

Servicios de Salud en México

Indicadores de Cobertura y Uso de Servicios*

Maria Cristina Gomes da Conceicao
FLACSO/México

Introducción

En este artículo se analizan los servicios de salud en México, su evolución, cobertura y distribución, desde el punto de vista de su historicidad y algunos procesos de diferenciación social y espacial de derechohabientes y usuarios de la infraestructura de salud. Se tratan temas considerados fundamentales en el análisis de los servicios de salud, como su concentración urbana y el acceso diferenciado para grupos sociales y diferentes generaciones de usuarios.

Esta perspectiva busca interrelacionar el análisis de los procesos de inclusión y exclusión social, la perspectiva temporal del análisis demográfico y la perspectiva espacial de la distribución poblacional y de la infraestructura y servicios. Aunque los indicadores utilizados en este artículo son muy crudos y generales, el artículo busca apuntar hacia la necesidad de producir nuevos indicadores para las políticas públicas, que tomen en cuenta la complejidad social, temporal y espacial a la que se enfrentan los planeadores de las políticas y acciones de salud.

1) Evolución del sistema de seguridad social en México

En México, desde 1824 ya se conocían fondos de retiro para trabajadores discapacitados, pero en la época porfirista surge por primera vez una Ley de Accidentes de Trabajo en el Estado de México, que reconocen que los empresarios tienen la obligación de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte derivados del cumplimiento de sus labores. En este periodo la salud empieza a ser considerada como una responsabilidad del Estado y se crean importantes servicios de salud, como el Hospital General de México, el cual desde 1905 ha sido el mayor del

* Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, realizado em Ouro Preto, Minas Gerais, Brasil de 4 a 8 de novembro de 2002.

país. Después de la revolución y hasta la constitución de 1917 se establecen las cajas de seguros populares, improvisadas por grupos de trabajadores, con contribuciones voluntarias, que se consolidaron hasta 1921. Con la Constitución de 1917 se establecen los servicios sanitarios nacionales; en 1925 se crean la Ley y la Dirección General de Pensiones Civiles y Retiro para los trabajadores públicos y veteranos, dando origen al ISSSTE¹, creado a partir de 1959.

Respecto a las demás cajas de ahorro y servicios de salud que no eran de funcionarios públicos, Lázaro Cárdenas logra centralizar y controlar los recursos de estas instituciones sólo a partir de 1941 y en 1943 se crea el Instituto Mexicano de Seguridad Social. Durante el gobierno de Cárdenas también se expande la red de servicios de salud a través de la creación de diversos hospitales existentes en la actualidad, como el Instituto Nacional de Pediatría (1943) y el de Nutrición (1944), que son parte de la Secretaría de Salud. Finalmente a partir de 1982 se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS) que desarrolla la reforma sanitaria y la descentralización del sistema. Sin embargo, la reforma y la descentralización ocurren de forma dispareja entre las entidades federativas con mayor o menor nivel de desarrollo, recursos y liderazgo político, avanzando más en Ciudad de México, Nuevo León, Sonora y Tabasco. Al contrario, en los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas la Secretaría de Salud carece de insumos, recursos humanos y tecnológicos (Ángel Casanova, 1977). Como resultado, el acceso a los servicios de salud sigue siendo desigual entre regiones y entre trabajadores, mediado básicamente por el tipo de vínculo laboral de cada individuo.

Actualmente el sistema de seguridad social mexicano sigue dividido en IMSS, para trabajadores formales de empresas privadas, y el ISSSTE, para trabajadores de empresas públicas, además de otros sistemas corporativos como el de los trabajadores de PEMEX y los sistemas de trabajadores de los estados, todos con ramas de salud y pensiones. En el año 2000 el IMSS cubrió 80.75% de la población derechohabiente, es decir, 50% de la población total de México²; mientras que el ISSSTE cubre 14.67% de la población derechohabiente o 5.99% del total de la población de México.

¹ Dirección General de Pensiones Civiles de Retiro del ISSSTE.

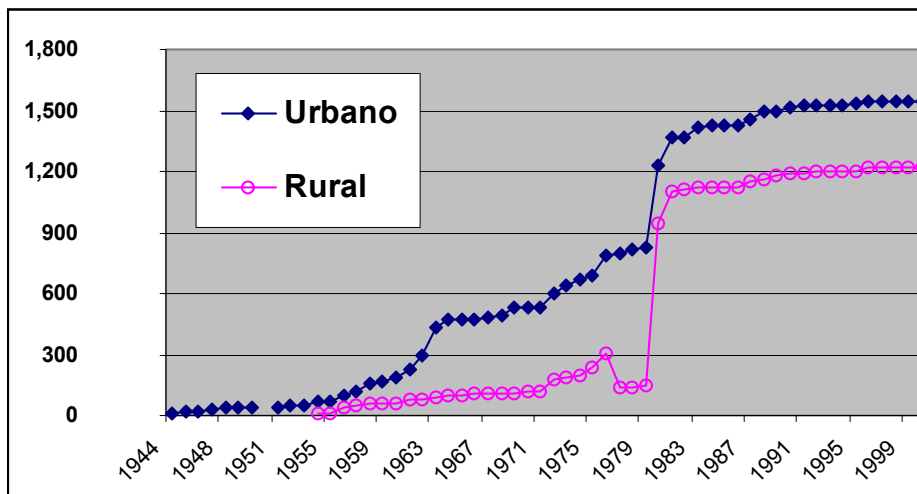
² Datos del Censo 2000, basado en la información sobre población derechohabiente de la rama de salud.

La rama de pensiones pasó por una reforma que ha transferido progresivamente los nuevos contribuyentes del IMSS hacia las AFORES³, desde 1997. A su vez, en la rama de salud se reúne los servicios del IMSS e ISSSTE, pero también los servicios de la Secretaría de Salud abiertos para toda la población, incluidos los trabajadores que no tienen contrato formal de trabajo y sus familiares. Los usuarios pagan valores muy bajos por el uso de cada servicio, con el carácter de cuotas de recuperación. Además de las instituciones del SNS, también existe una compleja red de servicios de salud privados, con diferentes posibilidades de pago por grupos sociales específicos, como los seguros privados de salud.

2) Derechohabientes del IMSS – la concentración de los servicios de salud en áreas urbanas

Desde 1944 el IMSS ha aumentado progresivamente su red de contribuyentes y beneficiarios. El número de municipios urbanos cubiertos por el instituto se duplica en 1965 y otra vez en 1980. Los municipios rurales cubiertos por el IMSS se multiplican por seis en 1980 (gráfica 1).

GRÁFICA 1
Número de municipios cubiertos por el IMSS, por área de residencia, 1944/1996

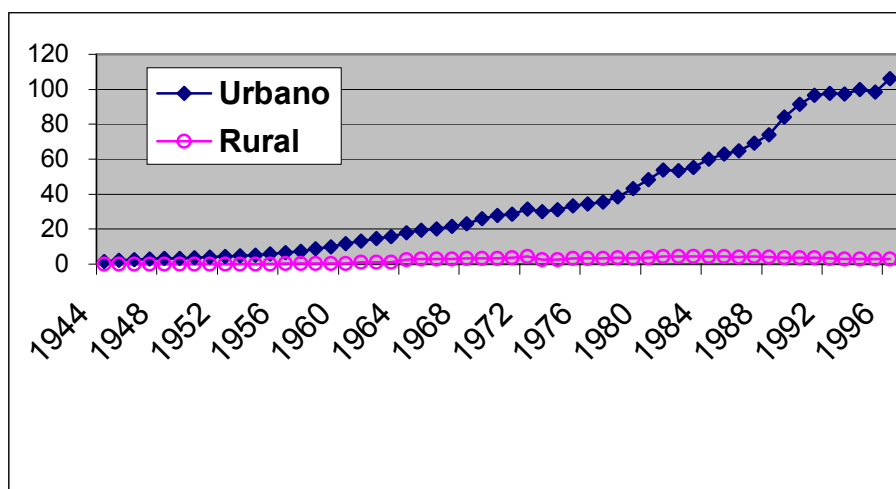


Fuente: Memoria Estadística Año 2000, IMSS.

³ Las AFORES son las Administradoras de Fondos para el Retiro, que reúnen 14 instituciones a las que los contribuyentes pueden afiliarse libremente, para ahorrar sus cotizaciones para el retiro en cuentas bancarias individualizadas. Para profundizar en el funcionamiento de las AFORES leer la Ley de los sistemas de ahorro para el retiro.

Sin embargo, el número de individuos derechohabientes aumenta sólo en el área urbana, indicando que, a pesar de que muchos municipios rurales son cubiertos por el IMSS, sólo pequeños grupos de estas poblaciones son derechohabientes. El número de derechohabientes urbanos se duplica entre 1970 y 1980 (de 20 a 40 millones), y otra vez se duplica entre 1980 y 1990 (de 40 a 80 millones) (gráfica 2).

GRÁFICA 2
Número de derechohabientes del IMSS (millones), por área de residencia, 1944/1996



Fuente: Memoria Estadística Año 2000, IMSS.

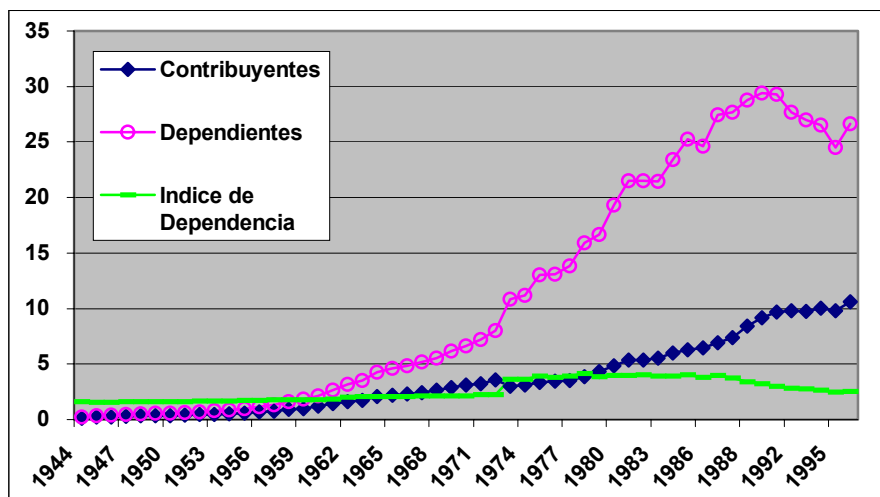
La estructura de derechohabientes se divide entre los contribuyentes, que aportan ingresos para el sistema además de usar los servicios de salud; y los dependientes, que utilizan los servicios de salud y los beneficios como las jubilaciones y pensiones, es decir, son los responsables por los gastos del instituto. El crecimiento de ambos grupos indica de la capacidad de autosostenimiento del sistema. Como se observa en la gráfica 7, el número de dependientes ha crecido por arriba del número de contribuyentes desde los años sesenta. Sin embargo, el crecimiento del número de dependientes es más impresionante a partir de 1970, cuando aumenta en cerca de 5 millones de personas cada cinco años, alcanzando el total de 30 millones en 1990, es decir, el número de contribuyentes se multiplica por seis en apenas 30 años. A su vez, los contribuyentes llevan 30 años, desde 1950 hasta 1980 para alcanzar apenas los 5 millones, y después alcanza los 10 millones en 1990.

A su vez, el número de contribuyentes creció poco hasta 1967, creció rápidamente con el incremento de la PEA en la década de 70, cuando la población adulta en edades

activas crecía aceleradamente debido a los descensos de la mortalidad. En la década siguiente, a pesar que la esperanza de vida y la PEA siguieron creciendo, el número de contribuyentes del IMSS desacelera su crecimiento en 1983, como reflejo de la crisis económica de 1982 y de la informalización del mercado de trabajo. En este periodo, ambos factores, junto con la devaluación del valor del salario de los trabajadores, promueven una descapitalización del conjunto del sistema.

A fines de los años ochenta el número de contribuyentes aumenta nuevamente de manera importante hasta 1992, momento en que las sucesivas crisis económicas, seguidas por la reforma del sistema de pensiones, desaceleran la entrada de nuevos contribuyentes (gráfica 3).

GRÁFICA 3
Número de contribuyentes, dependientes e Índice de Dependencia, IMSS 1944-1996



Fuente: Memoria Estadística Año 2000, IMSS.

Como resultado, el Índice de Dependencia⁴ del IMSS aumentó hasta 1986. En 1944 era de 1.6 dependientes por cada contribuyente, en 1962 aumenta a 2.00 dependientes por contribuyente, y en 1980 se duplica a 4. Sin embargo, a partir de 1980 el Índice de Dependencia se estabiliza alrededor de 4 dependientes para cada contribuyente y empieza a disminuir a partir de 1986, llegando a 2.5 dependientes para cada contribuyente en 1996. Al contrario, la fuerte desaceleración e incluso la

⁴ El Índice de Dependencia es la relación entre el número de dependientes y el número de contribuyentes, que refleja la relación entre los consumidores de servicios y beneficios respecto a los aportantes de ingresos.

disminución del número de contribuyentes y dependientes del IMSS en la década de los noventa va en sentido contrario de la tendencia demográfica, y tiene un origen político-institucional, pues se relaciona con las nuevas reglas de derechohabencia y con la reforma del sistema de pensiones en México, que ha transferido gran parte de los contribuyentes hacia el nuevo sistema⁵, limitando también la receta total de recursos dedicados a la atención a la salud.

3. Derechohabencia *versus* uso de servicios de salud

Los institutos reciben contribución de los afiliados y de los patrones⁶, pero la Secretaría de Salud es financiada principalmente con base a presupuestos asignados por los gobiernos federal y estatales, y además los usuarios pagan valores muy bajos por el uso de cada servicio, con el carácter de cuotas de recuperación. Los servicios de salud privados presentan diferentes posibilidades de pago por grupos sociales específicos, como los seguros privados de salud. Finalmente, algunos individuos son derechohabientes en más de una institución. Por ejemplo, un mismo individuo tiene derecho al IMSS debido a su contrato laboral, a un seguro de salud privado, y también al ISSSTE, por ser cónyuge o hijo de un funcionario del estado. En resumen, existe una gran diversidad de vínculos institucionales entre individuos. Por otro lado, existen derechohabientes del IMSS o ISSSTE que frecuentan servicios privados.

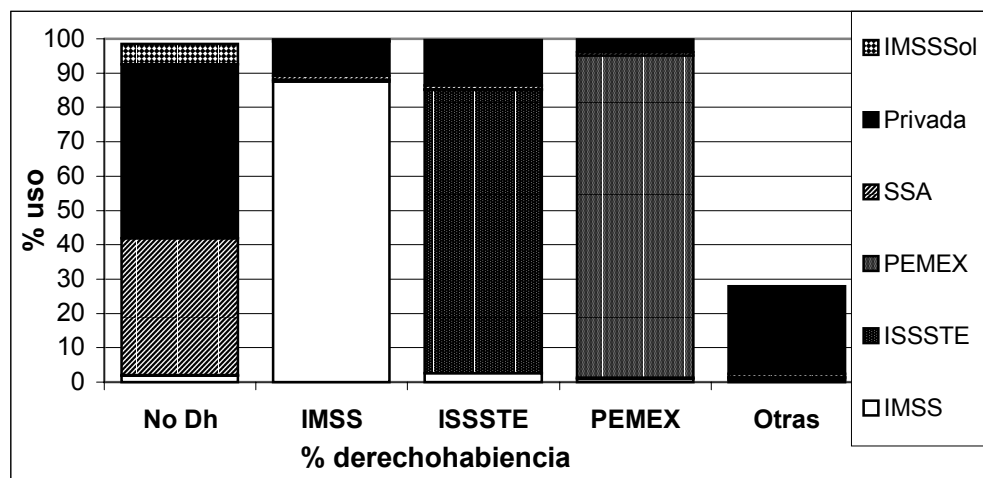
En México más de 80% de los derechohabientes del IMSS, ISSSTE y PEMEX, Defensa o Marina frecuentan los servicios de salud de las instituciones correspondientes, es decir, presentan un patrón de uso de servicios de salud relacionado directamente con su condición de derechohabencia. A su vez, la población no derechohabiente accede a los servicios privados (50%), a la Secretaría de Salud (40%) o al IMSS Solidaridad (10%) (Gráfica 4).

⁵ En 1996 el IMSS contaba con casi 11.9 millones de contribuyentes, todos del área urbana. Sin embargo, en 1999 el IMSS contaba con apenas 1.8 millones de contribuyentes urbanos. En 1999 la reforma del sistema define la transferencia de los contribuyentes urbanos al nuevo sistema, que pasa a reunir 13.5 millones de afiliados

⁶ Cada institución que compone el SNS presentar subprogramas con gestores, cobertura y accesibilidad diferenciados. Por ejemplo, después de la reforma sanitaria, el IMSS presta servicios de salud reproductiva, vacunas y emergencia a toda la población, y no sólo a los derechohabientes. Esta atención a la población abierta se ha expandido para abarcar localidades pequeñas, a través del IMSS Solidaridad. Otro ejemplo es la Secretaría de Salud, que ha descentralizado parte de los servicios en algunas entidades federativas, aunque otros servicios siguen bajo la gestión del gobierno federal.

GRÁFICA 4

Derechohabiencia y uso de servicios de salud, México 2000



*No Dh = No derechohabientes

Fuente: XXII Censo General de Población y Vivienda, 2000

Esta distribución varía entre entidades federativas, por edad o sexo del usuario. Por ejemplo, en Tabasco, Campeche, Oaxaca, Chiapas, Hidalgo y Guerrero la población no derechohabiente utiliza con mayor frecuencia la Secretaría de Salud y el IMSS Solidaridad (más de 60%). En Baja California, Chihuahua, Jalisco, Michoacán, Guanajuato, Tamaulipas y DF la población no derechohabiente acude principalmente a los servicios privados de salud (menos de 50%).

4) Patrones de uso de Servicios de Salud por diferentes generaciones y entidades federativas

En este apartado se profundiza en la distribución del uso de instituciones de salud por diferentes generaciones por entidades federativas. El *patrón mixto* incluye las entidades federativas cuya población usa en proporciones similares los servicios privados, el IMSS y la Secretaría de Salud (cerca de 30 y 40% de la población frecuenta cada uno de ellos). Este es el patrón nacional, que reúne a 78% de la población total del país, seguidos de lejos por el ISSSTE (5%), el IMSS Solidaridad (3.7%), el grupo que se declara no usuario (2.6%), los que usan otra institución pública (1.8%), o PEMEX, Defensa y Marina (1.07%). Este patrón incluye a los estados ubicados en la región central del país: Aguascalientes, Estado de México, Morelos, Querétaro, Tlaxcala, San

Luis Potosí y Zacatecas, además de otros Estados como Campeche, Quintana Roo, Colima y Nayarit.

El segundo grupo de entidades federativas se clasifica en el *Patrón Privado*, que se caracteriza por más de 40% de su población utiliza servicios privados, seguidos de lejos por el IMSS y la Secretaría de Salud, que son utilizados apenas por cerca de 20% de la población cada uno. En este patrón se clasifican los Estados de Guanajuato, Michoacán, Puebla y Veracruz.

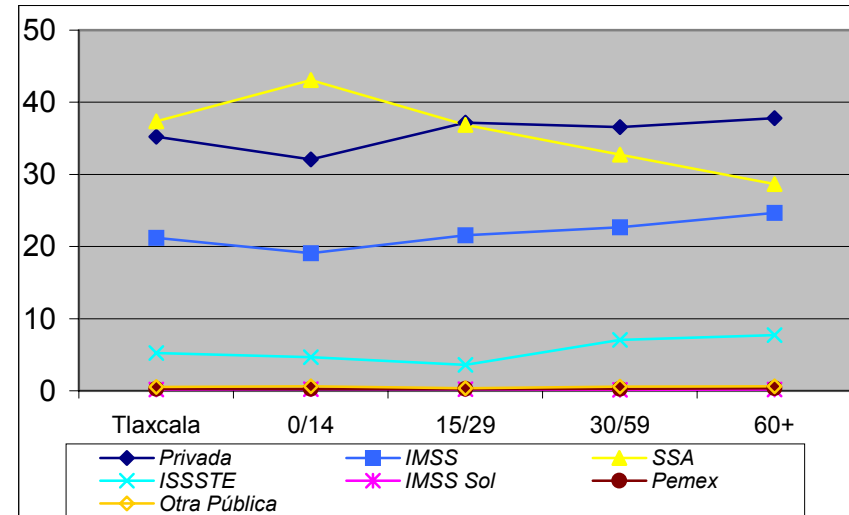
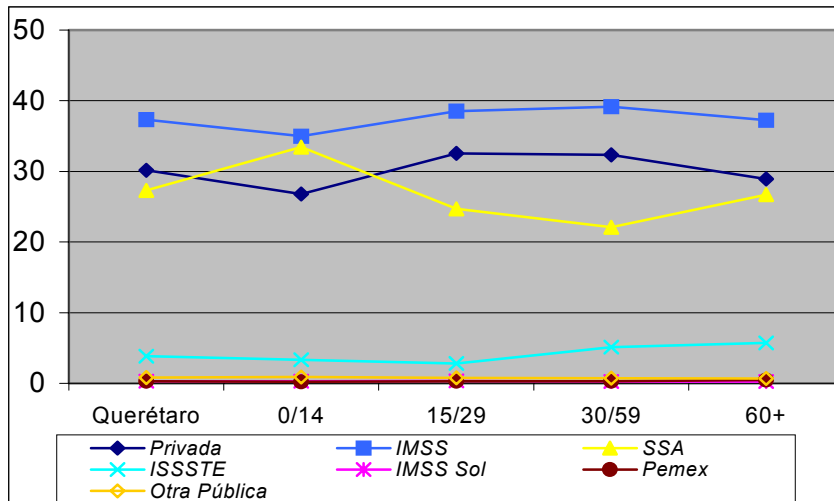
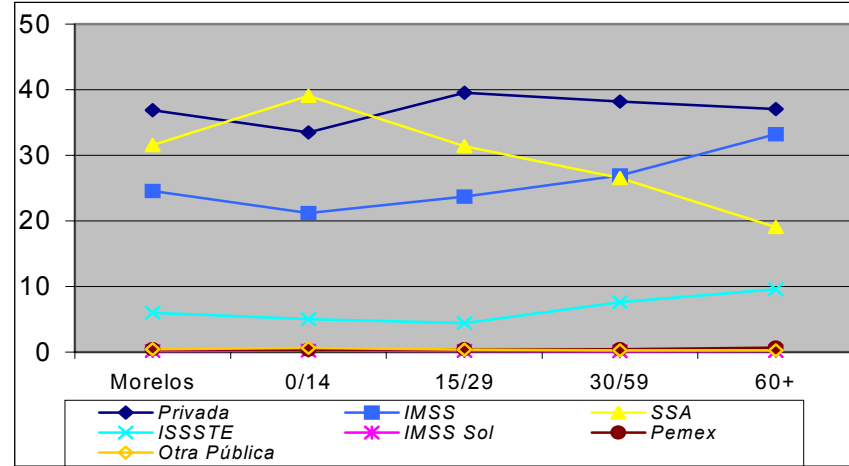
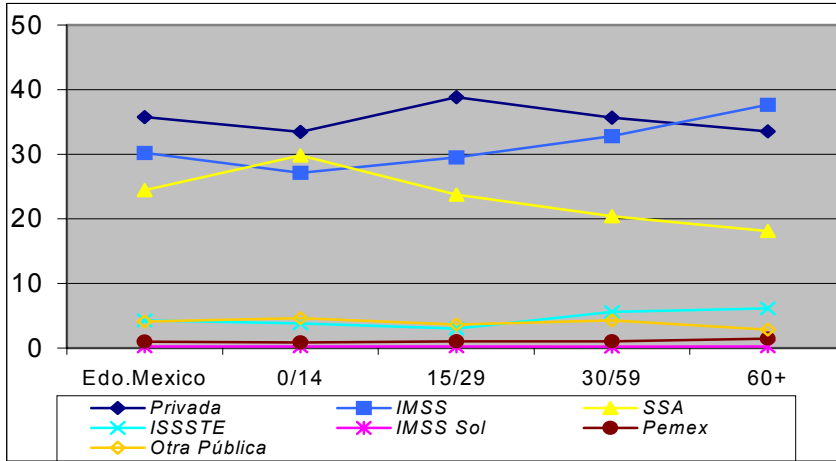
El tercer grupo conforma el *Patrón Privado+IMSS*, en el que cerca de 30 o 40% de la población utiliza cada uno de estos servicios, pero sólo cerca de 10% utilizan la Secretaría de Salud. Estos son los Estados fronterizos de Baja California, Tamaulipas y además Jalisco.

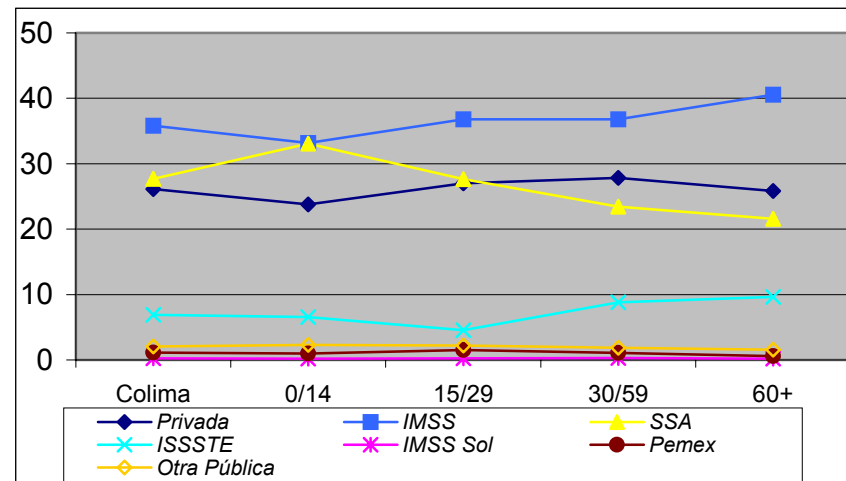
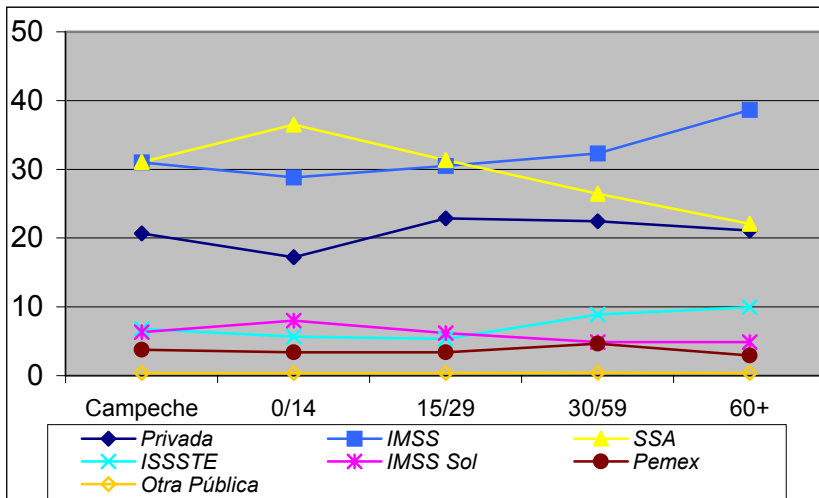
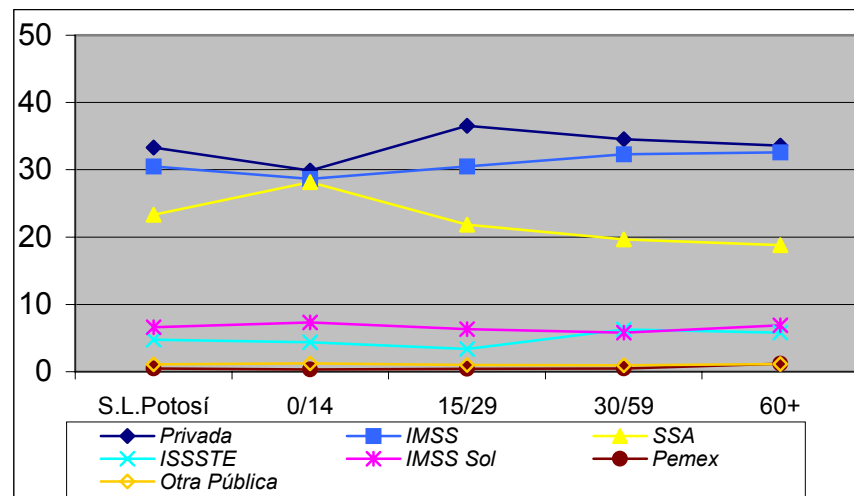
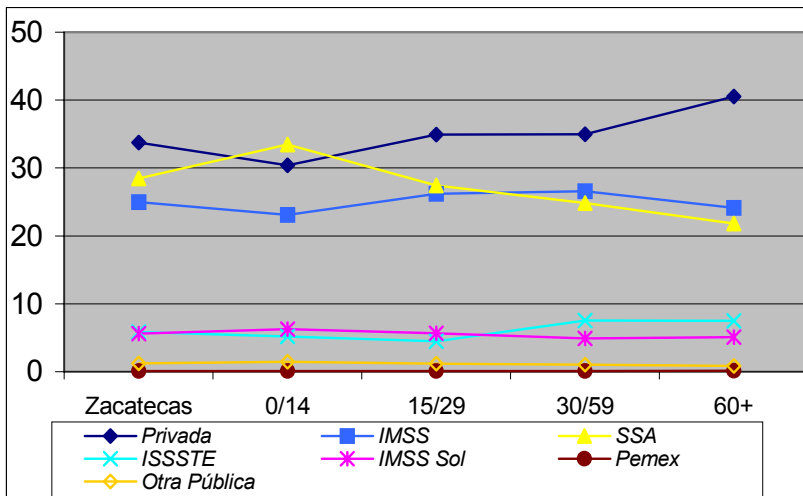
Un cuarto grupo reúne a los Estados que utilizan principalmente el IMSS, mucho más que todos los demás servicios, y se denomina *Patrón IMSS*, reúne los Estados fronterizos de Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Durango, Sinaloa, Sonora, además de Yucatán.

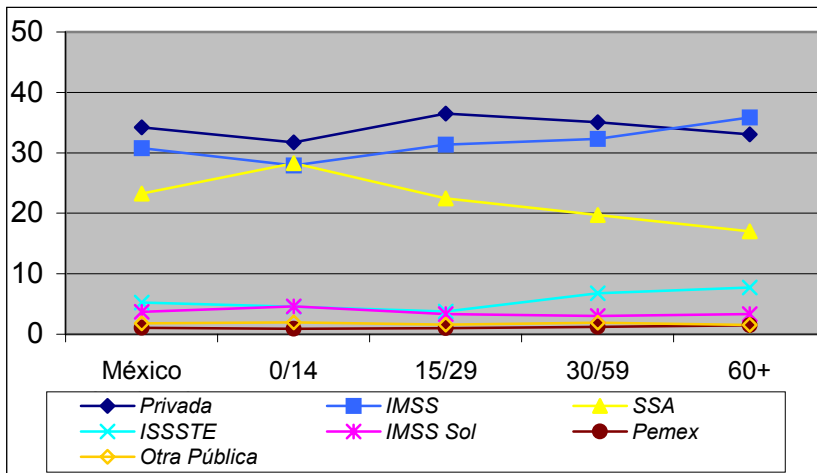
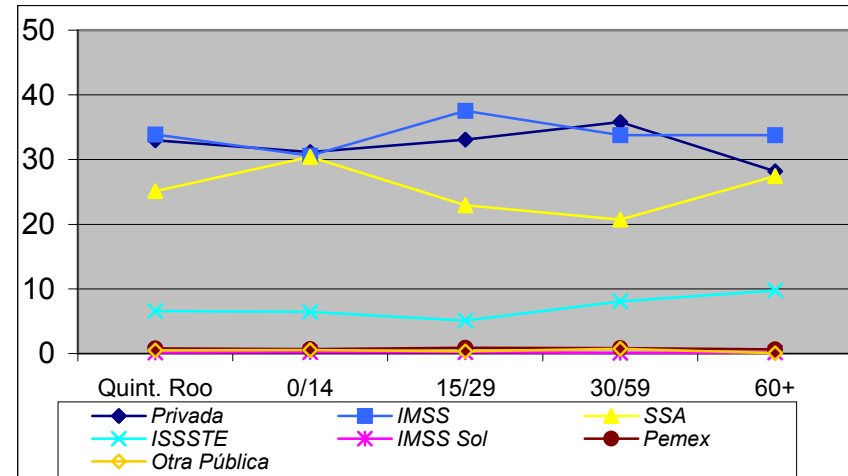
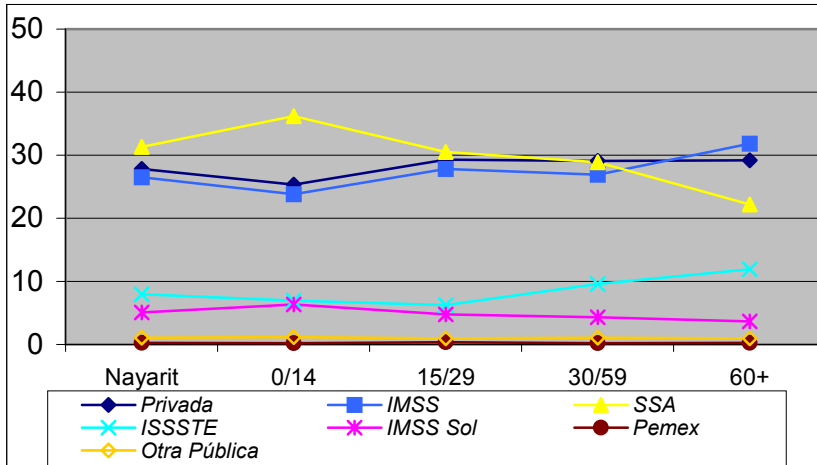
Finalmente el quinto grupo es clasificado como Patrón SSA, porque la población utiliza principalmente la Secretaría de Salud, y reúne los Estados de Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca y Tabasco.

En todos los patrones se observa que la distribución de uso de servicios de salud es bastante específica en las edades avanzadas. Entre los mayores de 60 años de edad es mayor el uso de los servicios de la Secretaría de Salud en casi todas las entidades federativas, excepto en Yucatán.

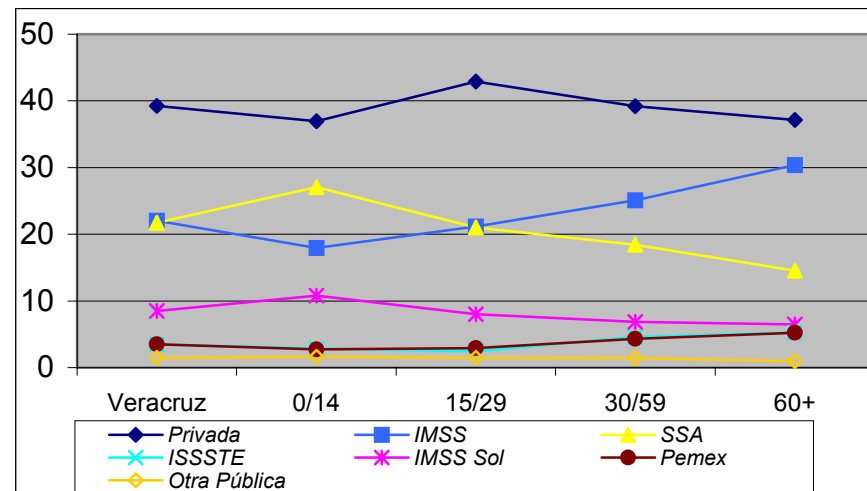
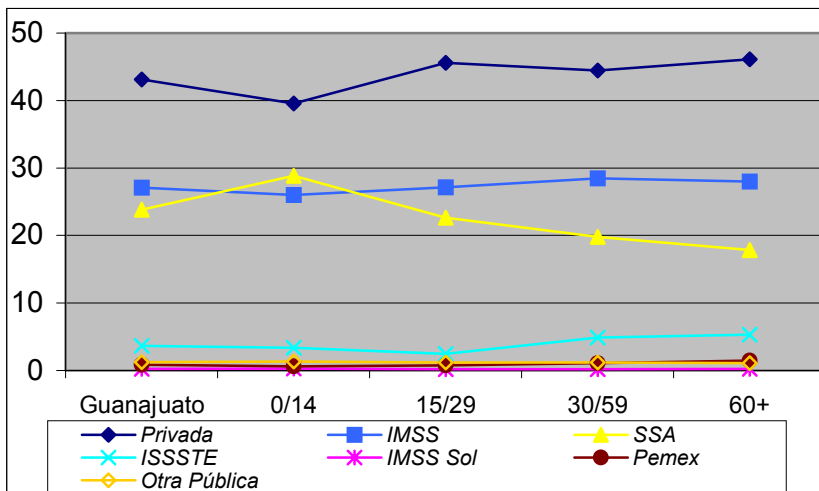
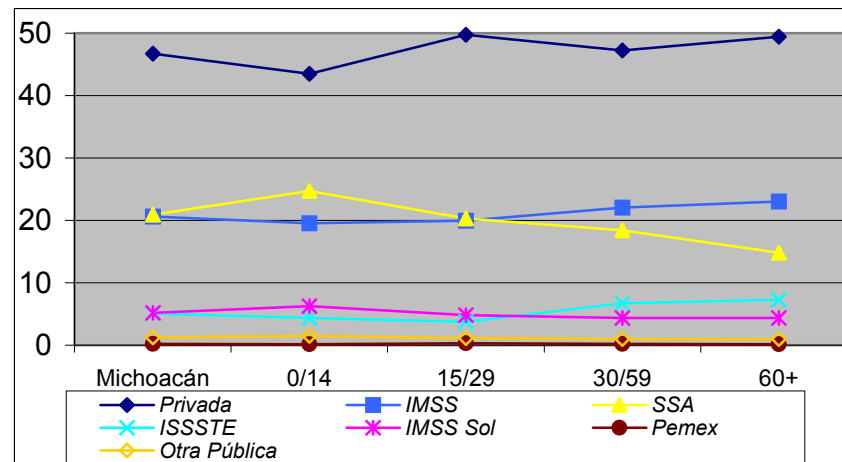
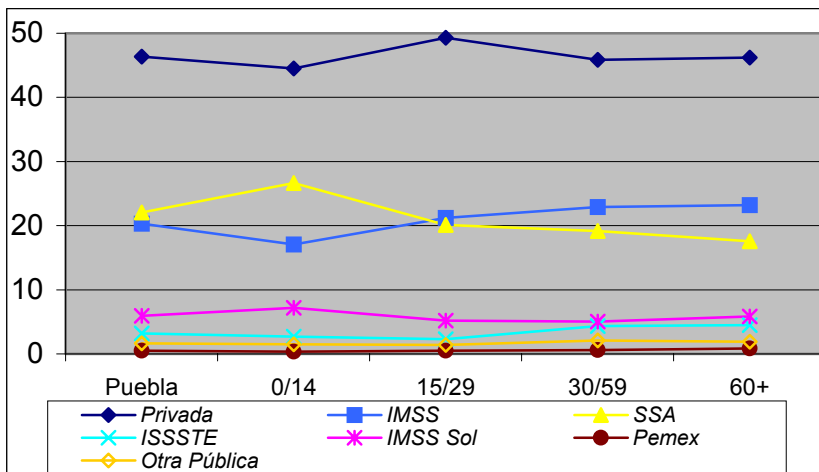
PATRÓN MIXTO



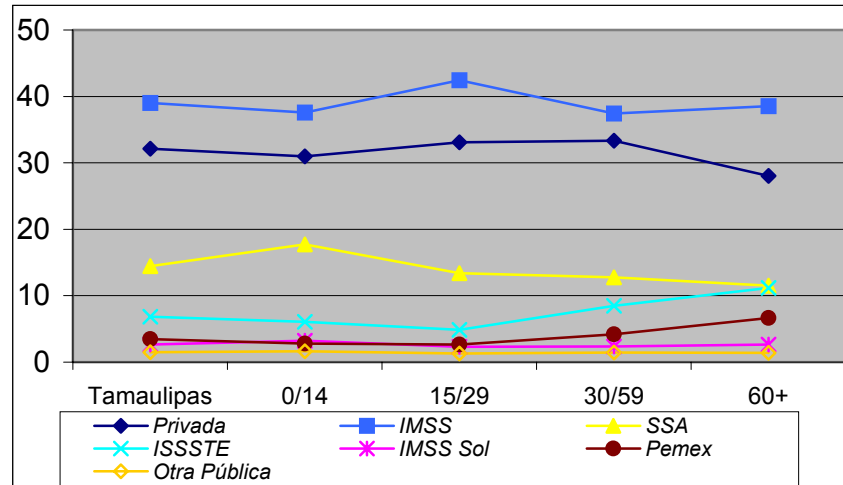
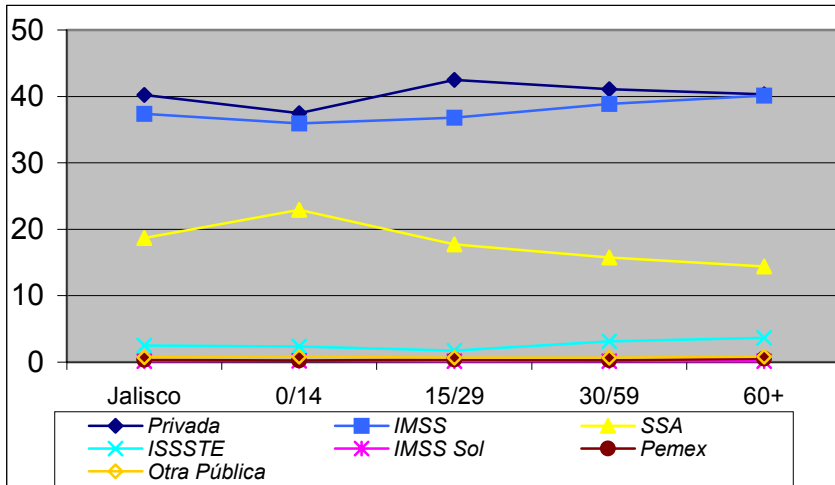
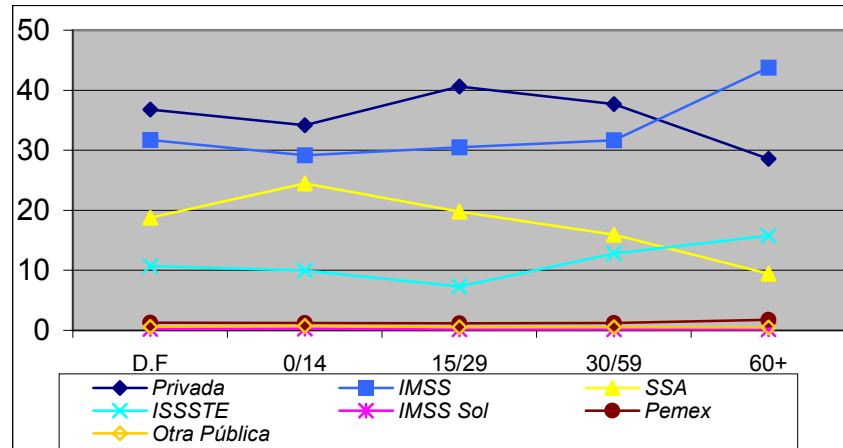
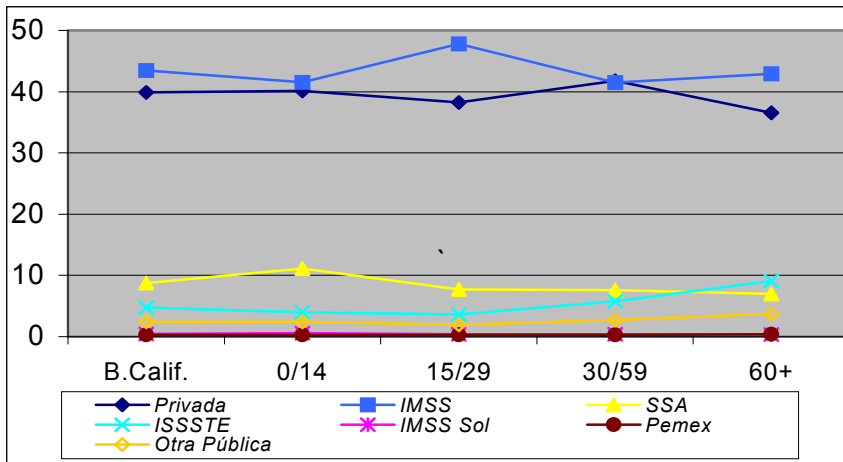




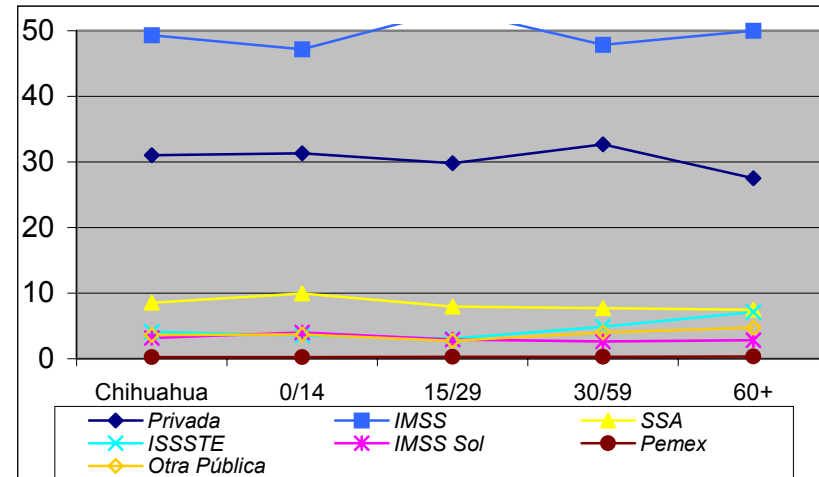
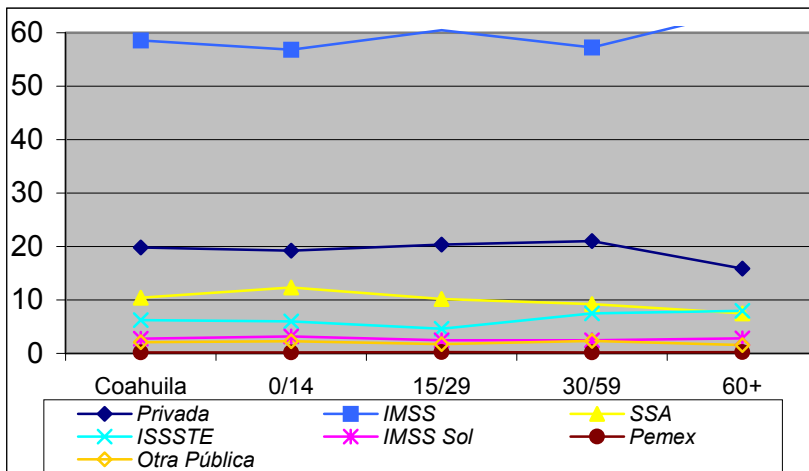
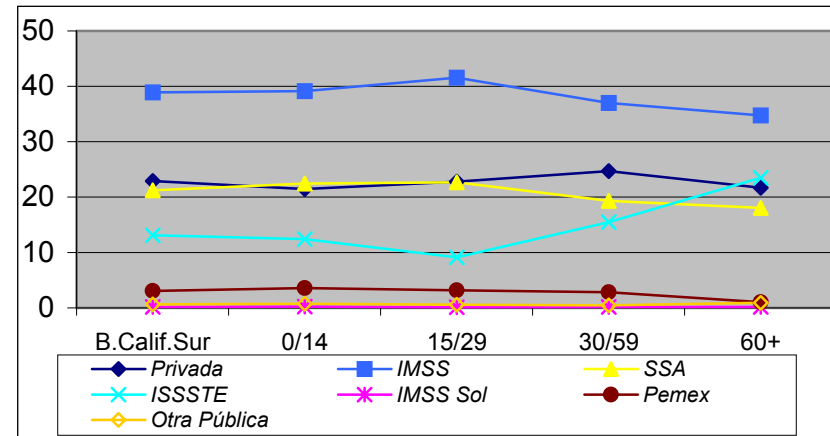
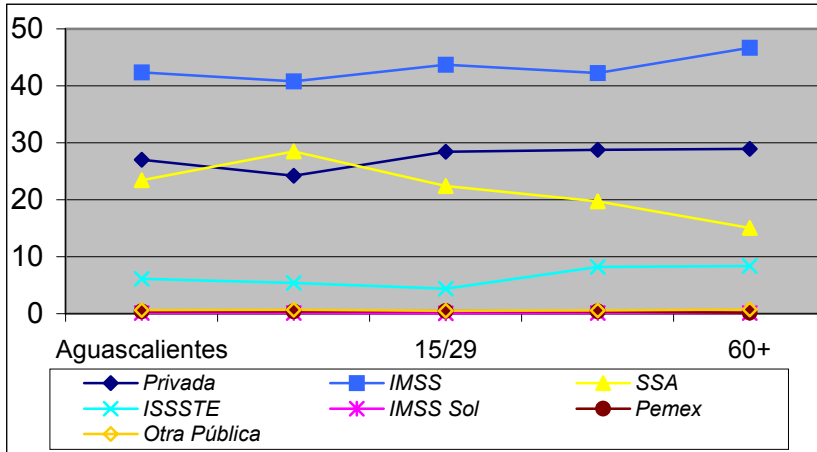
PATRÓN PRIVADO

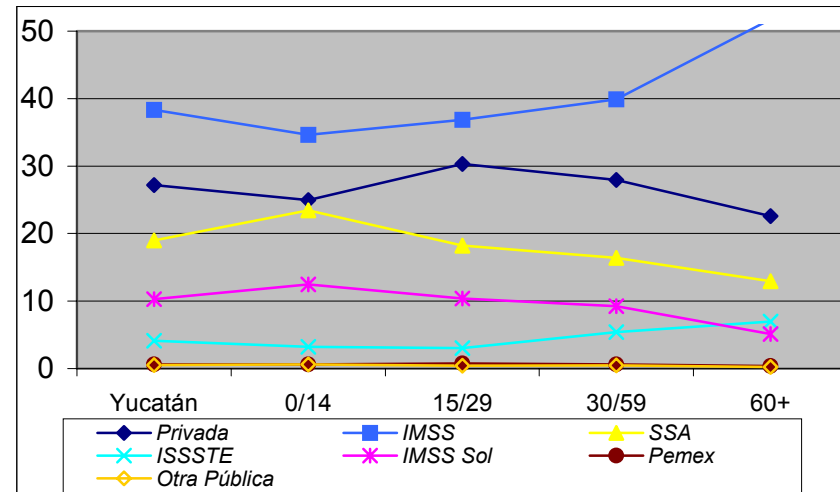
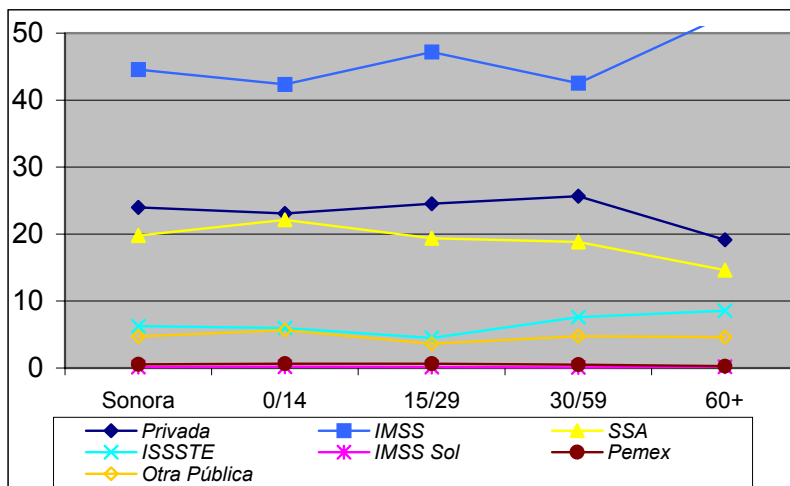
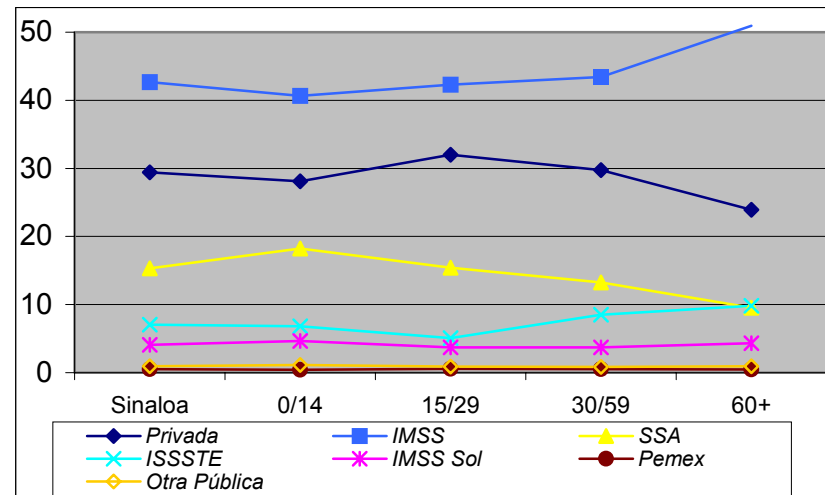
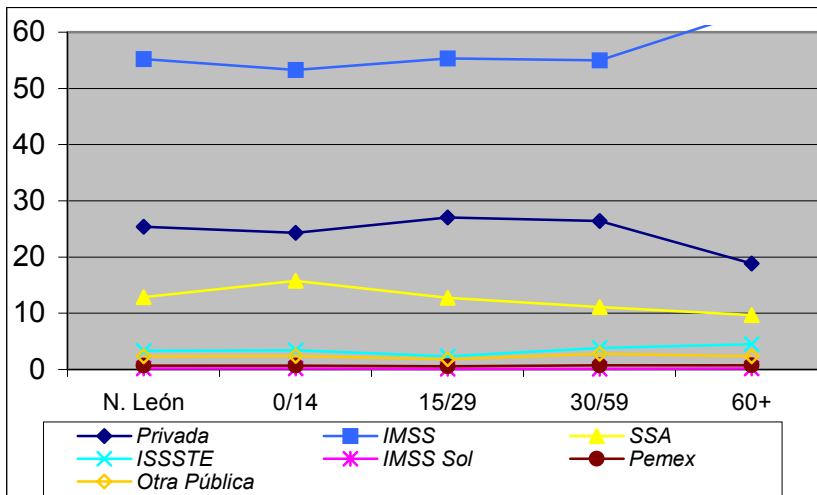


PATRÓN PRIVADO + IMSS

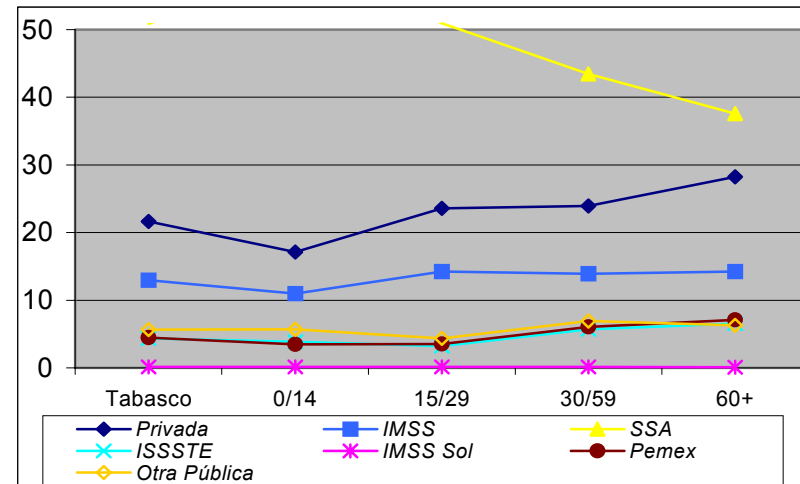
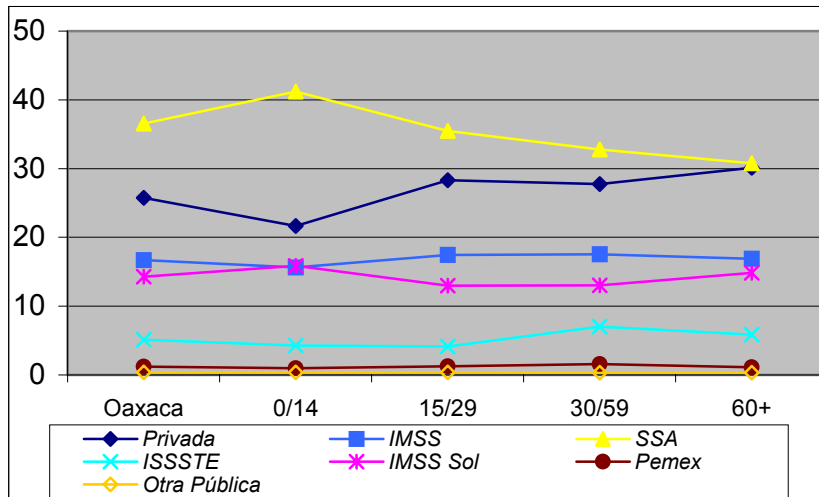
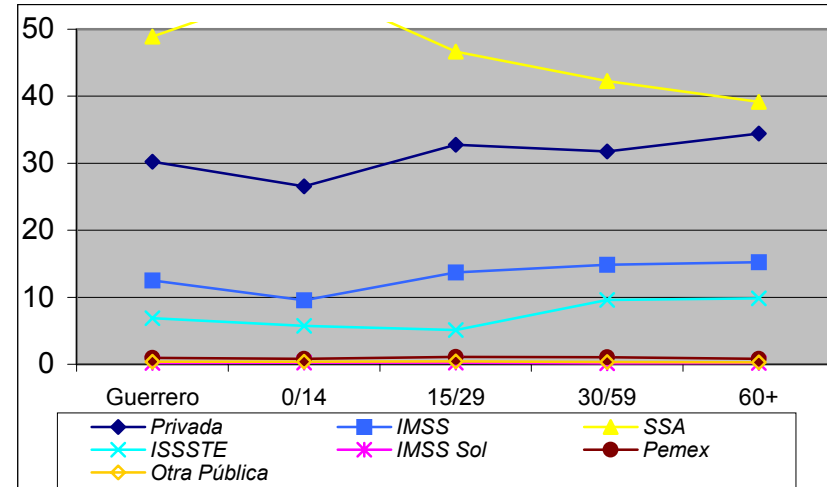
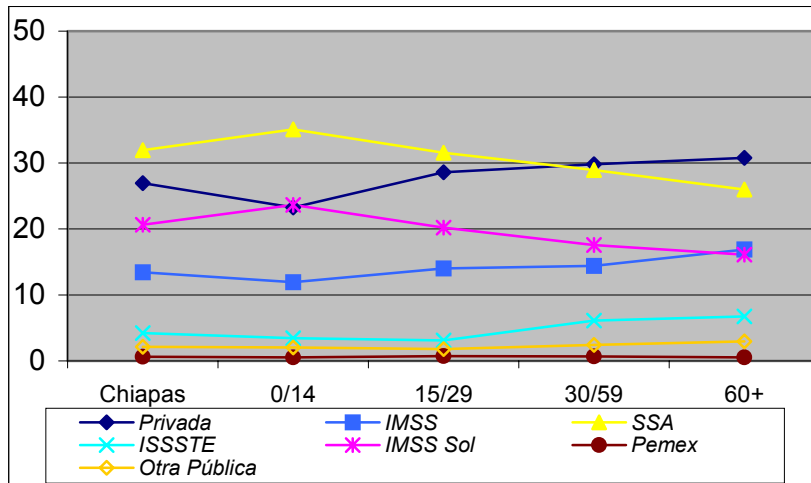


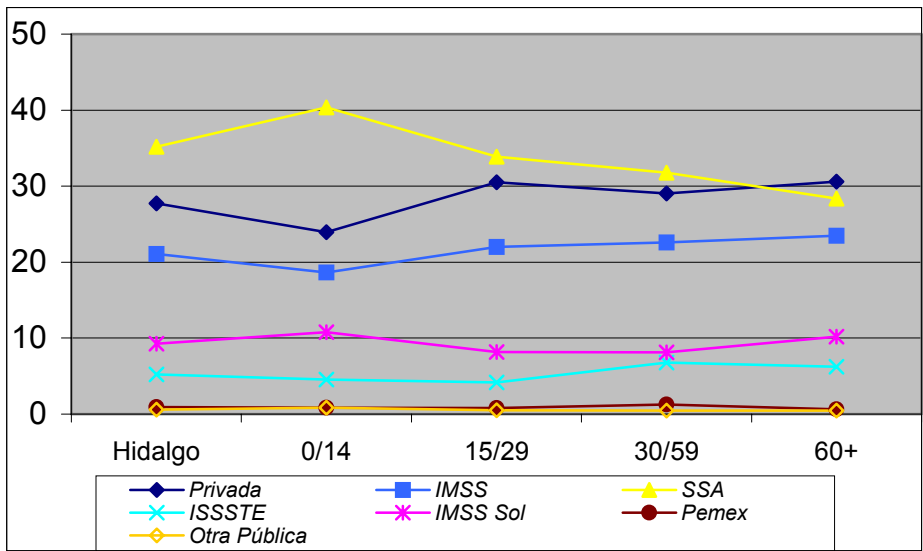
PATRÓN IMSS





PATRÓN SECRETARÍA DE SALUD





5) Servicios de salud y espacio urbano

Como se observó anteriormente, la reforma sanitaria reforzó las dinámicas de exclusión-inclusión previamente existentes entre regiones, entre trabajadores y familias, avanzando más en la ciudad de México. Por ello la zona metropolitana de la Ciudad de México⁷ se trata de un importante espacio urbano para analizar el acceso a tales servicios. Como centro del país, ahí se han acumulado históricamente los servicios más complejos de las diversas instituciones de seguridad social, conformando la más amplia red institucional del país. En el Distrito Federal 54% de los trabajadores y sus respectivas familias son derechohabientes de instituciones de salud. Aunque tales proporciones son bajas respecto a otros países, en México ésta se trata de una situación privilegiada, pues en todo el país existen 42% de trabajadores no derechohabientes⁸. En la ciudad 46% de todos los trabajadores y sus familias no tienen derecho a las instituciones de salud a través de un contrato laboral, son los considerados no derechohabientes o “población abierta”.

Los derechohabientes capitalinos se distribuyen principalmente en el IMSS (cerca de 40%, menor que el promedio nacional) e ISSSTE (cerca de 14%, mayor que el promedio nacional). Además en la ciudad se concentran los servicios del PEMEX, Ejército, Marina, los servicios privados y de la Secretaría de Salud, que incluyen los servicios descentralizados administrados por el gobierno del DF (SSADF), servicios centralizados (SSA) y los Institutos Nacionales de Salud, vinculados a la universidad y dedicados a la investigación. Cada uno de estos servicios presenta subprogramas con gestores, cobertura y accesibilidad diferenciada. Por ejemplo, en la Ciudad de México la Secretaría de Salud ha descentralizado 31 hospitales, pero los 17 Institutos Nacionales de Salud y más 4 hospitales generales siguen bajo la administración federal.

⁷ De aquí en adelante, se define a la Ciudad de México en cuanto el espacio circunscrito al Distrito Federal.

⁸ La desventaja de los capitalinos respecto a la derechohabiencia se concentra en el IMSS, institución que cubre a los funcionarios de empresas privadas y reúne el mayor grupo de derechohabientes. Por otro lado, la Ciudad de México, capital del país, concentra gran parte de los funcionarios públicos. Sin embargo, éstos son derechohabientes del ISSSTE y reúnen proporciones cercanas a 10% del total, no afectando la situación del conjunto de los trabajadores. La tercerización del empleo en empresas públicas y privadas, así como los altos niveles de marginación y trabajo informal en toda el área metropolitana pueden explicar la desventaja de los capitalinos. En todos los cálculos fueron despreciados los casos no especificados, que corresponden a 0.2% del total.

El análisis del uso de los servicios de salud en la ciudad de México indica un proceso de envejecimiento de los usuarios de los institutos. El IMSS absorbe más de 40% de los usuarios de servicios de salud capitalinos, pero de éstos sólo cerca de 30% son niños y otros 30% son adultos, mientras 43% son mayores de 60 años. El ISSSTE cubre a 14% de los usuarios de servicios en la ciudad, siendo principalmente de edades avanzadas. Ambos institutos reciben más mujeres que hombres, y 50% son individuos mayores de 60 años de edad, mayor proporción que la de adultos y niños usuarios.

Por otro lado, de los 46% de la población no derechohabiente de la Ciudad de México, que se esperaba que utilizaran los servicios de la Secretaría de Salud, sólo 19% de ellos lo hacen. Además, son mayores las proporciones de niños y adultos jóvenes usuarios (cerca de 20%), comparados con los adultos y mayores de 60 años de edad (16 y 10%, respectivamente) que usan estos servicios. En los servicios de la Secretaría de Salud no se observan grandes diferencias por sexo entre los usuarios.

A su vez, entre 30% y 40% de los capitalinos usan servicios privados. Los hombres hacen un mayor uso de servicios privados que las mujeres; así como los adultos y los niños, comparados con los mayores de 60 años. El único grupo que no utiliza prioritariamente los servicios privados son los mayores de 60 años, que principalmente utilizan el IMSS y el ISSSTE.

Otro indicador importante es el porcentaje de derechohabientes que efectivamente utiliza sus respectivos servicios de salud. En la ciudad de México la mitad de la población no derechohabiente utiliza servicios privados, y cerca de 40% utiliza la Secretaría de Salud. A su vez los derechohabientes utilizan básicamente los servicios de su instituto (90% del IMSS y 85% del ISSSTE), y menos de 15% utilizan los servicios privados. De todos modos, las proporciones de individuos que utilizan servicios privados de salud son mayores en la ciudad de México que en el conjunto del país.

6) Los núcleos de derechohabientes y servicios de salud en la ciudad de México

En el año 2000 la población de la Ciudad de México (DF) reunía 4.1 millones de hombres y 4.5 millones de mujeres. Las delegaciones más pobladas, Iztapalapa y Gustavo A. Madero reunían cerca de 1.5 millones de habitantes cada una, es decir, casi 70% de la población. En este apartado se presenta la distribución de la población

capitalina de acuerdo con sus vínculos con las diferentes instituciones de salud: IMSS, ISSSTE y no derechohabientes, por delegaciones⁹. Los individuos y familias vinculados al IMSS se concentran en el centro y noroeste de la ciudad: en las delegaciones Benito Juárez, Miguel Hidalgo y Azcapotzalco, entre 42 y 52% de la población residente es derechohabiente del IMSS. Además, en todo el norte (G.A.Madero, Cuauhtémoc, V.Carranza e Iztacalco), y en el suroeste (A.Obregón, M.Contreras y Coyoacán) entre 38 y 42% de la población está asegurada al IMSS. Las menores proporciones de individuos vinculados al IMSS se presentan en todo el sur (33 a 35%) y sureste (14 a 27%) de la ciudad.

Por otro lado, en los mapas también se identifica la localización espacial de los servicios de salud de cada institución y por delegación¹⁰. En el mapa 1 se observan los servicios del IMSS, más concentrados en el centro-norte de la ciudad, igual que su población derechohabiente, distribuida especialmente en las delegaciones Cuauhtémoc, G.A.Madero y Azcapotzalco. En general, la red de servicios del IMSS cubre a todas las delegaciones en donde residen más de 30% de sus asegurados. En este caso, el mapa socioespacial del IMSS sugiere que la cobertura y distancias de los servicios de salud parece ser adecuada, o ubicada espacialmente cercana a las delegaciones en que se concentra su población correspondiente.

El mapa 2 muestra la distribución de la población derechohabiente y de los servicios del ISSSTE. La población del ISSSTE se concentra principalmente en el sureste de la ciudad, principalmente en Xochimilco y Milpa Alta (17 a 20% de los residentes son asegurados del ISSSTE), pero también en Tláhuac, Coyoacán, Benito Juárez y V. Carranza (15 a 17% de la población), y en menores proporciones (12 a 15%) en Tlalpan, Cuauhtémoc e Iztacalco. En todo el noroeste e Iztapalapa menos de 12% de la población residente es asegurada del ISSSTE.

Al contrario de este patrón de concentración de derechohabientes, los servicios de salud del ISSSTE se concentran principalmente en Cuauhtémoc, al centro-norte de la ciudad. Los demás servicios se concentran todavía más al norte o en delegaciones de más baja cobertura de derechohabientes: A.Obregón e Iztapalapa. Las delegaciones de

⁹ La fuente de información son los datos delegacionales del censo 2000. Se calcularon las proporciones de la población residente en cada delegación según la condición de derechohabiencia.

¹⁰ Esta información se organizó a partir de la dirección de cada hospital o clínica de salud, se trata de una aproximación y se basa principalmente en la delegación y colonia en que está localizado el servicio.

mayor concentración de derechohabientes, Xochimilco e Milpa Alta sólo cuentan cada una con una clínica de atención básica, sugiriendo que los derechohabientes de estas delegaciones deben de moverse hasta el norte para acceder a hospitales generales e especializados.

Finalmente, el mapa 3 indica la distribución de la población no derechohabiente y de los servicios de la Secretaría de Salud. La población no asegurada se concentra principalmente en el sur de la ciudad. Todavía hay mayores proporciones de no asegurados en el sureste: Milpa Alta (66% de población no asegurada), Xochimilco e Iztapalapa (entre 52 y 56% de no asegurados) y Tláhuac, y un poco menos en el suroeste: Cuajimalpa, A.Obregón, M.Contreras y Tlalpan, con cerca de 50% de la población no derechohabiente. En todo el centro y norte de la ciudad hay menos de 47% de población no asegurada.

Los servicios de salud de la Secretaría, que podría cubrir a la población no asegurada, se distribuyen en una amplia red que cubre toda la ciudad. Tlalpan concentra el mayor número de hospitales especializados, mientras G.A.Madero, Cuauhtémoc, Azcapotzalco, M.Hidalgo e Iztapalapa cuentan con diversos hospitales generales e especializados. Sin embargo, todas las delegaciones, incluso en Tláhuac, Milpa Alta, A.Obregón, M.Contreras y Cuajimalpa cuentan con al menos un hospital general o clínicas de atención básica de la Secretaría de Salud.

En resumen, la población adscripta a las instituciones formales de salud (IMSS y ISSSTE) residen principalmente en áreas extremas de la ciudad (noroeste y sureste, respectivamente), mientras los individuos y familias que no están vinculados a estas instituciones residen principalmente en el sureste, coincidiendo con los asegurados del ISSSTE. A su vez, los servicios de salud del IMSS coinciden geográficamente en las delegaciones donde hay mayor concentración de derechohabientes. Los usuarios del ISSSTE viven principalmente alejados de sus servicios de salud correspondientes, sugiriendo que muchos de ellos deben de recurrir largas distancias para acceder a la atención hospitalaria. Muchos asegurados del ISSSTE pueden gastar un mayor tiempo y recorrer mayores distancias para acceder a los servicios. Al contrario, la SSA ofrece mayores ventajas en cobertura y acceso a través de una amplia red de atención a la salud capaz de cubrir los no derechohabientes en todos los puntos de la ciudad, incluso en las áreas más periféricas como son Milpa Alta y Cuajimalpa.

Sin embargo, la simple ubicación espacial no es suficiente como indicador de accesibilidad. Las mayores distancias pueden hacerse menos difíciles para grupos sociales que cuentan con transporte propio, como es una gran parte de los derechohabientes del ISSSTE. Por otro lado, la simple disponibilidad de una red de atención por parte de la Secretaría de Salud no garantiza que la mayor parte de los derechohabientes frecuenten esta institución. Según los datos censales de la Gráfica 3, sólo 40% de los no asegurados utilizan los servicios de la Secretaría de Salud, y la mayor parte frecuenta servicios privados. Por lo tanto, existen otros factores mediando el acceso a los servicios de salud. Uno de ellos es la información respecto a la disponibilidad, funcionamiento, formas de acceso y la calidad de la atención en los servicios públicos de salud. Médici (1992) muestra que, como es menor el nivel de información y la capacidad de reclame de los grupos sociales menos favorecidos, éstos pueden recurrir a servicios de menor calidad. Por lo tanto, no basta con tener el servicio de salud cercano a su área de residencia, sino también de disponer de información y capacidad de negociación para acceder a los servicios de salud considerados abiertos para toda la población.

Finalmente se analiza la utilización de consultas y hospitalizaciones por parte de la población usuaria de cada institución y por delegación. Se observa que no necesariamente los patrones de distribución espacial de la población derechohabiente y de los servicios no coinciden necesariamente con el uso de servicios de salud por parte de los pacientes.

Los derechohabientes del IMSS utilizan principalmente los servicios de las delegaciones B.Juárez y M.Contreras, delegaciones cuyos servicios son frecuentadas por 2 o 3 usuarios por cada derechohabiente que ahí reside. Aunque no se tratan de delegaciones con la mayor oferta de servicios, se observa que son puntos de grande atracción de usuarios. En M.Contreras y V.Carranza sólo cuentan con tres clínicas de atención básica cada una, y no cuenta con hospitales generales o especializados. Sin embargo, hay una grande atracción de usuarios (cerca de 2 usuarios por derechohabiente residente). Al contrario, en Iztapala y A.Obregón, que cuentan con dos hospitales cada una, tales servicios son poco utilizados por los derechohabientes, pues la delegación recibe menos de 1 usuario por derechohabiente residente, lo que puede tener relación con la cantidad de equipos, la capacidad y/o calidad de atención de tales servicios.

Respecto a los servicios de hospitalizaciones del IMSS, las áreas preferidas siguen otro patrón espacial: los usuarios se internan más en los hospitales de Cuahutémoc, Azcapotzalco, A.Obregón e Iztacalco (que realizan entre 1 y 2.5 hospitalizaciones por usuario al año), comparados con los de B.Juárez y G.A.Madero (menos de 0.8 hospitalizaciones por usuario al año).

Respecto al ISSSTE no se cuenta con toda la información institucional respecto a las consultas y hospitalizaciones¹¹.

Finalmente, respecto a los no derechohabientes y los usuarios de la Secretaría de Salud, se observa la más alta proporción de usuarios en Iztapalapa, con más de 3 usuarios por no asegurados residentes, indicando una enorme sobredemanda por los servicios de salud de esta delegación. Enseguida B.Juárez, Coyoacán y A.Obregón cuentan con 2 usuarios por no asegurado residentes, y finalmente Tláhuac, Xochimilco, Cuajimalpa, M.Contreras, Iztacalco, V.Carranza y Azcapotzalco, entre 1 y 2 usuarios por no asegurado residente. Todas estas delegaciones presentan sobredemanda por servicios de salud, respecto al número de no asegurados residentes. Solamente en Tlalpan¹², Milpa Alta, M.Hidalgo, Cuauhtemoc y G.A.Madero hay menos usuarios que no asegurados residentes.

Para los servicios básicos de consultas, los usuarios de la Secretaría (no necesariamente no derechohabientes) recurren principalmente a las clínicas de Tlalpan, Coyoacán y V.Carranza (más de 2 consultas por usuario al año), pero también utilizan entre 1 y 2 consultas al año en todas las demás delegaciones, sin excepciones, indicando que la Secretaría no sólo ofrece una amplia red de servicios, sino que ésta es utilizada en todas las áreas por diferentes habitantes de la ciudad.

Los servicios de hospitalización son más utilizados en Tlalpan, B.Juárez y V. Carranza (entre 0.8 y 1.92 hospitalizaciones al año por usuario). Sin embargo, en todas las demás delegaciones, excepto Cuajimalpa y A.Obregón, que no cuentan con hospitales, también ocurren hospitalizaciones.

¹¹ Hasta el momento la subdelegación sur del ISSSTE no pudo entregar la información solicitada.

¹² El caso de Tlalpan debe de ser examinado con cuidado, porque la alta concentración de hospitales especializados, principalmente los Institutos Nacionales de Salud, no ofrecieron información a parte para esta investigación, pues supuestamente reciben apenas población usuaria referida directamente de las clínicas de salud. Por lo tanto, la población usuaria puede estar subdeclarada.

Al comparar las tasas de usos de servicios, se observa que los usuarios del IMSS realizan más consultas y hospitalizaciones que los usuarios de las demás instituciones, lo que puede en parte reflejar la coincidencia de su área de residencia con la localización de sus servicios, pero también la migración de pacientes de zonas periféricas y de otros estados del país. Llama la atención la baja utilización de los servicios de G.A.Madero, que concentra importantes servicios hospitalarios generales y especializados que, sin embargo, parecen subutilizados por los derechohabientes. Este hecho se pone de relieve especialmente porque ésta se trata de un área fronterera con el Estado de México, y podría maximizar su capacidad para atender a la población transfronteriza de forma más eficaz.

A su vez, los usuarios de la Secretaría de Salud cuentan con la más amplia red de servicios a su disposición, con cobertura por todas las delegaciones de la ciudad y acceso no restringido, además de una clara sobreutilización por parte de los usuarios, tanto de consultas como de hospitalizaciones. De cierta forma, en México en el área de la salud se logra el ideal de acceso universal a los bienes públicos de salud, a pesar de que éste acceso no es igualitario. A pesar de que existen diferentes socialidades y pertenencias, se presentan formas distintas de ciudadanía reproducidas a partir de la idea de ciudadanía universal basada en valores, derechos y deberes.

Además, hace falta información relativa a los servicios privados, así como investigaciones de profundidad sobre la calidad de la atención ofrecida en las diferentes redes de servicios de salud del país y de la ciudad de México.

Conclusiones

La participación laboral condiciona el acceso a las pensiones y a determinados servicios de salud. En el caso de las pensiones, la mantención de un contrato laboral formal es la forma casi exclusiva de obtener un acceso al sistema de pensiones. El IMSS, pasa por un momento de reestructuración, con una aguda pérdida de sus contribuyentes para el nuevo sistema de AFORES, a pesar de que, incluso después de la reforma, sigue pagando gran parte de las pensiones del país.

Como resultado, la rama de salud puede enfrentarse a serios problemas de escasez de recursos para su autofinanciamiento. Por otro lado, la Secretaría de Salud ofrece servicios de atención a extensos grupos extensos de la población, especialmente en las

entidades federativas más marginadas del país, donde los principales usuarios son los niños menores de 14 años. El IMSS y el ISSSTE cobran una gran importancia para el conjunto de la población, pero especialmente para extensos grupos de edades avanzadas.

Dentro de estos escenarios complejos, en los que participan diversas instituciones, cada una de ellas asume un papel relevante, atendiendo a demandas específicas de diferentes generaciones y grupos sociales, conformando un sistema de seguridad social que define patrones de acceso y uso de beneficios y servicios desiguales, pero con una cobertura universalizada.

Los servicios de salud más especializados se concentran en las grandes ciudades, pero ahí también viven las mayores proporciones de derechohabientes del IMSS y del ISSSTE. En el DF, casi la mitad de los trabajadores y sus familias no tienen derecho a estas instituciones de salud a través de un contrato laboral. Sin embargo, la Secretaría de Salud ofrece una amplia red de atención a la salud a precios muy económicos, garantizando la cobertura universal. Llama también la atención que la mitad de la población no asegurada es de niños y jóvenes menores de 29 años de edad. Sin embargo, menos de la mitad de los niños, adultos y adultos mayores que no son asegurados utilizan estos servicios. Gran parte de ellos recurre a los servicios de salud privados. Estos resultados indican la necesidad de evaluar qué factores entran en juego en este patrón de uso de servicios. Las dificultades de acceso, como la distancia y el costo del transporte, o la calidad de la atención pueden estar mediando el comportamiento de diferentes grupos de no derechohabientes.

Por otro lado, la población asegurada presenta una estructura de edades más avanzada y en más de 80% de los casos frecuenta los servicios de salud del IMSS y del ISSSTE, indicando que estas instituciones ofrecen cobertura y atención aceptables para sus derechohabientes. Además, la sobredemanda en el uso de los servicios del IMSS en la mayor parte de las delegaciones puede tener relación con la mayor capacidad de los servicios de salud ahí instalados y también con la migración de pacientes de otras delegaciones y de las áreas metropolitanas periféricas. A su vez, la subdemanda en Tlalpan, Miguel Hidalgo, Cuauhtémoc, Gustavo A. Madero puede estar relacionado con la baja capacidad y/o calidad de la atención en estos servicios, o con la posibilidad

económica y preferencia de los usuarios por utilizar otros servicios del IMSS o aún servicios privados.

Finalmente se observan cruces entre dinámicas espaciales y sociales con acceso desigual y asimétrico de los servicios de salud en el país y en la ciudad de México, a pesar de la cobertura universal alcanzada.

BIBLIOGRAFÍA

Banco Mundial (1993) – Informe sobre el Desarrollo Mundial. Washington.

Laurenti, Ruy, Ma. Helena Mello Jorge , Ma. Lucia Lebrao y Sabina L.D.Gotlieb (1987) – Estadísticas de Saúde. CIP–Brasil. Sao Paulo.

Lechner, Norbert (2000) – Nuevas ciudadanía en Revista de estudios sociales, n.5. FLACSO Colombia.

Portes, Alejandro (1995) – The economic sociology of immigration. The Russell Sage Foundation. New York.

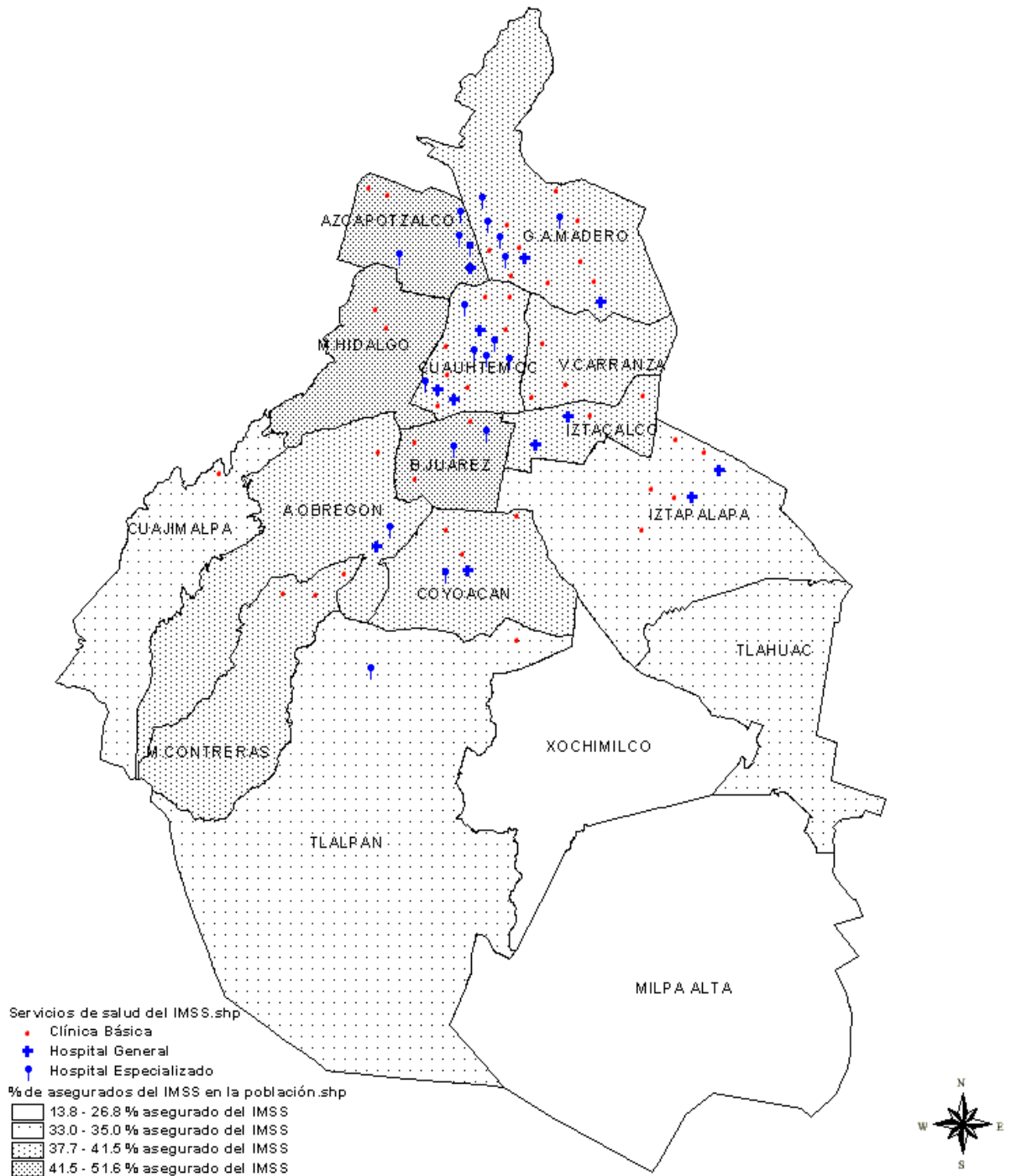
Santos, Milton (1999) – A natureza do Espaço, técnica e tempo, razao e emocao. Hucitec. Sao Paulo

Sassen, Saskia (1995) – Immigration and Local Labor Markets, en Alejandro Portes “The economic sociology of immigration”. The Russell Sage Foundation. New York.

Sassen, Saskia (1996) – Analytic Borderlands: Race, Gender and Representation in the New City, en Anthony King , Re-presenting the City, Ethnicity, Capital and Culture in the 21st-Century Metropolis, New York University Press, New York

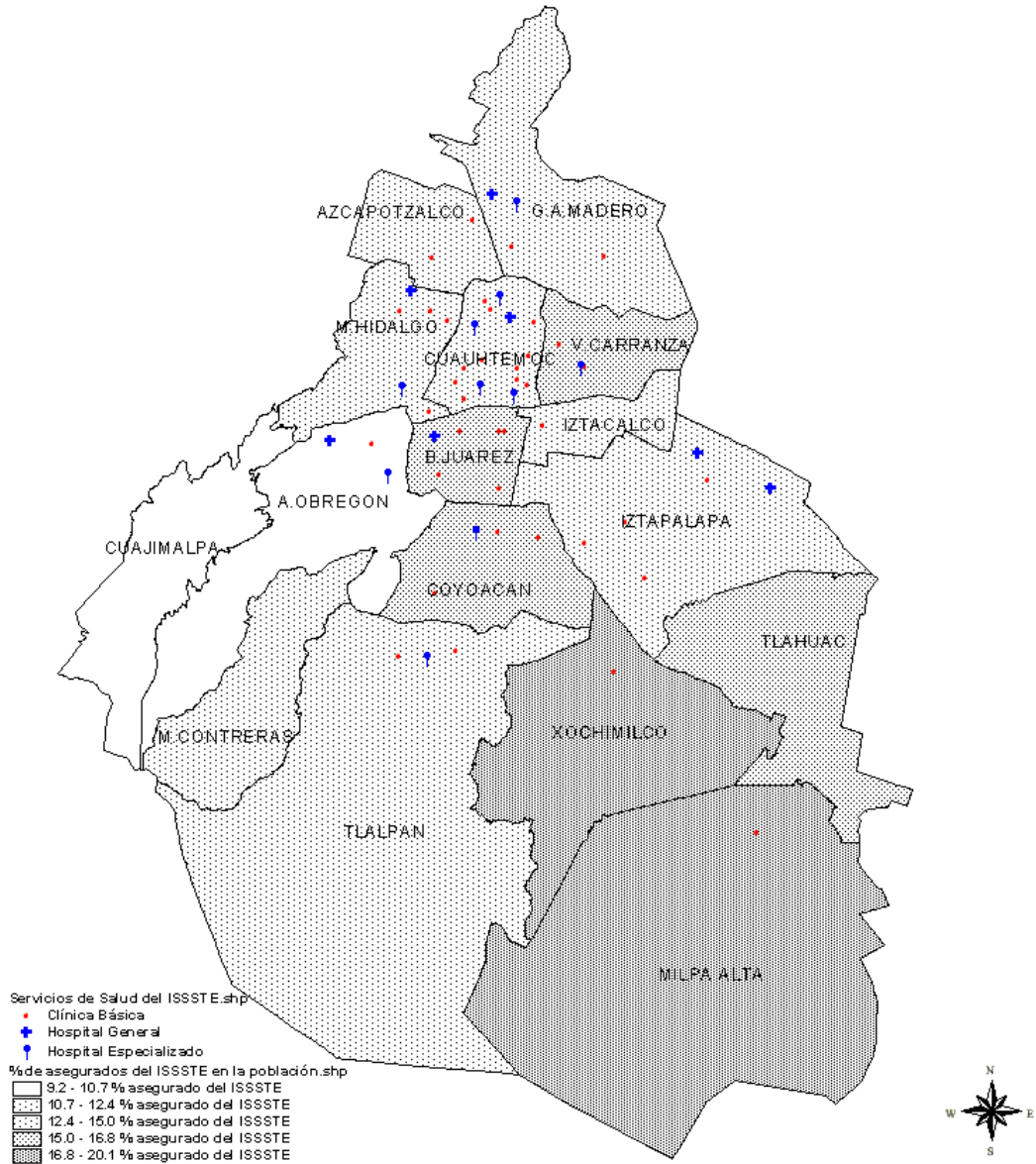
MAPA 1

IMSS - distribución de servicios y % de asegurados por delegación



MAPA 2

ISSSTE - distribución de servicios y % de asegurados por delegación



MAPA 3

Secretaría de Salud - distribución de servicios y % de no asegurados por delegación

