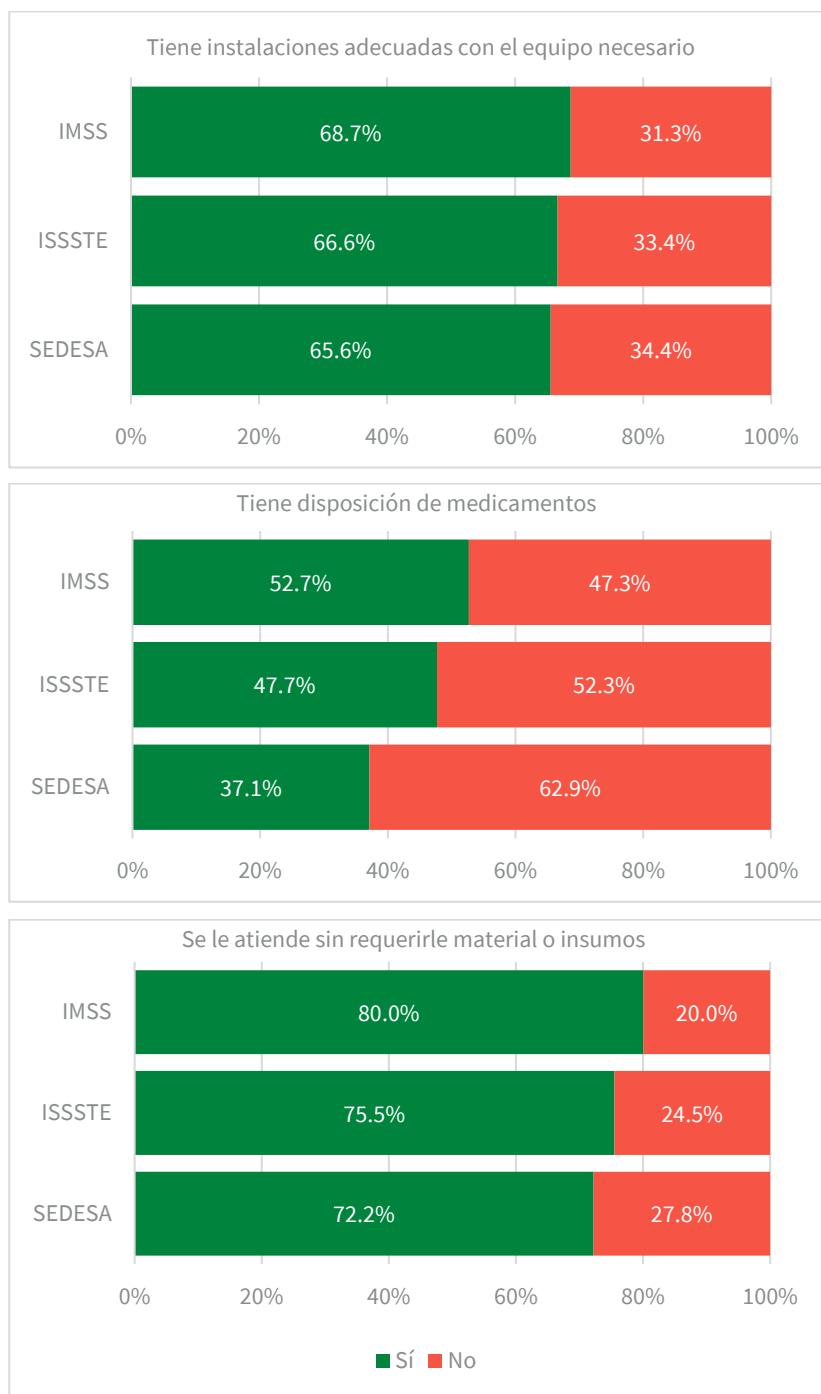
Notas: para cada gráfica, los porcentajes se calculan sobre el total de personas a las que se aplica la pregunta correspondiente, excluyendo a quienes contestan 'no sabe/no responde', que en todos los casos representan una proporción muy reducida. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la ENCIG 2017.

Otra aproximación a la valoración de los servicios públicos de salud corresponde a las opiniones vertidas por las personas en relación con la suficiencia de los recursos materiales, en particular instalaciones que cuentan con el equipo necesario y existencia de medicamentos, material de curación o equipo médico (FIGURA 5.3). La mayor parte de la población entrevistada emite juicios positivos cuando es interrogada sobre la adecuación de los equipos existentes en los centros de salud, en porcentajes cercanos a 66% en las tres instituciones.

Sin embargo, estas proporciones presentan una variabilidad notable cuando se refieren a las otras preguntas: la mayor parte de la población dice haber sido atendida sin haber tenido que proporcionar materiales de curación ni equipo médico, sobre todo cuando se indaga por los centros del IMSS: 80% de las personas entrevistadas afirma no haber visto su atención condicionada a la provisión de estos materiales. Este resultado pone de manifiesto, no obstante, que una parte de la población ha debido incurrir en gastos de salud aun cuando haya sido atendida en el sistema público capitalino: 20% entre los usuarios del IMSS, 25% entre los del ISSSTE y 28% en el caso de SEDESA.

El análisis sobre la valoración de la disponibilidad de medicamentos requiere mención aparte por la elevada incidencia de las respuestas negativas y por la variación entre éstas. Al menos la mitad de la población valora de manera negativa la existencia de medicinas en los centros de salud (47% en los establecimientos del IMSS), pero esta cifra alcanza 63% cuando se trata de evaluar el acceso a medicamentos en las instituciones adscritas a SEDESA. A partir de estos resultados es posible afirmar que el problema de la escasez de medicinas está más extendido en los centros y clínicas administrados por la Secretaría de Salud local que en los dependientes de entidades federales como el IMSS y el ISSSTE.

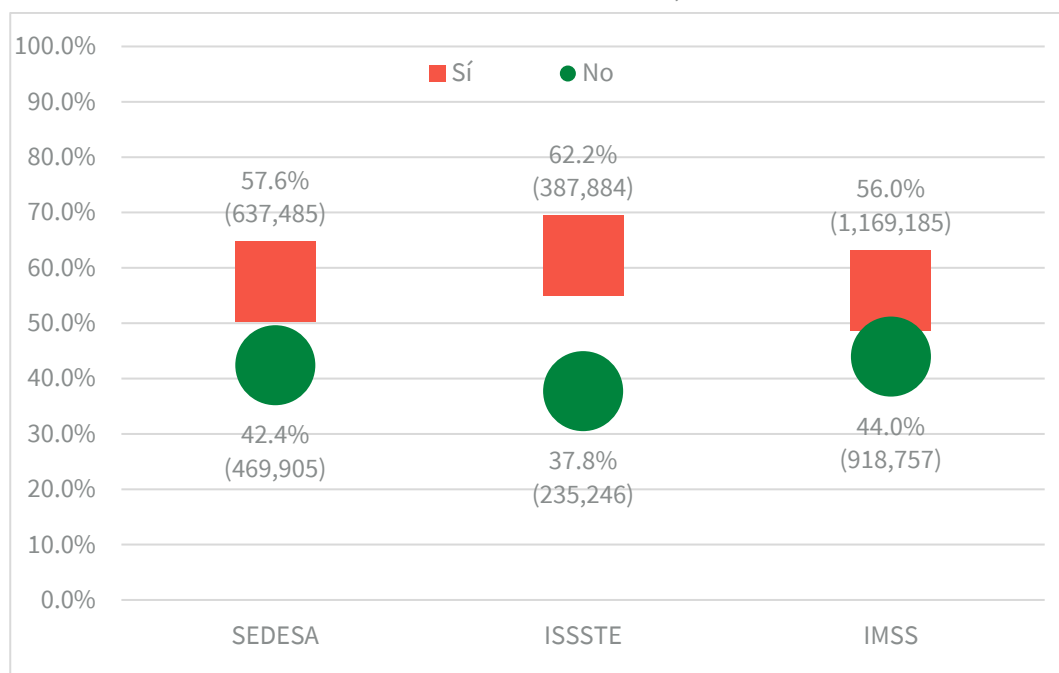
FIGURA 5.3 VALORACIÓN SOBRE LA SUFICIENCIA DE RECURSOS MATERIALES EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD, 2017



Notas: para cada gráfica, los porcentajes se calculan sobre el total de personas a las que se aplica la pregunta correspondiente, excluyendo a quienes contestan 'no sabe/no responde', que en todos los casos representan una proporción muy reducida. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la ENCIG 2017.

Un eje de exploración relevante sobre la valoración del sistema de salud público por parte de la población es el conocimiento de las consecuencias que pueden tener las experiencias negativas en el acceso a éste y en la atención recibida. Al respecto, la ENCIG incluye una pregunta que permite saber en qué medida la evaluación negativa de los servicios recibidos en los centros públicos de la Ciudad va acompañada por la decisión de acudir a establecimientos privados (GRÁFICA 5.15).

GRÁFICA 5.15 PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE PAGA POR SERVICIOS DE SALUD PRIVADOS ANTE LA DEFICIENCIA DEL SERVICIO PÚBLICO SEGÚN INSTITUCIÓN, 2017



Notas: los porcentajes se calculan sobre el total de personas a las que se aplica la pregunta correspondiente, excluyendo a quienes contestan 'no sabe/no responde', que en todos los casos representan una proporción muy reducida. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la ENCIG 2017.

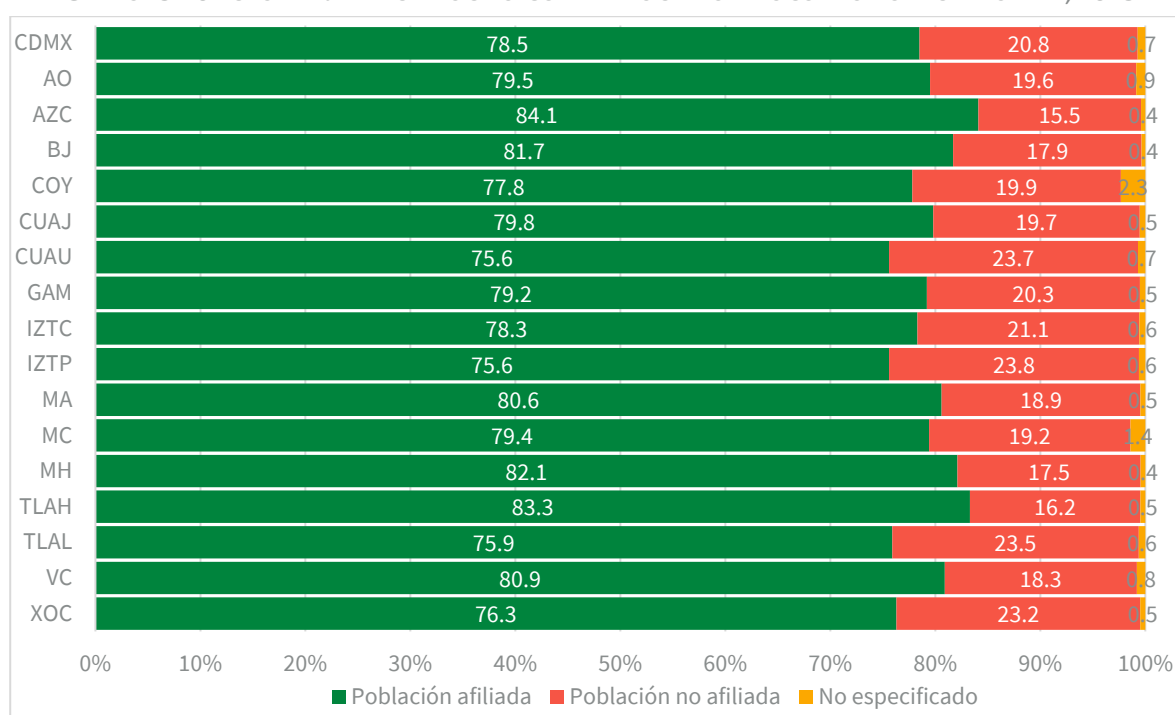
En el año 2017, 56 de cada 100 usuarios del IMSS dijeron haber pagado por servicios privados de salud ante la deficiencia de los servicios recibidos en los centros y clínicas adscritos al Instituto Mexicano del Seguro Social, una relación que crecía a 58 de cada 100 entre los beneficiarios de SEDESA y a 62 de cada 100 entre la población afiliada al ISSSTE. Es decir, la probabilidad de que los habitantes de la capital del país recurran a atención privada cuando tienen problemas de salud como consecuencia de experiencias negativas en el sector público es muy elevada, y lo es incluso más en el caso del ISSSTE que del IMSS o SEDESA.

3. Acceso y costos privados de los servicios de salud de la población

3.1 Cobertura de servicios de salud: aproximación a las diferencias entre alcaldías

En la Ciudad de México más de tres cuartas partes de la población (78%) cuentan con afiliación a servicios de salud. Esta condición se cumple en todas las alcaldías, pues en cada una el porcentaje de población afiliada siempre es mayor a 75%. Incluso en cinco de ellas (Azcapotzalco, Benito Juárez, Miguel Hidalgo, Milpa Alta y Tláhuac) dicho porcentaje supera el 80%, lo que significa que gran parte de su población residente (80 de cada 100 habitantes) tiene acceso a algún tipo de servicios médicos.

GRÁFICA 5.16 PORCENTAJE DE POBLACIÓN SEGÚN AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD POR ALCALDÍA, 2015



Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de EIC (2015).

El diseño de la Encuesta Intercensal permite identificar a la población que está afiliada a más de una institución de servicios médicos, así como las combinaciones más frecuentes en este doble aseguramiento. En el año 2015, había 197,991 personas en la Ciudad que contaban con protección de servicios de salud de dos instituciones, lo que representaba 2.2% del total de la población residente (CUADRO 5.4). Aproximadamente, tres cuartas partes de las personas que tenían doble aseguramiento estaban afiliadas al IMSS y a alguna otra institución, al IMSS y al ISSSTE, o bien al IMSS y al Seguro Popular. El resto de los residentes capitalinos con doble afiliación (poco menos de 50,000 personas) presentaba

combinaciones menos recurrentes, entre las que destacaba, en términos comparativos, el ISSSTE y una institución privada (18,464 personas).

CUADRO 5.4 POBLACIÓN CON DOBLE ASEGURAMIENTO EN SERVICIOS DE SALUD, 2015

Combinaciones de afiliación a instituciones	Población	Porcentaje
IMSS e institución privada	68,067	34.4
IMSS e ISSSTE	48,192	24.3
IMSS y Seguro Popular	32,092	16.2
<i>Subtotal</i>	<i>148,351</i>	<i>74.9</i>
Otras combinaciones	49,640	25.1
Total	197,991	

Notas: los porcentajes se calculan respecto de la población total con doble aseguramiento. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de EIC (2015).

La mayor parte de la población afiliada a algún servicio médico (6.8 millones de personas, 97% de todas las que gozaban de esta prestación) era beneficiaria de una sola institución de salud, entre las que destacaban el IMSS, el Seguro Popular y el ISSSTE (CUADRO 5.5): 46 de cada 100 personas estaban inscritas en el IMSS, 29 de cada 100 en el Seguro Popular y 15 de cada 100 en el ISSSTE (solo 0.2% en el ISSSTE estatal).

Las prestaciones en salud brindadas por la empresa estatal Petróleos Mexicanos, por SEDENA y por SEMAR beneficiaban a una parte muy pequeña de la población (1.4%), así como los inscritos en instituciones diferentes a las mencionadas (2% de todos los afiliados). Una alternativa a la cobertura médica de las instituciones públicas son los seguros médicos privados, pero dado su costo, esta opción está mucho menos extendida que las anteriores: en el año 2015 solo 7.3% de la población de la Ciudad de México que tenía cobertura médica (porcentaje equivalente a 511,671 personas) había contratado este servicio con una empresa privada.

Como se muestra en la GRÁFICA 5.17, no existen brechas significativas en la cobertura médica de la población residente en las distintas alcaldías de la Ciudad. Sin embargo, sí se aprecian diferencias relevantes en el tipo de instituciones a las que están afiliadas las personas que habitan en las diversas demarcaciones, un resultado que se pone de manifiesto en la información representada en la GRÁFICA 5.17. Es visible, en términos generales, el mayor peso de la población afiliada al IMSS en las distintas alcaldías, si bien existen algunas diferencias locales que es importante destacar: Azcapotzalco y Benito Juárez son las demarcaciones con mayor población afiliada a este sistema de salud (48.5 y 45.9%, respectivamente), mientras que Milpa Alta presenta su nivel más reducido, pues solo 10% de sus habitantes es beneficiario de este servicio.

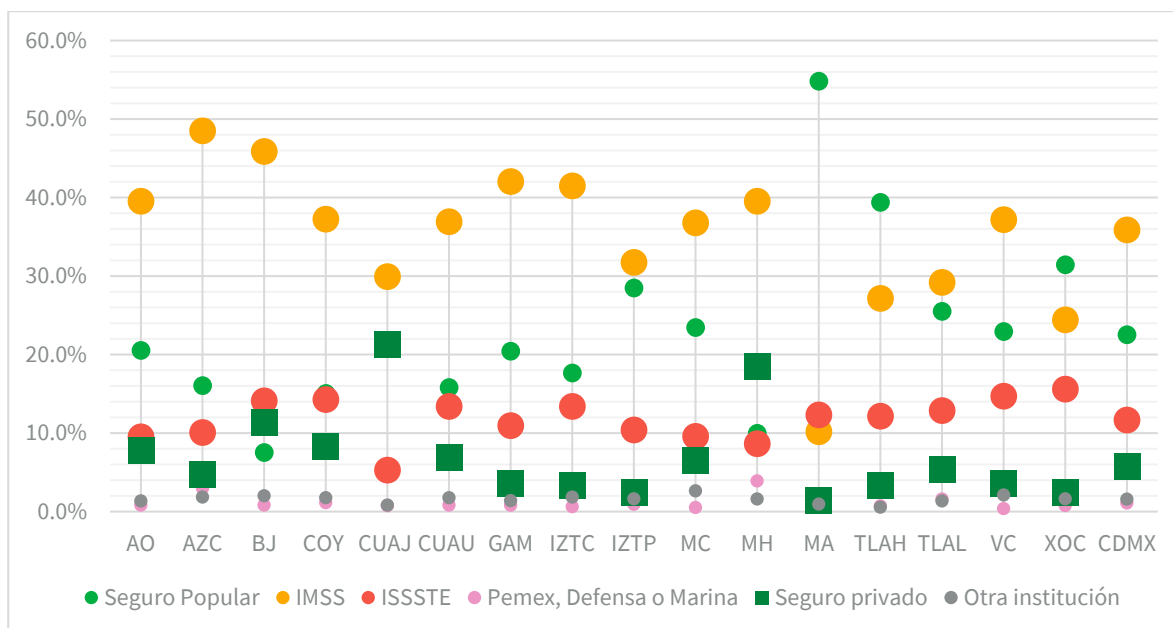
Precisamente Milpa Alta, Tláhuac y Xochimilco son las únicas demarcaciones capitalinas donde el porcentaje de población adscrita al Seguro Popular es superior al del resto de las opciones. Esta brecha es particularmente significativa en el caso de Milpa Alta, donde la afiliación al Seguro Popular (55 de cada 100 habitantes son beneficiarios de este servicio) dista mucho de las siguientes opciones: solo 12% pertenece al ISSSTE, 10% al IMSS, 1.5% posee seguro privado y menos de 1% goza de otros servicios. Estos resultados contrastan con los observados en Benito Juárez y Miguel Hidalgo, los municipios de la capital con menor incidencia de población residente afiliada al Seguro Popular (7.5 y 10%, respectivamente). Asimismo, es importante mencionar Iztapalapa y Tlalpan, alcaldías donde la presencia relativa del IMSS y del Seguro Popular es muy cercana: en Iztapalapa, 32 de cada 100 personas tienen IMSS y 28 de cada 100 acceden al Seguro Popular; en Tlalpan, 29 de cada 100 están adscritas al primer servicio y 25 de cada 100 al segundo.

CUADRO 5.5 POBLACIÓN AFILIADA A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN Y ALCALDÍA, 2015

Alcaldía	Seguro Popular	IMSS	ISSSTE	ISSSTE estatal	PEMEX, SEDENA o SEMAR	Seguro privado	Otra institución	Total
Álvaro Obregón	153,993	296,537	70,909	501	6,227	58,135	10,206	596,508
Azcapotzalco	64,188	194,135	39,469	891	11,870	18,718	7,324	336,595
Benito Juárez	31,387	191,526	58,375	523	3,422	47,470	8,326	341,029
Coyoacán	91,534	226,671	86,537	358	6,902	50,781	10,691	473,474
Cuajimalpa	43,219	59,628	10,379	134	1,460	42,495	1,637	158,952
Cauhtémoc	84,139	196,623	71,076	318	4,349	36,742	9,318	402,565
Gustavo A. Madero	237,914	489,491	124,234	3,339	9,246	41,247	16,218	921,689
Iztacalco	68,928	161,952	51,615	660	2,394	12,878	7,206	305,633
Iztapalapa	520,756	580,141	188,186	1,880	16,701	44,176	29,511	1,381,351
La Magdalena Contreras	57,192	89,704	23,173	199	1,252	15,750	6,438	193,708
Miguel Hidalgo	36,343	144,108	30,891	656	14,200	67,263	5,847	299,308
Milpa Alta	75,613	14,052	16,930	47	1,270	2,008	1,299	111,219
Tláhuac	142,405	98,226	43,476	510	2,612	11,872	2,044	301,145
Tlalpan	172,668	197,723	86,845	262	10,747	36,663	9,132	514,040
Venustiano Carranza	98,016	158,917	62,306	534	1,631	15,287	9,010	345,701
Xochimilco	130,798	101,598	64,561	355	3,172	10,186	6,718	317,388
Ciudad de México	2,009,093	3,201,032	1,028,962	11,167	97,455	511,671	140,925	7,000,305 ¹
% ²	28.7%	45.7%	14.7%	0.2%	1.4%	7.3%	2.0%	100.0%
% ³	22.5%	35.9%	11.5%	0.1%	1.1%	5.7%	1.6%	78.5%

Notas: ¹ Incluye a la población con doble afiliación (197,991 personas). ² Porcentajes calculados sobre el total de personas afiliadas a alguna institución de salud (7,000,305). ³ Porcentajes calculados respecto del total de habitantes en la Ciudad de México (8,918,653), por lo que la suma de estos porcentajes equivale a 78.5% (el porcentaje de población afiliada a servicios de salud en 2015). Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de EIC (2015).

GRÁFICA 5.17 PORCENTAJE DE POBLACIÓN AFILIADA A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN INSTITUCIÓN DE ADSCRIPCIÓN Y ALCALDÍA, 2015



Notas: porcentajes calculados sobre el total de personas afiliadas residentes en cada alcaldía o en el conjunto de la Ciudad de México, según corresponda. Para cada alcaldía, la suma de los porcentajes equivale al porcentaje de población con afiliación a servicios de salud. Se incluye a la población con doble cobertura en servicios de salud. En ISSSTE se incluye la población afiliada al ISSSTE estatal. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de EIC (2015).

El porcentaje de población afiliada al ISSSTE presenta un rango de variación más reducido entre las demarcaciones, con el máximo en Xochimilco —donde 16 de cada 100 habitantes son derechohabientes de esta institución— y el mínimo en Cuajimalpa —cuyo porcentaje de afiliación es 5.3%—. Tampoco existen diferencias significativas entre las alcaldías cuando se observa la incidencia de afiliación a las prestaciones de salud brindadas por PEMEX, SEDENA o SEMAR. En casi todas las demarcaciones dicho porcentaje es inferior a 1%, lo que representa un porcentaje realmente reducido; en términos comparativos la mayor presencia de beneficiarios de estas instituciones corresponde a Miguel Hidalgo y Azcapotzalco (3.9 y 3% de sus habitantes, respectivamente).

En el análisis de la cobertura médica por medio de seguros privados se observan también diferencias relevantes. En la mayoría de las alcaldías el porcentaje de población que tiene este tipo de seguro es inferior a 10% de sus habitantes, destacado Milpa Alta (1.5%), Iztapalapa (2.4%) y Xochimilco (2.4%) como las demarcaciones con menor afiliación a ellos. En cambio, en Benito Juárez (11.4%), pero sobre todo en Miguel Hidalgo (18.5%) y Cuajimalpa (21.3%), entre uno y dos habitantes de cada diez residentes tienen este tipo de cobertura médica.

Afiliación y uso de servicios

La comparación entre los datos de afiliación y uso de servicios de salud en la población de la capital muestra una tendencia general hacia la coincidencia por tipo de afiliación, de manera que las personas parecen utilizar preferentemente los servicios de salud a los que están afiliadas (CUADRO 5.6). Esta concurrencia es más evidente en el Seguro Popular, el ISSSTE y las prestaciones de PEMEX, SEDENA y SEMAR, dado que en los tres casos se aprecia una diferencia reducida entre los porcentajes de afiliación y de atención efectiva ante problemas de salud: 29 de cada 100 personas que gozan de cobertura médica en la Ciudad de México están afiliadas al Seguro Popular y 23 de cada 100 dicen recurrir a este servicio cuando tienen problemas de salud; 15 de cada 100 personas están afiliadas al ISSSTE y 11 de cada 100 acuden a esta institución; y 1.4% de la población está adscrita a PEMEX, SEDENA y SEMAR, mientras que 1.1% se dirige a estos mismos servicios cuando enfrenta problemas de salud.

Es importante prestar especial atención a la brecha entre el porcentaje de población que cuenta con servicios privados de salud y quienes afirman acudir a estos establecimientos para resolver sus dolencias. Si bien la afiliación de la población capitalina a seguros privados es muy baja (tiene este servicio 5.7% de los habitantes y 7.3% de quienes tienen cobertura de salud), una parte mucho más elevada (30.7%, 2.6 millones de personas) recurre a las instituciones privadas cuando enfrenta problemas de este tipo. Sin embargo esta población, que representa casi la tercera parte de los residentes en la Ciudad, acude a servicios tan disímiles como clínicas, hospitales privados y consultorios de las farmacias, establecimientos muy diversos tanto en su calidad como en su costo. En el caso de las clínicas y de los hospitales privados (igualmente heterogéneos entre sí), éstos atraen a 18 de cada 100 personas que se enferman, mientras que 12 de cada 100 se dirigen a los consultorios anexos a las farmacias, donde se brinda atención primaria a precios mucho más reducidos.

CUADRO 5.6 POBLACIÓN AFILIADA Y ATENDIDA SEGÚN INSTITUCIÓN QUE BRINDA EL SERVICIO DE SALUD, 2015

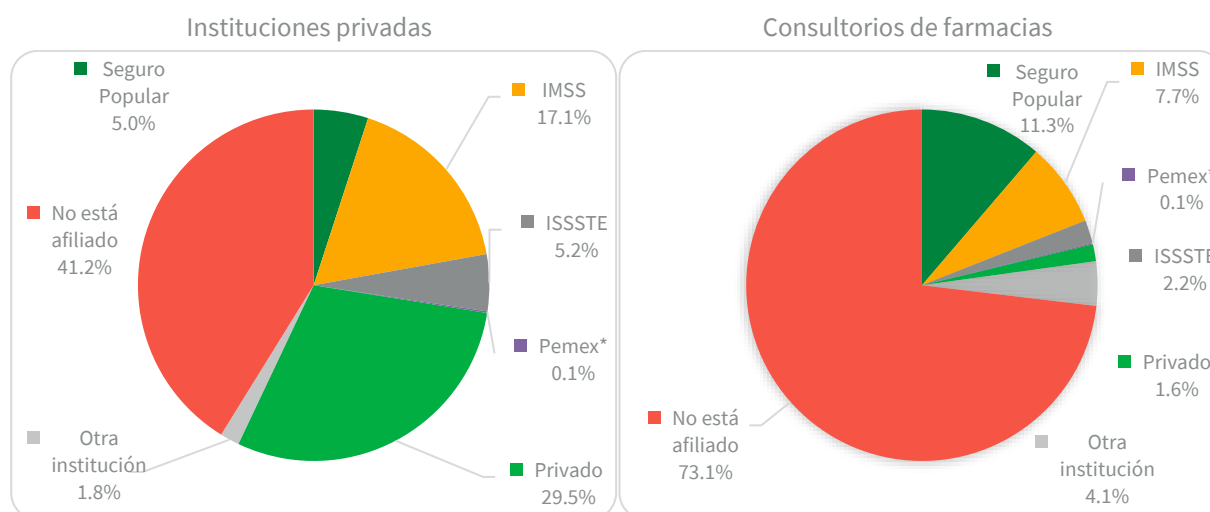
Condición de afiliación	Seguro Popular	IMSS	ISSSTE	PEMEX, SEDENA y SEMAR	Institución privada	Otra institución	Total
Afiliación	2,009,093	3,201,032	1,040,129	97,455	511,671	140,925	7,000,305
	28.7%	45.7%	14.9%	1.4%	7.3%	2.0%	100%
Atención	2,047,358	2,854,454	966,291	97,346	2,683,675	101,597	8,750,721
	23.4%	32.6%	11.0%	1.1%	30.7%	1.2%	100.0%

Notas: la categoría ISSSTE incluye ISSSTE estatal. Evalúa Ciudad de México a partir de la EIC (2015).

El análisis conjunto entre la asistencia a instituciones de salud privadas y la condición de afiliación permite identificar las siguientes diferencias relevantes cuando la mirada se dirige a la población que hace uso de clínicas y hospitales, y de consultorios de farmacias (GRÁFICA 5.18): 41 de cada 100 personas atendidas en el primer tipo de instituciones carecen de afiliación a servicios médicos, un porcentaje que asciende a 73% en el segundo caso (consultorios de farmacias); 30 de cada 100 personas usua-

rias de clínicas y hospitales privados tienen contratado un servicio privado de salud, una cifra que se reduce a 1.6% en el segundo grupo; 17 de cada 100 personas que acuden a instituciones privadas están afiliadas al IMSS, una relación que cae a 8 de cada 100 entre quienes son atendidos en los consultorios de las farmacias; solo 5% de los beneficiarios de clínicas y hospitales privados están afiliados al Seguro Popular, mientras que son beneficiarios de este programa 11 de cada 100 pacientes de los consultorios vinculados a farmacias.

GRÁFICA 5.18 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE SE ATIENDE EN INSTITUCIONES PRIVADAS DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN DE AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD, 2015



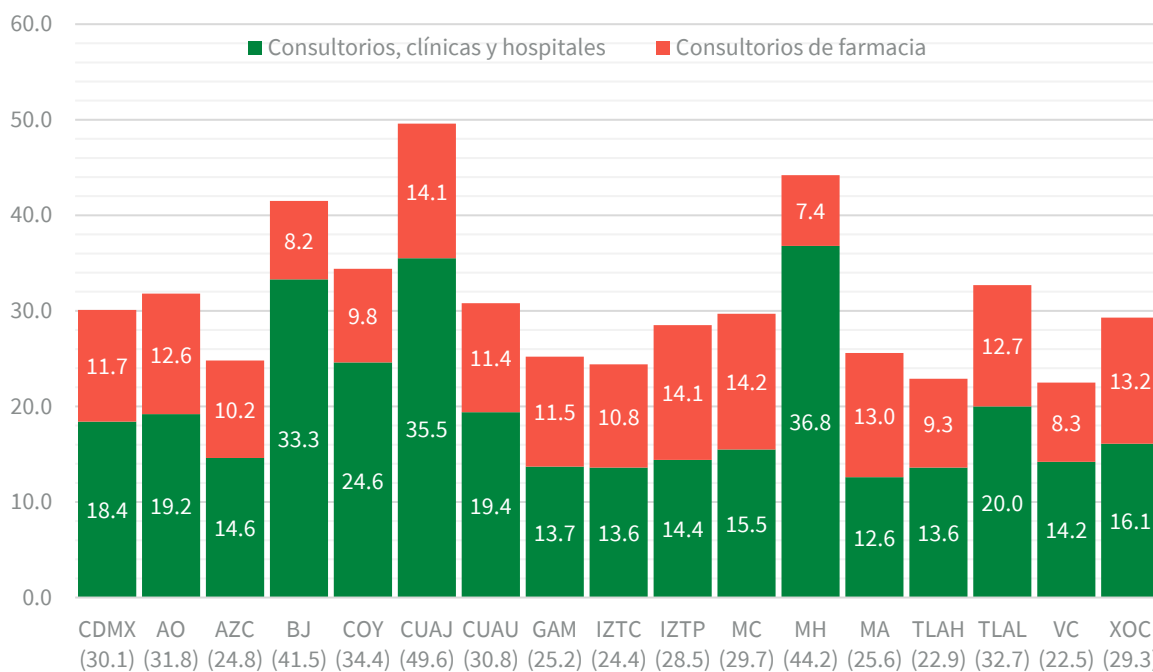
Notas: en PEMEX se incluye a las personas afiliadas a la Secretaría de la Defensa y Secretaría de Marina. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la EIC (2015). Para cada tipo de institución privada de atención, los porcentajes se calculan sobre el total de la población que recurre a esos servicios: 1,635,679 y 1,036,766, respectivamente. En ambos casos se excluye a la población que no especifica institución de afiliación.

Las alcaldías con porcentajes más elevados de habitantes que recurren a servicios médicos privados son también aquellas donde la asistencia a consultorios de farmacias es más reducida, como sucede en Cuajimalpa, Miguel Hidalgo, Benito Juárez y Coyoacán (GRÁFICA 5.19). En el otro sentido destacan las demarcaciones donde la incidencia de los servicios médicos privados varía entre la quinta y la cuarta parte de su población, y donde la asistencia a consultorios de farmacias representa aproximadamente la mitad de dicho porcentaje: es el caso de Venustiano Carranza, Tláhuac, Iztacalco, Gustavo A. Madero, Milpa Alta y Azcapotzalco.

Ameritan un análisis más detallado la diferencia entre la población afiliada a instituciones privadas de salud y la población demandante de servicios privados ante problemas de salud, la atención que reciben las personas que carecen de cobertura médica (por no estar afiliadas a algún servicio) y la relevancia de quienes no recurren a servicios profesionales cuando enfrentan algún problema de salud. Al respecto cabe destacar que si bien menos de 6% de las personas que habitan en la capital del país

están afiliadas a un seguro privado, aproximadamente la tercera parte de los capitalinos (30%) utilizan este tipo de servicios cuando tienen problemas de salud, y este porcentaje es mucho más elevado entre quienes no tienen cobertura médica.

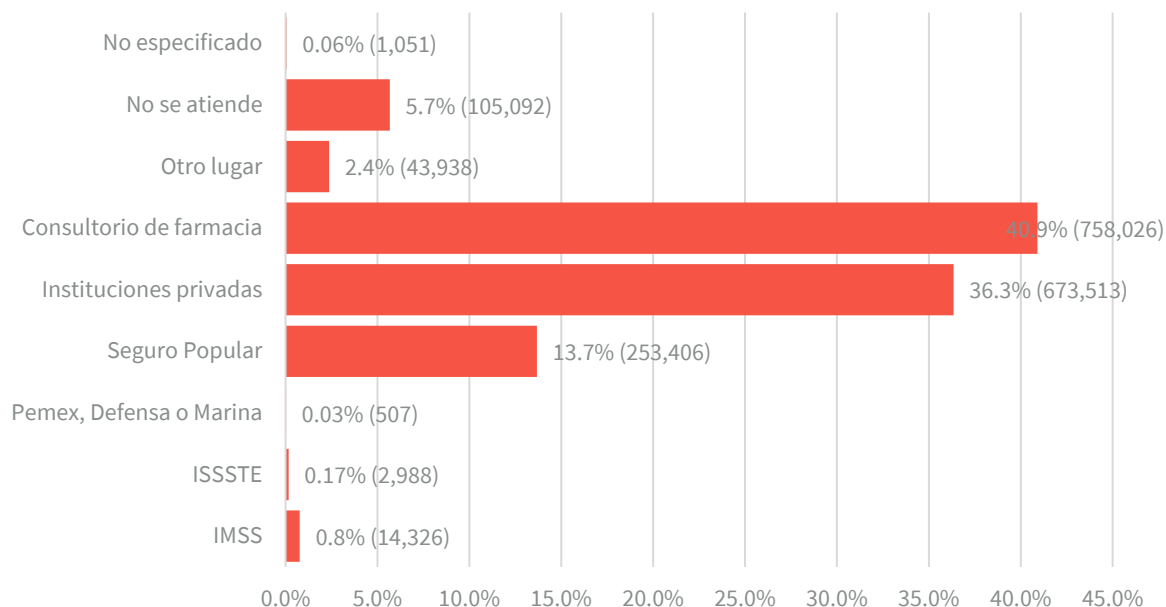
GRÁFICA 5.19 PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE ACUDE A SERVICIOS PRIVADOS CUANDO TIENE PROBLEMAS DE SALUD, SEGÚN TIPO DE SERVICIO Y ALCALDÍA, 2015



Notas: las cifras entre paréntesis corresponden al porcentaje de población residente en la alcaldía que recurre a servicios privados de salud cuando se enferma, por lo que esta cantidad equivale a la suma de los porcentajes de las barras de cada alcaldía. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la EIC (2015).

En efecto, las personas que forman este grupo —1.8 millones, algo más de la quinta parte de las residentes en la Ciudad— tienden a recurrir a los establecimientos privados para atender sus males y enfermedades en mayor medida que el conjunto de la población. Según la información de la EIC, en el año 2015 más de tres cuartas partes de quienes carecían de cobertura médica (77%, 1.4 millones de personas) se dirigían a instituciones privadas cuando enfrentaban estas situaciones, y lo hacían casi con la misma probabilidad en consultorios de farmacias y en instituciones privadas: 41 de cada 100 personas sin afiliación médica recurrían a los primeros y 36 de cada 100 a los segundos. Pero si bien la mayoría de las personas sin afiliación a salud solicitaba este tipo de atención en centros privados, aproximadamente 22 de cada 100 no lo hacían. De éstas, 14 de cada 100 eran atendidas en el Seguro Popular, 2 de cada 100 en otro lugar y 1 de cada 100 en el IMSS, el ISSSTE o en servicios brindados por PEMEX, la Secretaría de la Defensa Nacional o la Secretaría de Marina.

GRÁFICA 5.20 PORCENTAJE DE POBLACIÓN NO AFILIADA A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN DONDE ES ATENDIDA, 2015



Notas: en las instituciones privadas se incluye consultorios, clínicas y hospitales privados. Los porcentajes se calculan sobre el total de la población sin afiliación a servicios médicos en 2015 (1,853,033 personas); por lo tanto, la suma de los porcentajes equivale a 100%. En algunas categorías se presentan dos decimales para apreciar el tamaño de su población. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de EIC (2015).

Hay también un grupo de 128,027 personas, según la EIC (2015), que no se atienden cuando tienen problemas de salud, y que representa el 1.4% de los habitantes. Sin embargo es importante prestar atención a la definición de esta categoría para conocer quiénes forman parte de ella y comprender el alcance de esta clasificación, pues según INEGI son personas que no se atienden las que responden no ir al médico o no usar los servicios del doctor, pero también las que se auto medican (toman medicinas sin receta expedida por un facultativo o profesional de la salud) o incluso recurren a curanderos, hueseros, brujos, yerberos o a remedios caseros preparados por alguien más.¹¹ Por lo tanto, esta opción incluye respuestas tan diversas como la auto medicación y la búsqueda de alternativas que difieren de la medicina ortodoxa.

Según información procedente de la Encuesta Intercensal, la mayor parte de esta población (82%) no está afiliada a un servicio médico, pero un porcentaje no tan reducido (18%) sí lo está. Las personas que, a pesar de tener algún tipo de cobertura médica, no acuden al doctor cuando enfrentan proble-

¹¹ INEGI, *Encuesta Intercensal 2015. Manual del entrevistador* (México, INEGI, 2015), página 113.

mas (o bien se auto medican o recurren a remedios alternativos), suelen estar adscritas al IMSS (7 de cada 100 son beneficiarias de este instituto) o al Seguro Popular (5%), y en menor medida al resto de las opciones, como ISSSTE, seguro privado, PEMEX-SEDENA-SEMAR, e incluso otra institución (CUADRO 5.7). Es decir, si bien la probabilidad de no estar afiliado es elevada entre quienes son clasificados como “no se atienden”, existe también un número de personas —cuya incidencia no debe ser subestimada— que dicen no acudir al doctor, o auto medicarse, o buscar opciones menos formales u ortodoxas para atender sus dolencias, a pesar de ser beneficiarias de servicios médicos.

CUADRO 5.7 POBLACIÓN QUE NO SE ATIENDE CUANDO TIENE PROBLEMAS DE SALUD, SEGÚN CONDICIÓN DE AFILIACIÓN A SERVICIOS, 2015

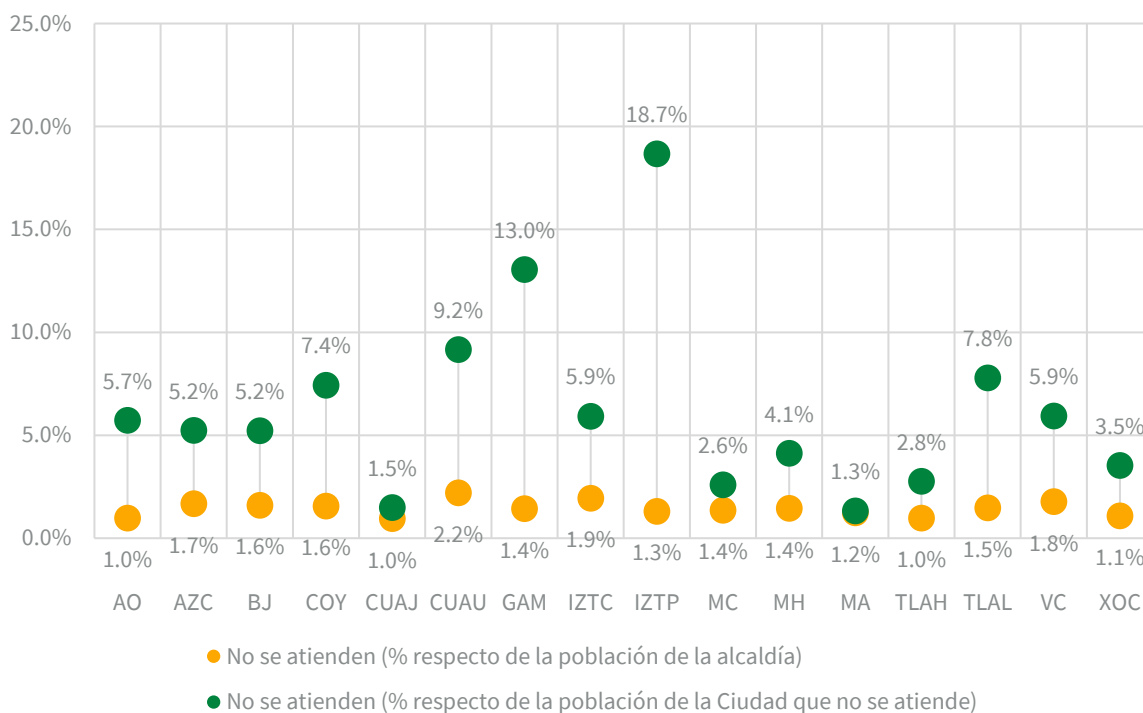
Condición de afiliación	Personas	Porcentaje
No está afiliado	105,092	82.1%
Seguro Popular	6,313	4.9%
IMSS	9,031	7.1%
ISSSTE	3,427	2.7%
PEMEX, SEDENA o SEMAR	119	0.1%
Seguro privado	1,442	1.1%
Otra institución	1,606	1.3%
No especificado	997	0.8%
Total	128,027	100.0%

Notas: porcentajes calculados sobre la población total que no se atiende cuando tiene problemas de salud (128,027 personas). Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la EIC (2015).

Así como no se aprecian diferencias significativas entre las alcaldías capitalinas al comparar los porcentajes de población no afiliada a servicios de salud, tampoco existen brechas relevantes en el porcentaje de no atención cuando se presentan problemas de este tipo (GRÁFICA 5.21), pues el rango en este indicador varía entre 1% de Álvaro Obregón, Cuajimalpa y Tláhuac y 2.2% de Cuauhtémoc.

Mención aparte merece la distribución geográfica de la población que no se atiende, ya que la información disponible pone de relieve diferencias significativas en este indicador: una parte muy pequeña de las personas residentes en la Ciudad que deciden no acudir a los servicios tradicionales de salud (consultorios y clínicas, públicas y privadas, donde se brinda atención médica alópata; o bien se auto medican o acuden a medios de sanación alternativos) reside en Milpa Alta y Cuajimalpa, en particular 3 de cada 100 personas en esta situación. En el otro extremo, 19 de cada 100 capitalinos que resuelven así sus dolencias son residentes de Iztapalapa, 13 de cada 100 habitan en Gustavo A. Madero y 9 de cada 100 viven en Cuauhtémoc.

GRÁFICA 5.21 PORCENTAJE DE POBLACIÓN QUE NO SE ATIENDE CUANDO TIENE PROBLEMAS DE SALUD, SEGÚN ALCALDÍA, 2015



Notas: los porcentajes de la serie “% respecto de la población de la Ciudad de México que no se atiende” suman 100%. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la EIC (2015).

3.2 Una mirada a la desigualdad de la población sin cobertura de servicios de salud

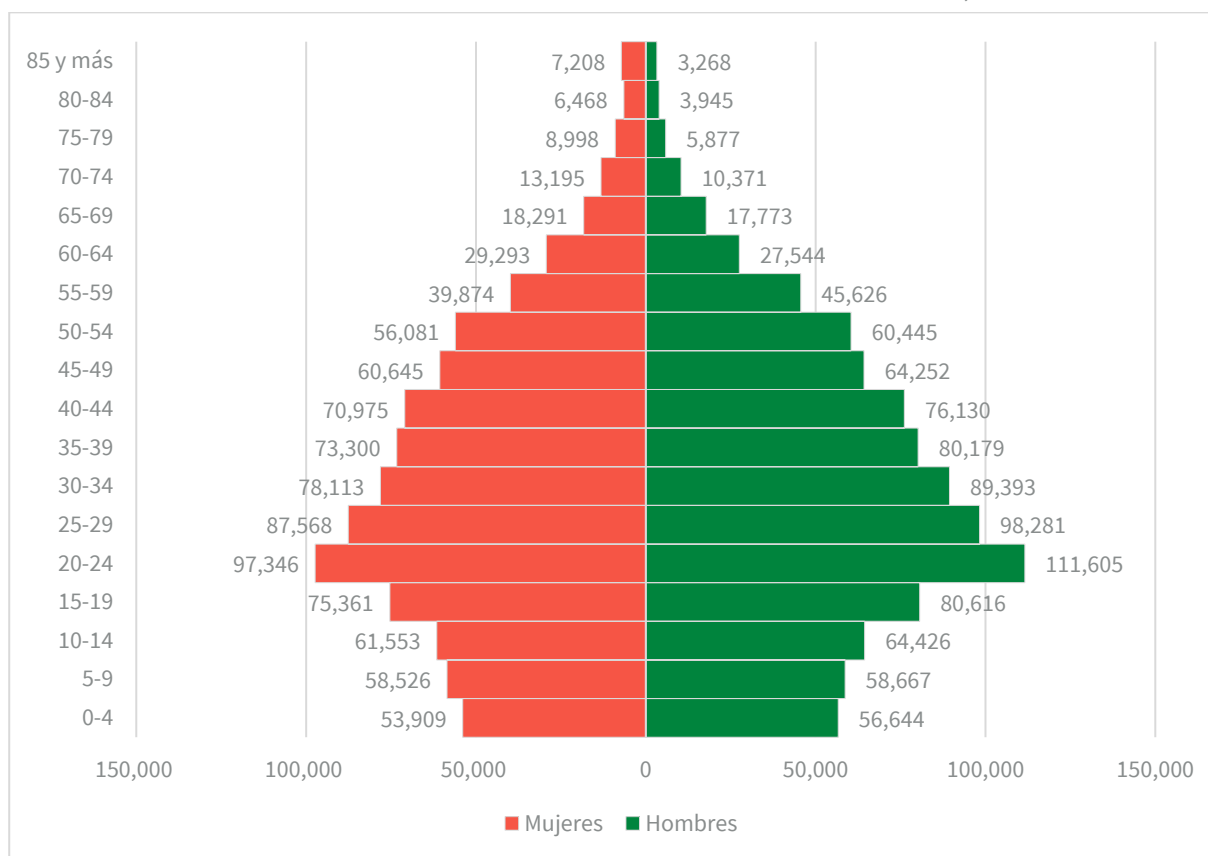
La carencia de afiliación a servicios de salud representa un riesgo financiero para las personas y sus hogares, especialmente elevado cuando se presentan problemas de esta naturaleza en contextos de ingresos limitados. Por lo tanto, es importante conocer con mayor detalle las características demográficas y socioeconómicas de la población que no dispone de los medios para satisfacer este derecho, bien porque no lo recibe como parte de una prestación laboral o bien porque no cuenta con los recursos para adquirirlo en el mercado. En este sentido cabe preguntarse si la condición de no afiliación para la atención de la salud está más extendida entre hombres o mujeres o está asociada con variables como la edad y el desempeño de una actividad económica, ejes analíticos desde los cuales se realiza el diagnóstico de esta población.

Estructura demográfica de la población no afiliada a servicios de salud

El porcentaje de no afiliación a servicios de salud para el conjunto de la población de la Ciudad de México (algo más de la quinta parte del total de sus habitantes) es ligeramente superior entre los

hombres que entre las mujeres: 23 de cada 100 varones carece de este servicio y 19 de cada 100 mujeres están en esta situación. Dicho en términos equivalentes: por cada 100 mujeres no afiliadas, hay 107 hombres que tampoco lo están. La mirada a la población no afiliada según la edad permite señalar su concentración, en el rango de 20 a 34 años, tanto entre las mujeres como entre los hombres, y su disminución progresiva a medida que aumenta la edad (GRÁFICA 5.22). El comportamiento de este indicador, en términos absolutos, dibuja una figura similar a la de la pirámide para el conjunto de la población residente en la Ciudad de México, donde la base y las franjas de edad superiores son más reducidas que los intervalos intermedios.

GRÁFICA 5.22 PIRÁMIDE DE POBLACIÓN NO AFILIADA A SERVICIOS DE SALUD, 2015

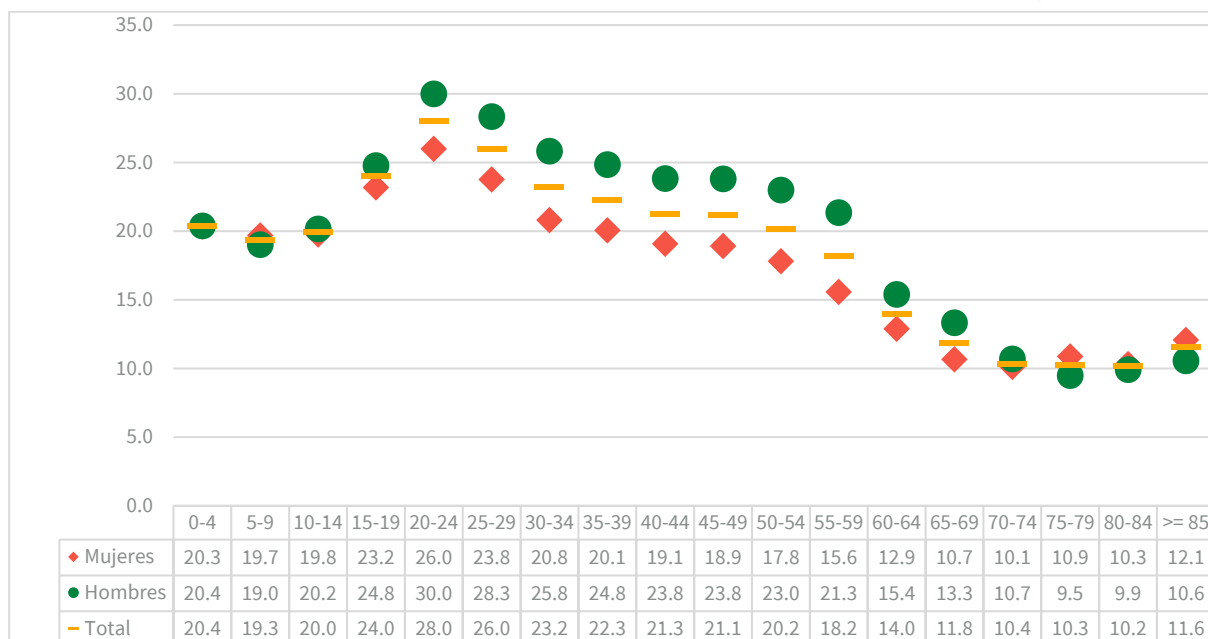


Notas: la población total de mujeres no afiliadas es 897,345 y la de hombres 955,688, pues a los datos mostrados en la pirámide hay que añadir 641 mujeres con edades no especificadas y 646 hombres en esta misma situación. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la EIC (2015).

Una aproximación complementaria al análisis de la no afiliación según la edad es el examen de la incidencia en relación con la población en cada rango. La información disponible permite identificar algunas diferencias notables, que se expresan también en términos gráficos (GRÁFICA 5.23): niveles de no afiliación cercanos al promedio capitalino (en torno a la quinta parte) entre los menores de 15 años;

una mayor carencia en estos servicios a partir de esta edad, pero sobre todo de los 20 años; una tendencia descendente conforme aumenta la edad, en particular entre 20 y 59 años; y una disminución en el porcentaje de no afiliación que coincide con la entrada en el grupo de adultos mayores (60 años y más), y es más reducida a partir de los 70 años.

GRÁFICA 5.23 PORCENTAJES DE NO AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN SEXO Y EDAD, 2015



Notas: los porcentajes se calculan sobre el número de personas (hombres, mujeres y población total de la Ciudad de México) de cada rango de edad. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la EIC (2015).

Al comparar la falta de afiliación entre hombres y mujeres los resultados son inequívocos: la carencia de estos servicios es más elevada entre los varones que entre las mujeres, especialmente en la franja etaria de 20 a 59 años, donde la no afiliación está más extendida. En los extremos de la distribución de la edad (menores de 15 años y mayores de 69), donde los niveles de no afiliación son más reducidos en términos comparativos, la distancia entre sexos también es más reducida; e incluso ínfima, como sucede en los niños y las niñas menores de 10 años o en las personas de mayor edad (80 a 84).

No afiliación a servicios de salud en grupos vulnerables por edad

Existen dos grupos etarios que, por su mayor propensión a padecer dolencias y enfermedades, requieren especial cuidado médico tanto en la etapa de prevención como en la de atención: los niños y las niñas menores de 6 años (o primera infancia, según la Ley de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de México) y la población adulta mayor (personas con 60 años y más según la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal). Esta vulnerabilidad, que convierte a ambos grupos en el objetivo de programas y acciones de política social, se agudiza cuando no existe

afiliación a servicios de salud, por lo que resulta especialmente relevante conocer en qué medida este problema está extendido tanto entre los niños y las niñas como entre las personas adultas mayores.

En el año 2015, había en la Ciudad de México algo más de 132,000 niños y niñas menores de 6 años que no contaban con afiliación a seguros o instituciones médicas, lo que equivalía a la quinta parte del total de esta población (CUADRO 5.8). El número de personas adultas mayores (AM) no afiliadas era más elevado (152,000 aproximadamente), pero su incidencia afectaba a una parte proporcionalmente más reducida, pues solo 12 de cada 100 habitantes que habían cumplido 60 años carecían de estos servicios. En cualquier caso, la ausencia de afiliación a instituciones que brindan atención médica era menor en estas poblaciones que en el conjunto de los habitantes de la capital del país, y perceptiblemente menor en los AM que en la primera infancia.

CUADRO 5.8 POBLACIÓN NO AFILIADA A SERVICIOS DE SALUD Y LUGAR DE ATENCIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD ESPECÍFICOS, 2015

Grupos de edad	Población no afiliada	Población	% no afiliación ¹	Población no afiliada que se atiende en (%)... ²			
				Seguro Popular	Institución privada	Consultorio de farmacia	No se atiende
Primera infancia (0 a 5)	132,329	660,916	20.0	17.7%	37.2%	40.2%	2.2%
Adultos mayores (60 y más)	152,231	1,276,452	11.9	17.8%	37.6%	31.9%	7.0%

Notas: ¹ Porcentajes calculados sobre la población total de cada grupo de edad. ² Porcentajes calculados sobre el total de población de cada grupo de edad que no está afiliado a servicios de salud (excluyendo a quienes no especifican el lugar de atención). La suma de estos porcentajes no equivale a 100% porque no se presentan resultados para otras opciones de atención, como IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR; y otro lugar. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de EIC (2015).

La mayor parte de los niños y las niñas de primera infancia que no tenían servicios de salud recurrían a instituciones privadas ante la presencia de estos problemas, tanto a consultorios de farmacias (40 de cada 100) como a hospitales y clínicas (37 de cada 100), y un porcentaje más reducido (18 de cada 100) era beneficiario del Seguro Popular. Estos resultados no variaban significativamente entre los AM, quienes también acudían a instituciones privadas para ser atendidos, aunque la probabilidad de que lo hicieran en consultorios anexos a farmacias era menor que entre los niños y las niñas.

Un dato de gran interés sobre las respuestas de estos grupos de población frente a problemas de salud es el peso de quienes no se atienden en tales circunstancias: 2.2% de los niños y las niñas, y 7% de las personas de mayor edad (5.7% para el conjunto de la población sin estos servicios). Esta distancia pone de manifiesto la mayor propensión de los adultos mayores a no acudir al doctor, a auto medicarse o a recurrir a vías alternativas para el tratamiento de sus males y enfermedades, pero también la existencia de una parte de los niños y las niñas cuyos padres o adultos responsables eligen estas mismas soluciones frente a tales circunstancias.

No afiliación y condición de actividad económica

La EIC (2015) recaba el tipo de actividad económica que realizan las personas de 12 años y más, a quienes se les pregunta sobre su participación en el mercado laboral y su desempeño en tareas remuneradas y no remuneradas para la producción de bienes y servicios destinados a la venta en el mercado o al consumo de los hogares. En el caso de la población no afiliada a servicios de salud, el conocimiento sobre estas características permite indagar las condiciones de acceso a fuentes de generación de ingresos para solventar los gastos potenciales de la atención médica, o en su defecto la posición de dependencia económica (de quienes pueden requerir estos servicios) respecto de otros miembros del hogar.

CUADRO 5.9 POBLACIÓN DE 12 AÑOS Y MÁS SEGÚN AFILIACIÓN A SERVICIOS MÉDICOS Y ACTIVIDAD REALIZADA, 2015

Actividad realizada	No afiliados			Afiliados		Total	
	Población	% ¹	% ²	Población	% ¹	Población	% ¹
Trabajó ³	877,382	55.8	21.8	3,155,891	53.2	4,033,273	53.7
Buscó trabajo	74,817	4.8	43.5	96,982	1.6	171,799	2.3
Estudiante	244,604	15.5	21.2	907,773	15.3	1,152,377	15.3
Jubilado/pensionado	12,594	0.8	2.8	430,272	7.3	442,866	5.9
Quehaceres del hogar	264,633	16.8	19.9	1,064,504	17.9	1,329,137	17.7
Limitación física o mental	18,332	1.2	19.3	76,702	1.3	95,034	1.3
No trabajó	78,192	5.0	30.3	180,252	3.0	258,444	3.4
No especificado	3,198	0.2	13.1	21,278	0.4	24,476	0.3
Total	1,573,752		21.0	5,933,654		7,507,406	

Notas: el total corresponde a la población de 12 años y más (no se incluye a 9,845 personas cuyas edades no son especificadas). ¹ Porcentajes calculados sobre el número de personas no afiliadas, afiliadas o total, según corresponda. ² Porcentajes calculados sobre el total de personas en cada actividad realizada. ³ Incluye a las personas que, durante el periodo de referencia, hicieron o vendieron algún producto; ayudaron en algún negocio (familiar o no); criaron animales o cultivaron productos (para autoconsumo o venta); ofrecieron algún servicio a cambio de pago (por ejemplo, recados, lavado de autos, cuidado de personas); atendieron su propio negocio; o bien tenían trabajo, pero estaban ausentes por licencia, incapacidad o vacaciones. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de EIC (2015).

En la Ciudad de México hay 7.5 millones de personas de 12 años y más, de las cuales 1.6 millones no están afiliadas a servicios de salud. Más de la mitad de ellas (55%) afirmó haber trabajado durante el periodo de referencia (la semana anterior a la aplicación del cuestionario), 5 de cada 100 no lo hizo y un porcentaje similar buscó trabajo en el mismo lapso. El resto estaba dedicado sobre todo a los quehaceres del hogar (17 de cada 100) y al estudio (16 de cada 100). La distribución de la población por actividad realizada presenta diferencias poco significativas entre la población afiliada y no afiliada (CUADRO 5.9), salvo en el caso de las personas jubiladas o pensionadas (cuyo peso es mucho más elevado entre los afiliados que entre quienes no lo son) y los buscadores de trabajo (cuya presencia en los no afiliados es mayor que en los afiliados).

Así como la probabilidad de estar buscando trabajo es más elevada entre los no afiliados que entre los afiliados, la probabilidad de carecer de servicios médicos es mucho mayor entre quienes buscan trabajo que en el resto: 44 de cada 100 personas que solicitan empleo no tienen cobertura médica, una relación que se reduce a 20% para quienes se dedican a los quehaceres del hogar, a 21% entre los estudiantes y a 3% entre los jubilados o pensionados. Un análisis centrado en la posición en la ocupación de la población capitalina que trabaja y carece de servicios de salud (877,382 personas) permite afirmar que 38 de cada 100 (algo menos de 330,000) están ocupadas como trabajadoras por cuenta propia, pero la mitad (440,000 aproximadamente) son empleados u obreros (es decir, están en una relación contractual con el titular de la unidad productiva donde trabajan) y carecen también de esta prestación de salud.

3.3 Gastos catastróficos en salud

La atención médica puede implicar costos imprevistos para los hogares,¹² en particular cuando éstos carecen de afiliación a dichos servicios, sean públicos o privados. Para estimar el alcance de esta cobertura a nivel de los hogares se adoptan dos criterios: 1) el acceso reportado (es decir, la persona es beneficiaria directa) y 2) el acceso reportado y por parentesco (la persona es beneficiaria de estos servicios porque algún familiar directo, en línea ascendente o descendente, lo es). A partir del primer criterio se construye una variable de cobertura que puede tomar tres valores: nula (cuando ningún integrante del hogar tiene seguro médico), total (todos los integrantes cuentan con seguro médico) y parcial (sólo algunos de ellos tienen seguro). Es importante precisar que en este tercer grupo están incluidos tanto los hogares en los que sólo un miembro *carece* de cobertura como aquéllos en los que sólo uno *tiene* estos servicios, por lo que esta categoría es heterogénea en su composición.

La cobertura por acceso reportado y parentesco puede ofrecer una medición más precisa sobre el grado de cobertura de los integrantes del hogar, en la medida que tiene en cuenta a los integrantes afiliados de manera directa a alguna institución proveedora de servicios médicos (por prestación laboral o contratación voluntaria) así como a quienes se benefician como resultado de la afiliación de una persona con la que tienen un vínculo de parentesco directo, ascendente o descendente (según se establece en la Ley de Seguridad Social). Esta variable adopta también tres valores, siguiendo la misma lógica de la aproximación anterior.

Desde la perspectiva del acceso reportado, en el año 2016 la mayor parte de los hogares de la Ciudad de México —62 de cada 100, equivalente a 1,692,707 hogares— tenía cobertura total en servicios de salud, 29 de cada 100 (780,827) contaban con cobertura parcial y 10 de cada 100 (260,624) carecían de

¹² Se utilizan de manera indistinta los términos hogar y familia, aun cuando no lo son en sentido estricto.

ella.¹³ Por consiguiente, si bien un porcentaje elevado de las familias contaban con esquemas de aseguramiento en salud que les proporcionaban certidumbre para cubrir el costo derivado de estos eventos, una décima parte de los hogares capitalinos debía solventar dichos gastos con independencia del familiar que se enfermara (pues tenían cobertura nula), y 29% debía proveer apoyo financiero para, al menos, uno de sus integrantes.

La aplicación del criterio del acceso reportado y por parentesco arroja resultados que difieren un poco de los anteriores: la tercera parte de los hogares capitalinos (33%, 894,262) están en situación de cobertura parcial mientras que 67 de cada 100 (1,839,896) son definidos con cobertura total. Desde esta perspectiva, en la Ciudad de México no habría familias con cobertura nula, lo que significa que no existirían familias en las que todos sus integrantes carecieran de acceso (reportado o por parentesco) a los servicios de salud.

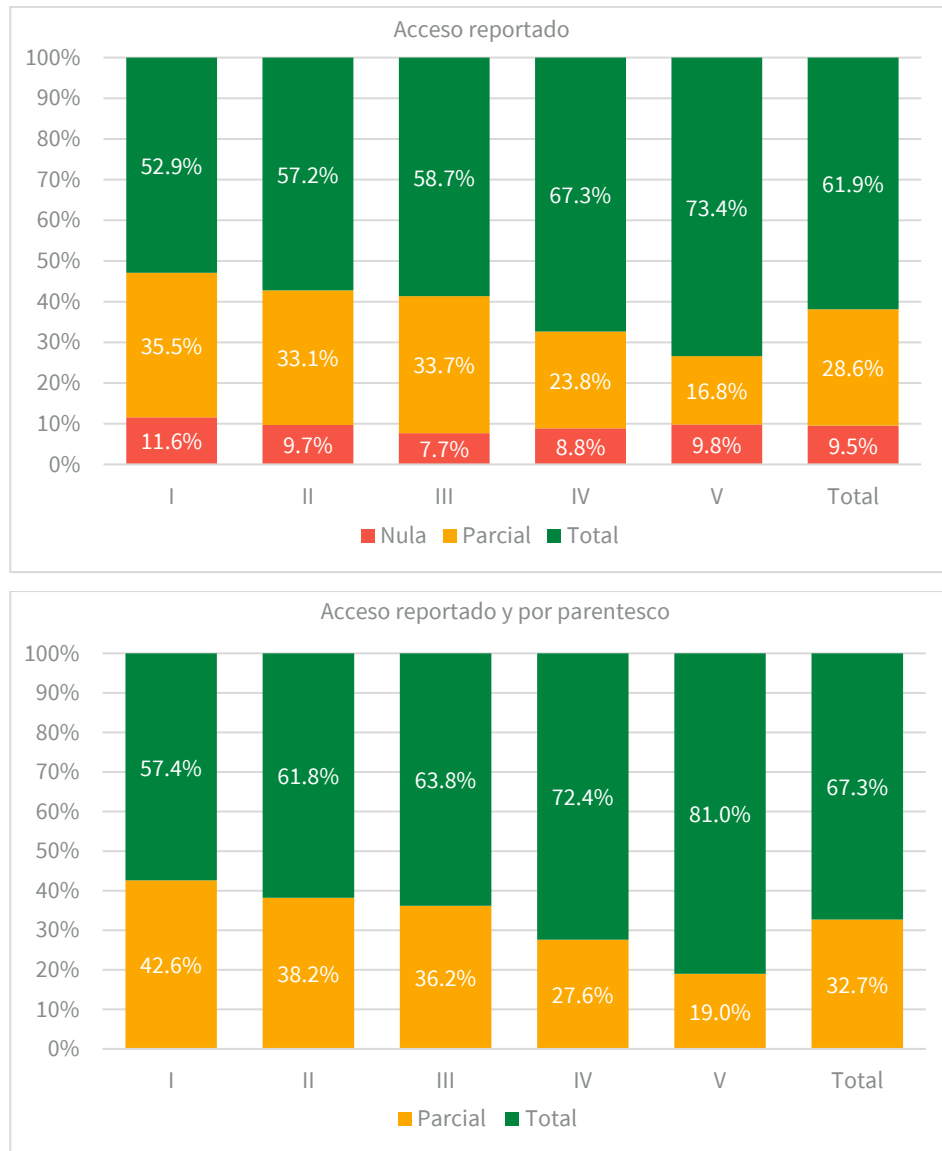
El análisis de la cobertura médica desde la desigualdad de los hogares es posible a partir del quintil al que pertenecen, un indicador de la posición en la distribución del ingreso. La exploración de estas variables permite afirmar que, en la capital de la República, es perceptible la asociación entre el nivel de ingreso del hogar y el grado de cobertura médica del grupo doméstico, como se pone de manifiesto en el mayor peso de los hogares con cobertura total a medida que aumenta su nivel de ingreso independientemente de la aproximación adoptada (FIGURA 5.4). Estas diferencias son especialmente notables entre los quintiles extremos, pues mientras en el primero la cobertura total incluye a 53 de cada 100 hogares con acceso reportado y a 57 de cada 100 con acceso reportado y por parentesco, en el quinto se incluye en esta categoría a 73 y a 81 de cada 100 familias, respectivamente. En cualquier caso, la probabilidad de que los hogares tengan cobertura médica total es mucho más elevada en el quintil superior que en el inferior, y lógicamente mucho mayor desde la mirada del acceso reportado y por parentesco.

Por consiguiente, a esta tendencia corresponden probabilidades de cobertura nula y parcial más grandes en los quintiles inferiores que en los superiores. Desde el acceso reportado, en el primer quintil hay aproximadamente 5 hogares con cobertura total por cada hogar con cobertura nula, mientras que en el quintil superior hay cerca de 8 hogares con cobertura plena por cada hogar donde todos sus integrantes carecen de servicio médico. Si se tiene en cuenta el acceso reportado y por parentesco, la desigualdad entre quintiles es también notable: en el primer quintil el número de familias con cober-

¹³ El análisis de la cobertura médica a nivel de los hogares se realiza con datos procedentes de la ENIGH, fuente con la que se estiman también los gastos catastróficos en salud. A diferencia de la ENIGH, que recaba información sobre el gasto que llevan a cabo los hogares en un elevado conjunto de bienes y servicios para la satisfacción de sus necesidades (i.e. alimentación, salud, educación, vivienda, vestido y transporte, entre otros), la EIC 2015 no incluye estas preguntas en su cuestionario, razón por la cual no se puede utilizar para estos propósitos.

tura total es 1.3 veces superior al de los hogares con cobertura parcial, y en el quinto quintil las familias con cobertura plena superan en 4.3 veces a las que cuentan con cobertura parcial.

FIGURA 5.4 PORCENTAJE DE HOGARES EN CADA QUINTIL SEGÚN SU GRADO DE COBERTURA MÉDICA, 2016



Notas: quintiles calculados a partir del ingreso monetario y no monetario de los hogares, per cápita. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la ENIGH 2016.

Hogares con gastos catastróficos en salud: incidencia y características

La inexistencia de esquemas de aseguramiento para la atención de problemas de salud aumenta el riesgo de las personas, y de los hogares, de incurrir en gastos imprevistos que frecuentemente pueden resultar catastróficos para los recursos de que disponen las familias. Hablar de gastos catastróficos por motivos de salud (GCS) equivale a afirmar que dichos gastos representan un porcentaje elevado de la capacidad de pago de los hogares, en particular 30% o más del ingreso doméstico disponible.¹⁴

CUADRO 5.10 HOGARES CON GASTOS CATASTRÓFICOS EN BIENES Y SERVICIOS DE SALUD SEGÚN ENTIDAD FEDERATIVA, 2016

Entidad	Hogares con GCS	Total hogares	% ¹	Entidad	Hogares con GCS	Total hogares	%
Baja California	6,581	1,049,288	0.6	Morelos	11,795	558,521	2.1
Baja California Sur	1,646	236,453	0.7	Durango	10,915	481,539	2.3
Coahuila	8,551	825,653	1.0	Chiapas	30,053	1,311,008	2.3
Sonora	9,333	858,245	1.1	Yucatán	13,740	582,961	2.4
Quintana Roo	6,135	483,805	1.3	Guerrero	24,030	993,867	2.4
Nuevo León	18,467	1,405,532	1.3	Puebla	41,273	1,652,965	2.5
Sinaloa	10,754	815,652	1.3	San Luis Potosí	19,637	752,938	2.6
México	59,954	4,424,438	1.4	Jalisco	56,677	2,146,201	2.6
Colima	2,955	215,577	1.4	Nayarit	9,411	352,960	2.7
Tamaulipas	15,376	1,046,512	1.5	Aguascalientes	9,338	341,350	2.7
Chihuahua	17,252	1,085,418	1.6	Zacatecas	11,824	425,769	2.8
<i>Ciudad de México</i>	<i>45,604</i>	<i>2,734,158</i>	<i>1.7</i>	Hidalgo	22,931	770,492	3.0
Querétaro	9,857	550,778	1.8	Guanajuato	44,814	1,498,617	3.0
Campeche	4,587	252,342	1.8	Oaxaca	33,043	1,085,210	3.0
Tlaxcala	5,909	320,199	1.8	Veracruz	77,216	2,299,388	3.4
Tabasco	12,785	644,364	2.0	Michoacán	59,590	1,260,398	4.7
Total nacional	712,033	33,462,598	2.1				

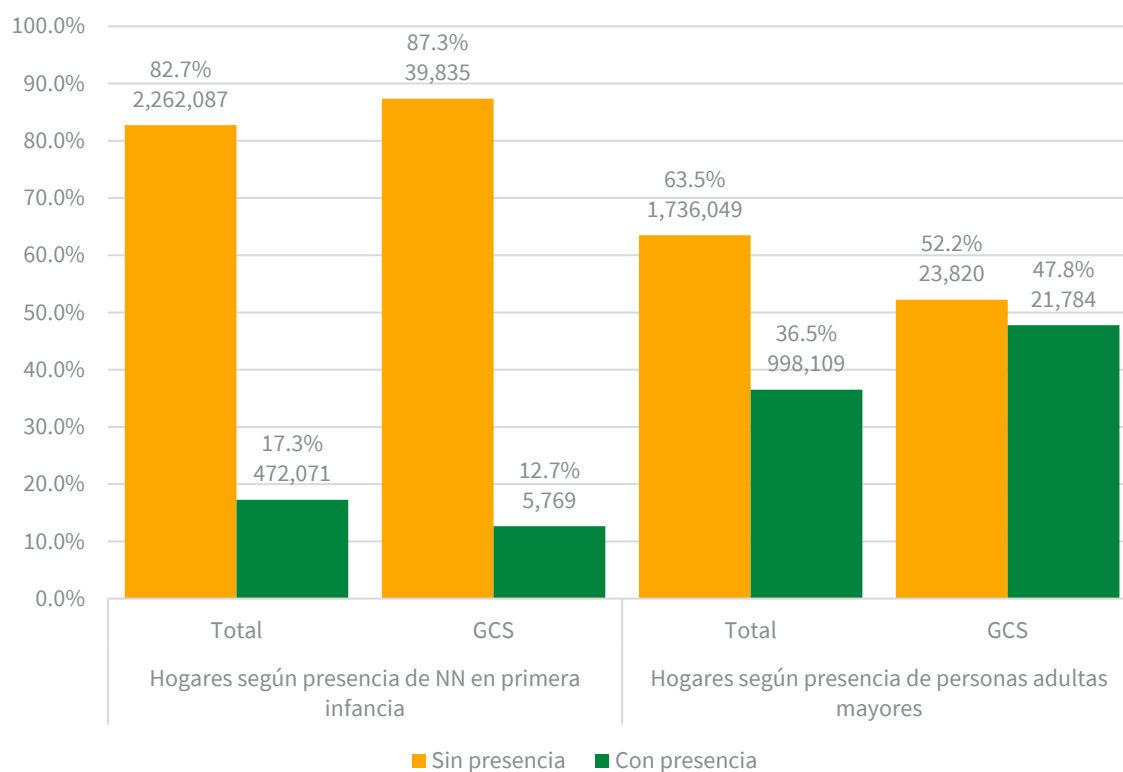
Notas: ¹ Para cada entidad, los porcentajes corresponden al cociente entre el número de hogares que han incurrido en gastos catastróficos en salud y el total de hogares de la entidad. Las entidades han sido ordenadas de manera ascendente según la incidencia de los gastos catastróficos. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la ENIGH 2016.

Según la ENIGH 2016, en la Ciudad de México hay 45,604 hogares que han incurrido en gastos catastróficos en bienes y servicios de salud (en los meses previos al levantamiento de la encuesta), lo que

¹⁴ Para estimar el porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos en salud se ha seguido la propuesta metodológica desarrollada por la Secretaría de Salud (SS) en Rendición de Cuentas en Salud 2008 (Secretaría de Salud del Gobierno Federal, 2009), definiendo la capacidad financiera de los hogares (o recursos disponibles para cubrir dichos gastos) como el gasto monetario disponible exceptuando el destinado a alimentación. Existe consenso respecto del umbral de 30% para la definición de los gastos catastróficos en salud (Knaul et. al., 2016).

equivale a 1.7% de todos los hogares capitalinos de ese año (2,734,158). En dichos hogares residen aproximadamente 126,500 personas, 1.4% de la población capitalina de ese mismo año (8,826,912 personas). La incidencia de los GCS a nivel nacional es muy cercana a este resultado (2.1% en el conjunto del país), como corresponde a los 712,033 hogares en esta situación (de un total de 33.5 millones). En términos comparativos con el resto de las Entidades de la República, el problema de los gastos catastróficos en salud está menos extendido en la Ciudad que en otros estados, pues la capital del país ocupa la duodécima posición en este indicador (CUADRO 5.10). En los extremos de la ordenación destacan Baja California y Baja California Sur —en cada una de estas entidades el porcentaje de hogares con GCS es inferior a 1% del total de los hogares de esos estados— y Michoacán, donde la incidencia es muy cercana a 5%.

GRÁFICA 5.24 HOGARES DE LA CIUDAD DE MÉXICO SEGÚN PRESENCIA DE POBLACIÓN VULNERABLE POR EDAD Y GASTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD, 2016



Notas: para cada categoría (total de hogares y hogares con GCS), el 100% se obtiene sumando los porcentajes de familias sin y con presencia de población vulnerable por edad. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la ENIGH 2016.

Para conocer las características de los hogares que incurren en GCS es importante prestar atención a tres variables: la presencia de integrantes que, por su edad, son particularmente vulnerables a pade-

cer enfermedades, como los niños y las niñas en primera infancia (0 a 5 años) y la población adulta mayor (AM, 60 años y más); la existencia de cobertura médica en el hogar, definida a partir del acceso reportado y por parentesco de sus miembros; y el nivel de recursos de las familias, estimado mediante los quintiles de ingreso.

Con relación a la presencia de población vulnerable por edad es importante destacar las diferencias que se presentan en el análisis de ambos grupos etarios, cuyo peso relativo en el total de hogares, y en el número de familias afectadas por los GCS, es distinto. En la Ciudad de México, en el año 2016, hay 472,071 hogares con niños y niñas menores de 6 años y 998,109 hogares con personas adultas mayores (GRÁFICA 5.24), por lo que hay más hogares con AM (36 de cada 100) que con niños y niñas de corta edad (17 de cada 100). Sin embargo, las diferencias en dicha presencia varían de manera significativa cuando se comparan los hogares con y sin GCS: el total de familias con NN pequeños que incurren en este tipo de gastos es 5,769, mientras que el número de familias con GCS y presencia de AM es 21,784.

Es decir, por cada hogar con GCS donde hay al menos un niño o niña menor de 6 años, hay casi 4 hogares con GCS donde reside alguna persona adulta mayor. Expresado de manera equivalente: en 13 de cada 100 hogares que han incurrido en GCS hay población en primera infancia, y en 48 de cada 100 hogares que han dedicado recursos a estos mismos fines hay personas con 60 años o más. Estos resultados ponen de manifiesto las elevadas distancias entre la probabilidad de que los gastos eventuales para la atención de la salud afecten a las familias donde hay algún integrante de mayor edad o menor de 6 años.

CUADRO 5.11 HOGARES DE LA CIUDAD DE MÉXICO CON GASTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD, SEGÚN POBLACIÓN VULNERABLE POR EDAD, 2016

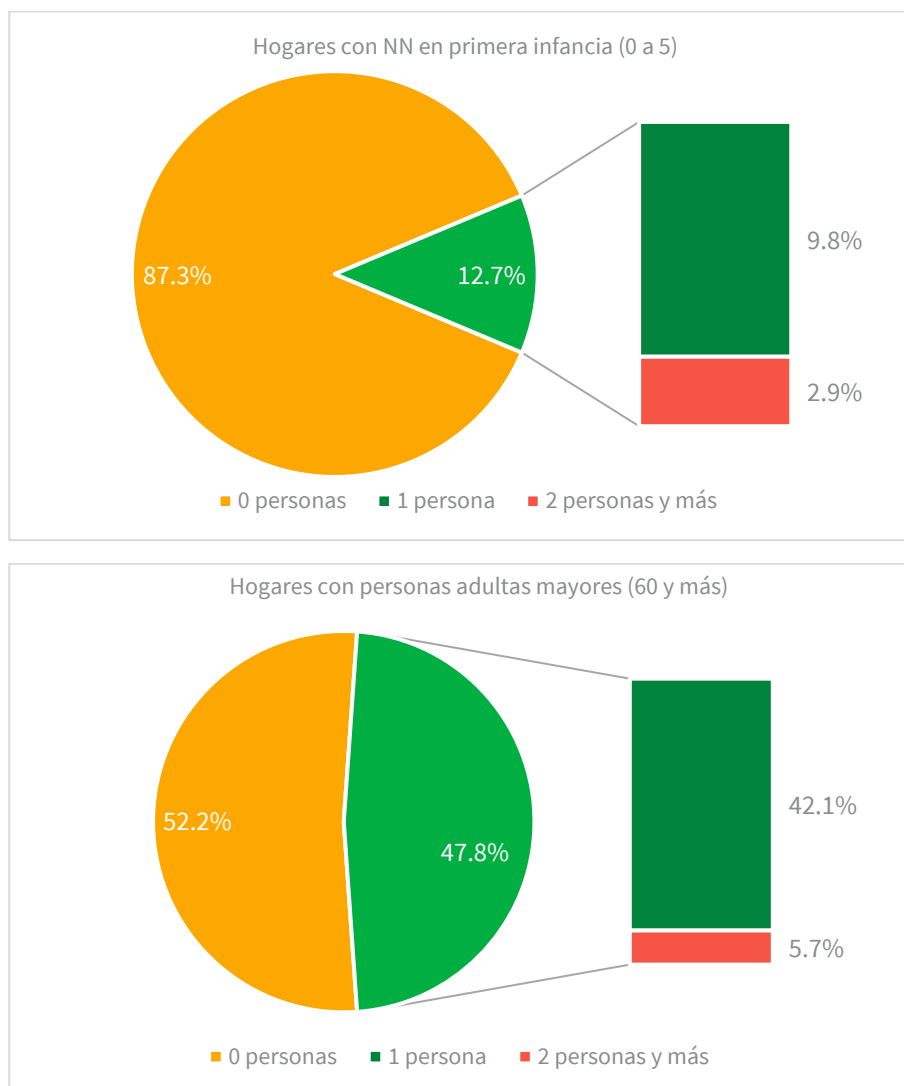
Número de personas en grupos de edad vulnerables	Total de hogares...				Hogares que incurren en GCS					
	Con población en primera infancia		Con personas adultas mayores		Con población en primera infancia			Con personas adultas mayores		
	Absolutos	%	Absolutos	%	Absolutos	%	%	Absolutos	%	%
0	2,262,087	82.7%	1,736,049	63.5%	39,835	87.3%	1.8%	23,820	52.2%	1.4%
1	361,932	13.2%	660,378	24.2%	4,451	9.8%	1.2%	19,185	42.1%	2.9%
2 y más	110,139	4.0%	337,731	12.4%	1,318	2.9%	1.2%	2,599	5.7%	0.8%
Total	2,734,158	100.0%	2,734,158	100.0%	45,604	100.0%	1.7%	45,604	100.0%	1.7%

Notas: ¹ Porcentajes calculados sobre el total de hogares en cada categoría. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la ENIGH 2016.

Es posible conocer a mayor detalle la existencia de ambos grupos de población en las familias que han incurrido en GCS atendiendo al número de niños y niñas, y de personas adultas mayores, que hay en ellas (CUADRO 5.11 y FIGURA 5.5). Las diferencias entre ambos grupos son igualmente relevantes: en

13 de cada 100 hogares con GCS (aproximadamente 5,770) hay niños y niñas pequeños, por lo que la mayoría de ellos (87%) no tiene integrantes en primera infancia; por otro lado, en 48 de cada 100 hogares con desembolsos imprevistos en estos mismos rubros (21,784) hay personas adultas mayores, lo que significa que el porcentaje de hogares con GCS y AM es mucho más elevado que en el caso de la población infantil de este rango etario.

FIGURA 5.5 PORCENTAJE DE HOGARES DE LA CIUDAD DE MÉXICO CON GCS, SEGÚN PRESENCIA DE POBLACIÓN VULNERABLE POR EDAD, 2016



Notas: en cada una de las gráficas de la figura, los porcentajes se calculan respecto del total de hogares con GCS (45,604). Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la ENIGH 2016.

Si se centra el examen en las familias con GCS y presencia de integrantes en alguno de estos grupos de población se aprecian diferencias resaltables, aun cuando el tamaño de las categorías sea muy reducido en términos absolutos, y aunque el porcentaje de hogares con un solo integrante de cada grupo etario sea también muy alto en ambos casos: en las familias con presencia de población infantil en primera infancia, el número de hogares con un niño o niña menor de 6 años es 3.4 veces más elevado que el de los hogares con 2 o más niños y niñas; en las familias con AM, el número de hogares donde hay una persona de 60 años y más es 7.4 veces superior al de las familias con 2 o más integrantes.

En suma: las familias capitalinas que deben enfrentar costos imprevistos en salud tienen mayor probabilidad de tener personas adultas mayores que niños y niñas en primera infancia, y una propensión igualmente mayor a que haya un solo integrante de estas características demográficas (niño, niña o AM). Existe un tercer grupo de hogares que cuentan con integrantes de los dos rangos de edad vulnerable, pero su tamaño es muy pequeño tanto en términos absolutos (menos de 1,400) como relativos: 3% de todas las familias con GCS.¹⁵

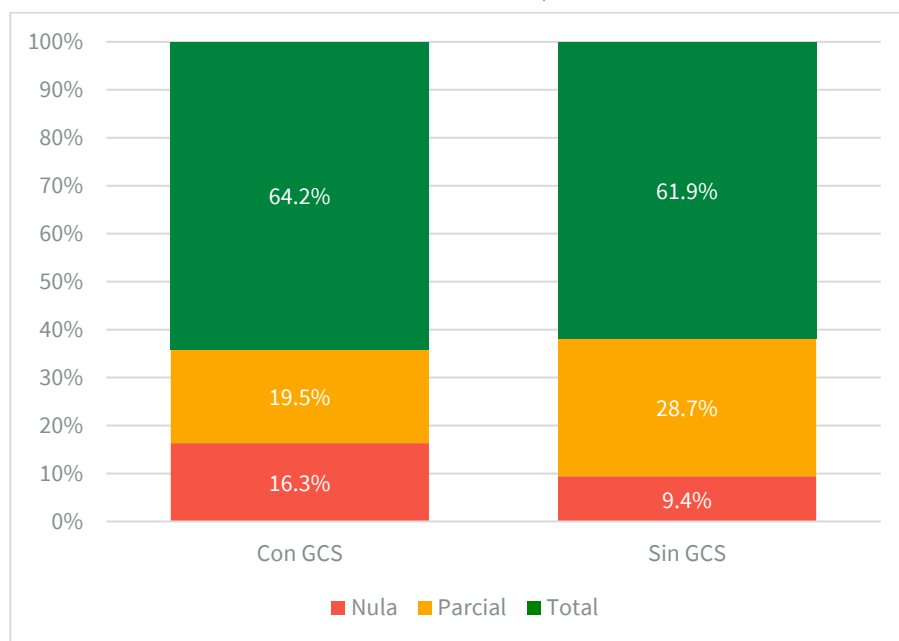
La aproximación al conocimiento de los hogares según GCS y grado de cobertura en servicios de salud permite destacar algunas similitudes y diferencias entre ambas categorías (GRÁFICA 5.25). En ambos casos es mayoritario el porcentaje de hogares con cobertura total en servicios de salud, seguido por la proporción de cobertura parcial y, en menor medida, la cobertura nula. Por consiguiente, las diferencias no corresponden a esta ordenación, sino a las brechas o distancias entre grupos de hogares cuando se compara el peso de estas categorías, en particular de la cobertura nula y parcial: la probabilidad de que los hogares con GCS tengan cobertura nula (16.3%) es notablemente más elevada que en los hogares sin GCS (9.4%), así como la probabilidad de tener cobertura parcial es mayor en este segundo grupo (28.7%) de familias que en el primero (19.5%).

Una mirada complementaria a los indicadores anteriores es el examen de la incidencia de GCS en los hogares según su grado de cobertura: en las familias donde todos sus integrantes son beneficiarios de servicios de salud públicos o privados, de manera directa (por acceso) o indirecta (por parentesco), el porcentaje de incidencia en desembolsos imprevistos de este tipo es 2%, porcentaje que apenas crece en las familias con cobertura nula (3%) y disminuye levemente en las que tienen cobertura parcial (1%). Aun cuando la incidencia de los gastos catastróficos en salud es muy reducida en los hogares con cobertura total (sólo 2 de cada 100 familias con acceso a servicios de salud para todos sus integrantes incurren en estos gastos), cabe preguntarse por el origen o las características de estos desembolsos; es decir, cabe preguntarse por qué algunas familias se ven obligadas a destinar parte de sus recursos a cubrir los costos de salud a pesar de que todos sus miembros están afiliados a estos servicios. Al res-

¹⁵ Debe tenerse presente que a estos niveles de desagregación se elevan los márgenes de errores de las estimaciones, por lo que estos resultados deben ser tomados como tendencias generales.

pecto es importante tener en cuenta que la afiliación a determinadas instituciones (como el Seguro Popular o IMSS Prospera) no garantiza la cobertura en todos los tratamientos o niveles de atención que puede requerir el paciente, de tal suerte que las excepciones a algunas enfermedades y procesos deben ser cubiertas por el usuario.¹⁶

GRÁFICA 5.25 PORCENTAJE DE HOGARES DE LA CIUDAD DE MÉXICO SEGÚN GASTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD Y COBERTURA EN SERVICIOS DE SALUD, 2016



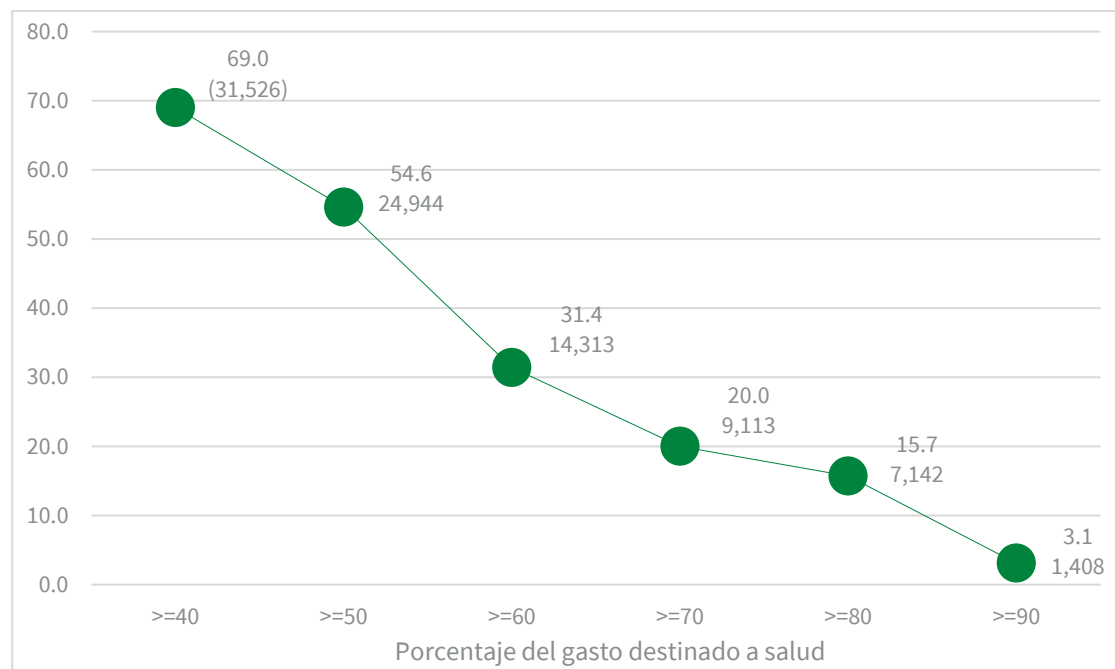
Notas: ¹ Porcentajes calculados sobre el total de hogares de cada categoría. La cobertura corresponde al acceso reportado y por parentesco. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la ENIGH 2016.

El análisis de los GCS a partir de los montos que destinan las familias a estos fines, y de su propia posición en la distribución del ingreso, ofrece resultados reveladores sobre el alcance de la desigualdad social en el pago por estos bienes y servicios. Según la ENIGH 2016, los hogares de la Ciudad dedican en promedio 715 pesos al mes para cubrir los costos relacionados con la atención y los servicios médicos de sus integrantes, si bien la mitad de las familias capitalinas reportan un gasto mensual igual o superior a 164 pesos. Cuando se estiman estos indicadores para los hogares sin y con gastos catastróficos en salud surgen diferencias muy elevadas entre ellos. El promedio del gasto mensual en salud realizado por las familias que no han enfrentado estas eventualidades se sitúa en 489 pesos, muy por debajo de los 8,013 pesos mensuales promedio correspondientes a los hogares con GCS. Además, en

¹⁶ En el caso del Seguro Popular y de IMSS Prospera es el Catálogo Universal de Servicios de Salud el que determina dicha cobertura.

el primer caso la mitad de las familias destina 157 pesos o más al mes a estos rubros, mientras que en el segundo caso la mitad dedica 4,008 pesos mensuales o más a dichos gastos.

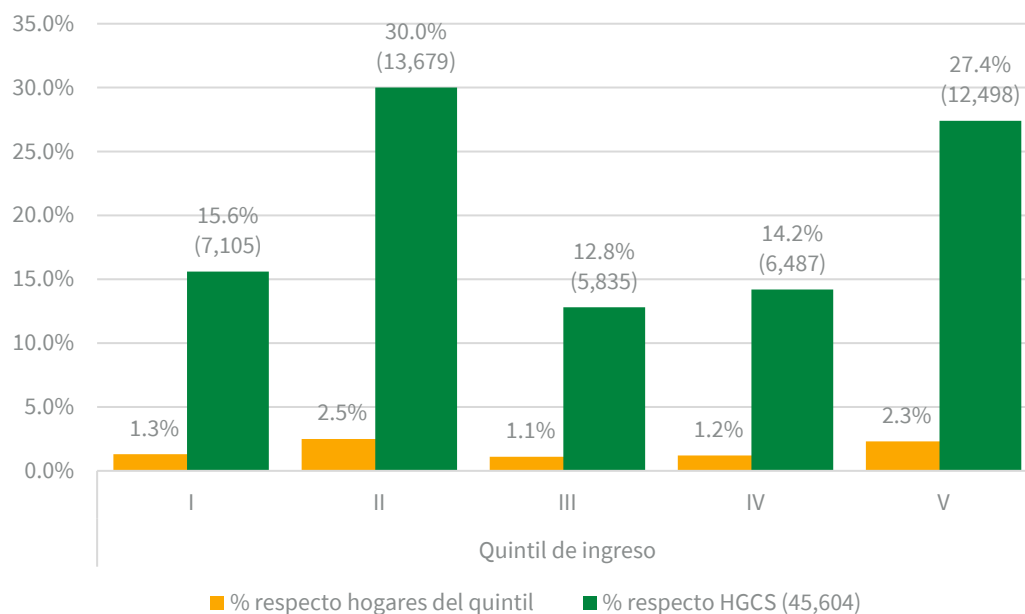
GRÁFICA 5.26 HOGARES CON GASTOS CATASTRÓFICOS EN SALUD SEGÚN PORCENTAJE DESTINADO A ELLO, 2016



Notas: los porcentajes se calculan respecto del total de hogares con GCS (45,604). Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la ENIGH 2016.

La definición de los gastos catastróficos en salud como la condición de los hogares que dedican 30% o más de su gasto monetario a este tipo de bienes y servicios agrupa en la misma categoría a todas las familias que incurren en GCS teniendo en cuenta este umbral. Sin embargo, cuando se analiza la distribución de estos hogares a partir de los porcentajes observados se aprecia la dispersión al interior de este grupo (GRÁFICA 5.26): más de la mitad de los hogares (55 de cada 100) destina 50% o más de su gasto monetario al pago de los servicios de salud; algo menos de la tercera parte dedica 60% o más a estos mismos fines; la quinta parte de las familias ha tenido que utilizar 70% o más de sus recursos a cubrir los costos de dichos bienes y servicios; 16 de cada 100 hogares han dedicado a estos mismos propósitos 80% o más de su presupuesto, e incluso 3 de cada 100 familias han debido utilizar para ello 90% o más de sus recursos.

GRAFICA 5.27 DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES CON GASTOS CATASTRÓFICOS SEGÚN QUINTIL DE INGRESO, 2016



Notas: la suma de los porcentajes respecto del total de hogares con GCS suma 100%. Las cifras entre paréntesis corresponden al número de hogares con GCS en cada quintil de ingreso. Fuente: Evalúa Ciudad de México a partir de la ENIGH 2016.

La clasificación de los hogares con GCS en quintiles de ingreso permite la aproximación a la desigualdad socioeconómica de estas familias (GRÁFICA 5.27). Al respecto es posible afirmar que el riesgo de incurrir en gastos catastróficos no parece seguir un patrón relacionado con el quintil de ingreso, pues el porcentaje de hogares con GCS no presenta diferencias significativas de uno a otro, y si bien casi la mitad de estas familias (46 de cada 100) pertenecen a los estratos con menor nivel de ingreso (quintiles I y II), y 27 de cada 100 se sitúan en el quintil superior de la distribución.