

# Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012

Juan Pablo Gutiérrez, PhD,<sup>(1)</sup> Mauricio Hernández-Ávila, PhD,<sup>(2)</sup>

Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M.  
Cobertura de protección en salud y perfil  
de la población sin protección en México, 2000-2012.  
Salud Publica Mex 2013;55 supl 2:S83-S90.

Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M.  
Health protection coverage in Mexico  
and profile of unprotected population, 2000-2012.  
Salud Publica Mex 2013;55 suppl 2:S83-S90.

## Resumen

**Objetivo.** Analizar la cobertura actual de protección en salud en México, su tendencia desde el año 2000 hasta 2012, y el perfil de la población sin protección. **Material y métodos.** Análisis descriptivo del reporte del informante del hogar sobre protección en salud en las encuestas nacionales de salud 2000, 2006 y 2012. **Resultados.** Entre los años 2000 y 2012, la población mexicana sin protección en salud pasó de 57.6 a 21.4%. Esta reducción está dada principalmente por el crecimiento del Sistema de Protección Social en Salud, que se ha constituido en el principal asegurador en México, que ha cubierto a 38.5% de la población. La población sin cobertura se concentra entre los 15 y 30 años de edad. **Conclusión.** Los resultados muestran avances muy importantes respecto al incremento de la cobertura de salud. Sin embargo, resaltan también la complejidad de alcanzar el aseguramiento universal en un sistema fragmentado.

Palabras clave: cobertura de salud; encuestas de población; cobertura universal; México

## Abstract

**Objective.** To analyze the coverage of health protection in Mexico, as well as its trends from 2000 to 2012. **Materials and methods.** Descriptive analysis using household informant report about health protection in the national health surveys 2000, 2006 & 2012, profiling unprotected population in 2012, and demographic differences by scheme of health protection. **Results.** From 2000 to 2012, Mexican population that reported to be without health protection decreased from 57.6 to 21.4%. This reduction is mainly due to the increase in coverage of Seguro Popular, which by 2012 is the main insurer in Mexico, covering 38.5 of the population. Unprotected population is concentrated between 15 and 30 years of age. **Conclusion.** These results present a huge increase in health protection in Mexico in the past 12 years. Nevertheless, they also highlight the complexity of reaching universal health protection in a fragmented health system.

Key words: health services coverage; population surveys, universal coverage; Mexico

(1) Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(2) Dirección General, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

**Fecha de recibido:** 20 de noviembre de 2012 • **Fecha de aceptado:** 7 de enero de 2013

Autor de correspondencia: Dr. Juan Pablo Gutiérrez. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, México  
Correo electrónico: jgutier@insp.mx

La cobertura universal de protección en salud, entendida como el aseguramiento contra pérdidas económicas y sus consecuencias relacionadas con problemas de salud,<sup>1</sup> se ha propuesto como una estrategia necesaria para poder garantizar a la población las mejores condiciones posibles de salud, considerada esta última como un elemento clave para el desarrollo. La promoción y protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y elementos esenciales para lograr y mantener el desarrollo socioeconómico de la nación. Es claro que los determinantes sociales tienen efectos importantes sobre la salud de las personas y de las comunidades y que deben ser atendidos de manera prioritaria.<sup>2,3</sup> La cobertura universal en salud se propone como la ruta para alcanzar la aspiración de asegurar un adecuado estado de salud a todas las personas, independientemente de sus características demográficas o socioeconómicas.<sup>4</sup> En el mismo sentido, la Declaración de México, firmada durante el Foro sobre Cobertura Universal en Salud (abril de 2012) llama a promover la cobertura universal como un elemento central para el desarrollo global.<sup>5</sup>

En México, la protección en salud se identifica con un elemento necesario para llevar a la práctica el derecho a la protección de la salud establecido en 1983 en el artículo 4 de la Constitución mexicana. La reforma que dio lugar al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en 2003, y la implementación del Seguro Popular (SP), fortalecido en 2007 con el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG) ha buscado proporcionar este acceso a la población que no está dentro de los esquemas de seguridad social desarrollados para los trabajadores asalariados de la economía formal.

En el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 se propusieron diez estrategias asociadas con las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud, entre las que destaca la de consolidar la reforma financiera para hacer efectivo el acceso universal a los servicios de salud a la persona, a través del SMNG, el financiamiento equitativo a la atención médica, y el financiamiento de los servicios de alta especialidad.<sup>6</sup> En análisis recientes, se ha argumentado que México ha alcanzado ya la cobertura universal en protección en salud, a partir, principalmente, del incremento en la afiliación del SPSS que, de acuerdo con fuentes administrativas, ha alcanzado 52.6 millones de personas para 2012.<sup>7</sup>

El análisis que se presenta en este documento busca poner en contexto los hallazgos de la ENSANUT 2012 en lo que se refiere a la cobertura de protección en salud, definida a partir del reporte de los hogares, considerando las tendencias observables desde el año

2000 hasta la fecha, y el perfil general de la población con y sin protección en salud.

## Material y métodos

Análisis descriptivo de la protección en salud a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012); la descripción del diseño y alcances de la ENSANUT 2012 se reporta en otro documento.<sup>8</sup> Asimismo, para analizar las tendencias de la protección, se utiliza información de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) y Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006).<sup>9,10</sup>

En resumen, la ENSANUT 2012 es una encuesta probabilística, con un diseño de muestra polietápico y estratificado. La muestra es representativa de la población nacional y cuenta también con representatividad estatal, y por estratos urbano y rural. En particular, para este análisis se utilizó la información del instrumento de hogar, en el cual se recolectaron las características generales de los integrantes de los hogares, que incluyen edad, sexo, ocupación y condición de protección en salud. En total, en los hogares incluidos en la ENSANUT 2012, habitan 194 923 individuos, quienes representaron a los 115.2 millones de habitantes estimados para el país en 2012.

### Definición de protección en salud

Para el análisis que se presenta en este documento, se consideró el reporte del informante del hogar sobre la condición afiliación o inscripción a servicios médicos a las diferentes alternativas existentes en el país. El informante del hogar proporcionó datos de cada uno de los integrantes, de forma individual, escuchando las posibles alternativas (los diferentes esquemas de aseguramiento), y pudiendo seleccionar hasta dos opciones para cada individuo. La opción final en la pregunta indica la no afiliación o no inscripción. Es importante resaltar que es la última opción que se lee al informante.\*

Para este análisis, enfocado en la magnitud de la población sin protección, y en las características específicas de este grupo, no se consideró el doble aseguramiento, sino únicamente la primera opción de afiliación o inscripción reportada por el informante.

\* La pregunta que se le hace al informante del hogar es: ¿(Usted/ Nombre) está afiliado(a) o inscrito(a) a los servicios médicos (IMSS, ISSSTE, ISSSTE estatal, Pemex, de la Defensa o Marina, del Seguro Popular o para una Nueva Generación, seguro privado o de otra institución)?

## Identificación de la población sin protección

Adicionalmente al reporte del informante del hogar, y siguiendo el ejercicio realizado previamente y propuesto por Suárez y colaboradores<sup>11</sup> para identificar a la población efectivamente sin protección, se generó una variable de protección en salud para considerar en los esquemas de seguridad social a los integrantes del hogar que, de acuerdo con sus características y la normatividad aplicables, son susceptibles de estar cubiertos, ya sea por la seguridad social o por el SPSS. En el primer caso, se consideraron parentesco, edad y asistencia a la escuela. Esto es, para los hogares en los cuales el o la jefe del hogar hubiera sido reportado con cobertura del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), se consideró que los hijos menores de 16 años contaban con el mismo esquema, así como a los de 16 a 25 años que asistieran a la escuela. De igual manera, se consideró que los padres del jefe o jefa de hogar residentes en el mismo domicilio contaban con el mismo esquema de seguridad.

Finalmente, para considerar el SMNG, se consideró que los niños de cinco años o menos que hubieran sido reportados sin protección estarían cubiertos por el esquema del SPSS.

El ajuste para considerar la cobertura de seguridad social se aplicó igualmente a la información de la ENSA 2000 y de la ENSANUT 2006, para hacer comparables las estimaciones. No se hizo el ajuste para los menores de cinco años porque en el momento de esas encuestas no existía el SMNG.

## Otras variables consideradas

El análisis utiliza edad y sexo de los integrantes de los hogares de acuerdo a como fue reportada por el informante del hogar. Asimismo, se considera el tamaño de la localidad para analizar las posibles diferencias en protección entre individuos en localidades rurales, urbanas y metropolitanas. Finalmente, se considera el nivel socioeconómico (NSE) utilizando los quintiles estimados para la ENSANUT 2012, mismos que se describen con mayor detalle en otro documento.<sup>12</sup>

## Análisis

Se trata de un análisis descriptivo que utiliza medidas de tendencia central y dispersión, así como análisis de distribución. Ambos consideran los ponderadores y el diseño de la encuesta.

## Aspectos éticos

La ENSANUT 2012 obtuvo el consentimiento informado de los participantes, siguiendo un procedimiento revisado y aprobado por la Comisión de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública.

## Resultados

### Protección en salud en México

Sin realizar los ajustes en cobertura que se mencionan en la sección de métodos, el reporte directo de los integrantes del hogar identifica 25.43% (IC95% 24.77-26.11) de la población del país sin protección en salud. De la que cuenta con protección, el principal asegurador es el SPSS, que cubre 36.55% (IC95% 35.68-37.44), seguido del IMSS, con 30.41% (IC95% 29.49-31.33), ISSSTE con 5.62% (IC95% 5.26-5.97), Petróleos Mexicanos (Pemex) con 0.41% (IC95% 0.27-0.54), Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena)/ Secretaría de Marina (Semar), con 0.35% (IC95% 0.25-0.44), y los privados, con 0.44% (IC95% 0.35-0.53).

Con el ajuste realizado para considerar cubiertos a los individuos que, por edad y condición de estudios, son susceptibles de la cobertura del jefe o jefa de hogar, así como para considerar la cobertura de los niños menores de cinco años por el SMNG, la proporción sin protección en salud disminuye a 21.39% (IC95% 20.80-21.92); en tanto que el SPSS sube a 38.53% (IC95% 37.65-39.42), el IMSS a 32.19% (IC95% 31.25-33.12), y el ISSSTE a 6.0% (IC95% 5.63-6.38). Esto es, el ajuste hace una corrección de 3.04 puntos porcentuales o 12.4% de la cifra cruda sin correcciones. Este último resultado representa una reducción de 63% en la población sin protección entre 2000 y 2012. En la ENSA 2000, se había identificado 57.6% de la población sin protección, cifra que luego se redujo a 50.5% en 2006; lo que señala un aceleramiento importante en la cobertura entre 2006 y 2012, comparado con el periodo 2000-2006. Como puede observarse en el cuadro I, esta reducción se da fundamentalmente por el crecimiento del SPSS, ya que la cobertura de la seguridad social se ha mantenido relativamente estable en estos 12 años, en tanto que el SPSS, creado en el año 2004, pasó a 10.4% en 2006 y 38.5% en 2012.

En conjunto, las instituciones de la seguridad social han cubierto a 40.5, 36.1, y 38.9% de la población en 2000, 2006 y 2012, respectivamente. El IMSS es claramente la principal institución de la seguridad social con una concentración aproximada de 82%. Por su parte, los seguros privados se han mantenido como una alternativa marginal, sin pasar de uno por ciento en este periodo.

**Cuadro I**  
**PROPORCIÓN AJUSTADA (IC95%) DE LA POBLACIÓN MEXICANA CUBIERTA POR LOS DIFERENTES ESQUEMAS DE PROTECCIÓN EN SALUD, 2000, 2006 Y 2012**

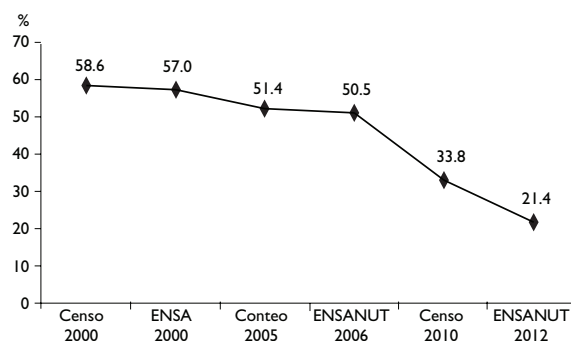
Protección	(1)	(2)	(3)
	ENSA 2000	ENSANUT 2006	ENSANUT 2012
Ninguna	57.6 (55.2 - 60.0)	50.5 (49.4 - 51.7)	21.4 (20.8 - 22.0)
IMSS	33.0 (30.8 - 35.1)	29.9 (29.0 - 30.8)	32.2 (31.2 - 33.1)
ISSSTE	6.4 (5.8 - 6.9)	5.5 (5.1 - 5.9)	6.0 (5.6 - 6.4)
Pemex	0.5 (0.3 - 0.8)	0.4 (0.2 - 0.6)	0.4 (0.3 - 0.5)
Sedena/Semar	0.6 (0.4 - 0.8)	0.3 (0.2 - 0.5)	0.3 (0.2 - 0.4)
SPSS		10.4 (9.5 - 11.2)	38.5 (37.7 - 39.4)
Privada	0.8 (0.6 - 1.0)	0.9 (0.7 - 1.1)	0.4 (0.3 - 0.5)
Otra	0.7 (0.6 - 0.8)	1.8 (1.6 - 2.0)	0.6 (0.5 - 0.7)
NS/NR	0.5 (0.4 - 0.5)	0.3 (0.2 - 0.3)	0.1 (0.1 - 0.2)
Observaciones	190 214	206 700	194 923

Fuente: estimaciones propias a partir de las referencias 10 a 12  
 SPSS: Sistema de Protección Social en Salud  
 NS/NR: no sabe/no responde

Un aspecto que es importante señalar es la consistencia entre la información estimada por el sistema de encuestas nacionales de salud 2000-2012 con la reportada por el censo y conteo de población en relación con la población sin protección en salud. Como se muestra en la figura 1, los datos del Censo 2000 y del Conteo 2005 son similares a los reportados por la ENSA 2000 y la ENSANUT 2006. Para 2012, la proporción de población sin protección en salud es significativamente menor que la reportada por el Censo 2010, lo que resulta consistente con el esfuerzo adicional de afiliación al SPSS ocurrido en este periodo.

### Brechas en la protección en salud

El análisis de los cambios en las brechas en protección en salud no considera la ENSA 2000 por las diferencias en el diseño de la encuesta, en particular la



Fuente: estimaciones propias a partir de las referencias 10 y 13 a 16

**FIGURA 1. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN MEXICANA SIN PROTECCIÓN EN SALUD ENTRE 2000 Y 2012**

definición de tamaño de localidad y la información socioeconómica incluida. No obstante, se mencionan los resultados similares reportados en el informe de dicha encuesta.<sup>16</sup>

En términos de las brechas en protección en salud, el análisis identifica que, por nivel socioeconómico para 2012, la proporción sin protección es similar en todos los quintiles; esto muestra un cambio importante contra la situación observada en 2006, cuando la diferencia en protección en salud entre el quintil de mayores y el de menores ingresos era de dos a uno. De igual forma, para la ENSA 2000 se reportó que los hogares con ingresos bajos presentaban una proporción sin protección en salud tres veces mayor en relación con los de mayor ingreso. En ese sentido, puede afirmarse que se ha cerrado la brecha por nivel socioeconómico en lo que respecta a la protección en salud (cuadro II).

Por otra parte, y de forma asociada por tamaño de localidad, las zonas rurales son las que en 2012 presentaron una menor proporción de la población sin protección, lo que parece reflejar la decisión del SPSS de cubrir, en un primer momento, las zonas rurales, y de vincular la cobertura con el Programa Oportunidades. Esto muestra un cambio importante en relación con 2000, cuando se reportó que los individuos sin protección se ubicaban principalmente en las zonas rurales, al igual que en 2006, cuando la proporción sin protección en estas zonas era de 60%, comparado con 52.9% de las urbanas y 44.9% de las metropolitanas; es decir que, en términos del tamaño de las localidades, la brecha igualmente se ha cerrado (cuadro II).

**Cuadro II**  
**PROPORCIÓN (IC95%) DE LA POBLACIÓN MEXICANA SIN PROTECCIÓN EN SALUD POR NIVEL SOCIOECONÓMICO Y TAMAÑO DE LOCALIDAD, 2006 Y 2012**

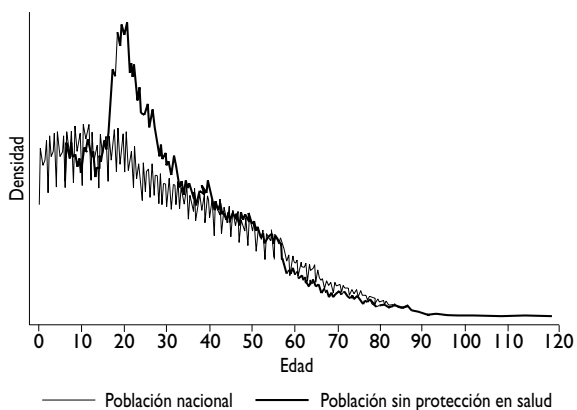
Variable	Categoría	(1) ENSANUT 2006	(2) ENSANUT 2012
Nivel socioeconómico	1	58.8 (57.2 - 60.4)	20.1 (19.2 - 21.0)
	2	54.8 (53.2 - 56.4)	21.9 (20.9 - 23.0)
	3	40.4 (38.9 - 41.8)	21.8 (20.7 - 22.9)
	4	34.7 (32.9 - 36.5)	22.4 (21.3 - 23.5)
	5	27.9 (25.5 - 30.3)	21.3 (20.1 - 22.5)
Tamaño de localidad	Rural	60.6 (57.9 - 63.3)	17.7 (16.7 - 18.8)
	Urbana	52.9 (50.5 - 55.3)	21.8 (20.5 - 23.2)
Metropolitano		44.9 (43.5 - 46.3)	22.6 (21.8 - 23.5)
Observaciones		206 699	194 911

Fuente: estimaciones propias a partir de la ENSANUT 2006 y 2012

### Perfil de la población sin protección

Entre la población reportada sin cobertura de protección en salud para 2012, una característica que destaca es que se trata de jóvenes; en comparación con la distribución de la población nacional por edad, al trazar la distribución de la población sin protección se destaca una mayor concentración entre los 15 y 30 años de edad, que alcanza el máximo entre los de 20 y 24 años (figura 2).

Analizando en particular al grupo de entre 15 y 30 años, se observa que, además de ser la población en la que se reporta mayor proporción sin protección en salud, se presentan también condiciones que representan retos para la cobertura. Esto es, entre este grupo de población 26% reporta no trabajar y no asistir a la escuela; esta condición es claramente mayor entre las mujeres en relación con los hombres (40 vs. 12%). Si se suma también la ausencia de protección en salud en este grupo de edad, 9% de los individuos no cuentan con protección, no trabajan y no asisten a la escuela, lo que representa cerca de tres millones de jóvenes. A pesar de que la protección en salud es mayor entre las mujeres, al sumar las condiciones mencionadas esta condición agrupada de carencias es mayor entre las mismas (cuadro III).



**FIGURA 2. DISTRIBUCIÓN TOTAL DE LA POBLACIÓN MEXICANA POR EDAD, SIN PROTECCIÓN EN SALUD EN 2012**

### Perfil de riesgo para las instituciones aseguradoras

Para considerar los retos diferenciales de las diferentes instituciones públicas aseguradoras, se revisó el perfil demográfico de la población adscrita a las mismas. Esta primera aproximación permite comparar el perfil del riesgo que enfrentan, considerando la demanda diferencial por servicios de salud en diferentes momentos de

**Cuadro III**  
**PROPORCIÓN (IC95%) DE CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS EN RELACIÓN CON LA PROTECCIÓN EN SALUD DE LA POBLACIÓN MEXICANA DE ENTRE 15 Y 30 AÑOS DE EDAD, 2012**

Característica	(1)	(2)	(3)
	Total	Hombres	Mujeres
Sin protección en salud	30.4 (29.6 - 31.2)	34.6 (33.5 - 35.7)	26.3 (25.4 - 27.2)
No asiste a la escuela	70.2 (69.4 - 71.0)	69.5 (68.5 - 70.5)	70.9 (70.0 - 71.8)
No trabaja	50.7 (50.0 - 51.5)	36.1 (35.1 - 37.1)	64.9 (64.0 - 65.9)
No asiste a la escuela y no trabaja	26.4 (25.8 - 27.0)	12.2 (11.6 - 12.8)	40.2 (39.2 - 41.1)
Sin protección en salud, no trabaja, y no asiste a la escuela	9.0 (8.6 - 9.4)	6.3 (5.9 - 6.8)	11.5 (10.9 - 12.1)

Fuente: estimaciones propias a partir de la ENSANUT 2012

la vida y el costo asociado. De forma general, el riesgo para las aseguradoras en salud se incrementa cuando la población cubierta tiene una mayor probabilidad de requerir atención, lo que ocurre cuando se desarrollan padecimientos crónicos; esto es, cuando la población cubierta tiene una composición demográfica hacia grupos de edad más avanzada.

La pirámide de población del país, considerando a la población cubierta por el SPSS, IMSS e ISSSTE, y los sin protección (en conjunto, 98% de la población), permite mostrar las diferencias en el perfil de la población asegurada, y lo que esto representa para el *pool* de riesgo de los mecanismos de protección. Como se observa en la figura 3, en tanto que el SPSS tiene un perfil enfocado en la población joven, los mecanismos de seguridad social tienen pirámides más angostas en la base; particularmente en el ISSSTE hay un doble angostamiento: la participación de niños pequeños es muy reducida, y luego nuevamente se reduce la participación de jóvenes entre 20 y 39 años, lo que perfila una población más envejecida y con mayores costos en lo que se refiere a la atención a la salud; es decir que, en tanto que la

edad promedio de la población general es de 29.06 años (IC95% 28.82-29.30), la edad promedio de la población en el SPSS es de 24.90 años (IC95% 24.65-25.16), la del IMSS de 31.29 años (IC95% 30.85-31.72), la del ISSSTE 36.35 años (IC95% 35.60-37.11), y los sin protección 30.85 años (IC95% 30.55-31.16).

## Discusión

El análisis de las encuestas nacionales de salud desde 2000 hasta 2012 muestra que ha habido en el país un avance muy importante en términos de la protección en salud de los mexicanos. En tanto que la ENSA 2000 identificó a casi seis de cada 10 mexicanos como sin protección en salud, para la ENSANUT 2012 esta cifra se redujo a poco más de dos de cada 10. Si bien esta cifra aún representa a cerca de 25 millones de mexicanos, considerando el crecimiento poblacional, el incremento en protección en salud en México implica que, en 12 años, la población con algún mecanismo de aseguramiento ha pasado de menos de 40 millones de personas en 2000 a cerca de 86 millones de mexicanos para 2012.

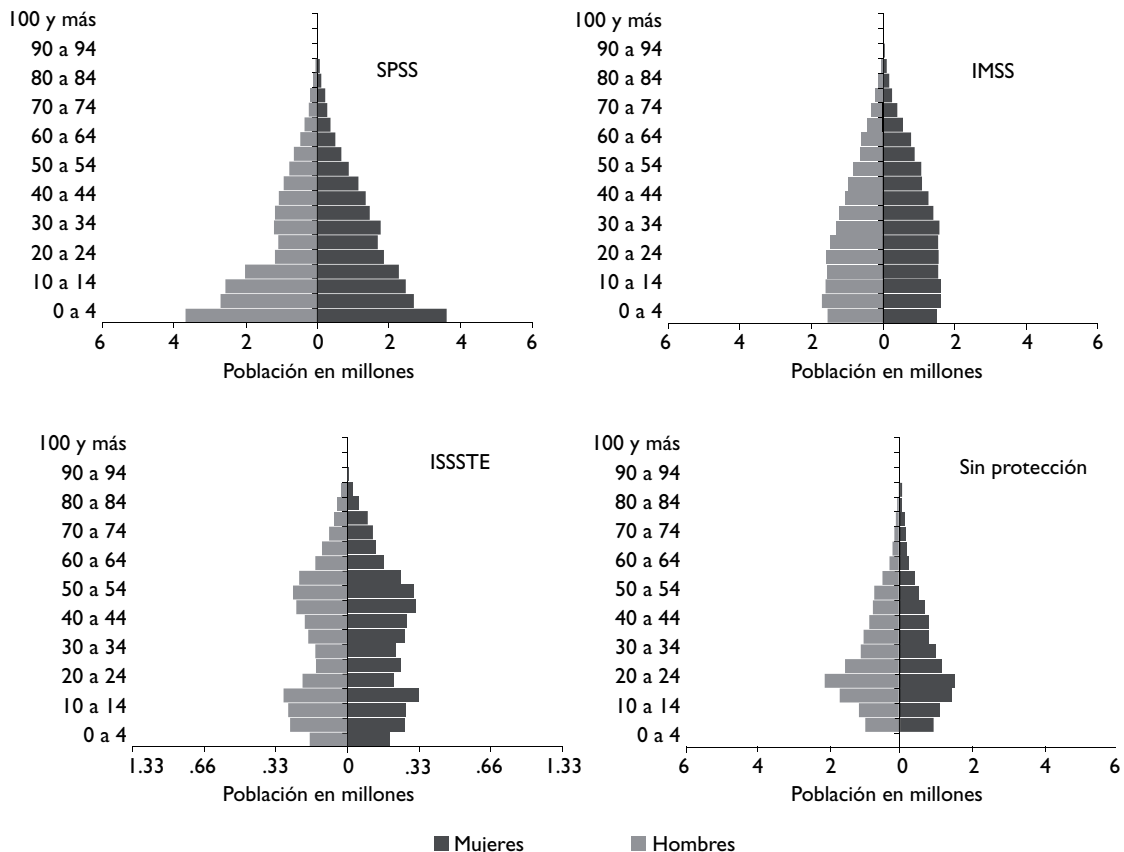


FIGURA 3. PIRÁMIDES POBLACIONALES POR ESQUEMA DE PROTECCIÓN EN SALUD EN MÉXICO, 2012

No obstante, considerando un monto por persona de 1 250 pesos (promedio de la aportación federal para la población en el Seguro Popular), ofrecer cobertura a la población sin protección en salud representaría poco más de 30 000 millones de pesos anuales.

Si bien estas cifras representan un crecimiento muy importante, claramente presentan divergencias importantes con los reportes administrativos sobre cobertura. La información publicada señala que, por registros administrativos, la cobertura de protección en salud es cercana a 100%.<sup>7</sup> En primera instancia, es necesario señalar que la información generada a partir de la ENSANUT 2012 es consistente con la información reportada por el INEGI de los censos nacionales de población y vivienda de 2000 y 2010 y del Conteo de Población 2005. Las diferencias que se observan con los registros administrativos, si bien en parte podría incluir un subreporte de los hogares, pueden estar más en función de las deficiencias de los sistemas de registro que no están adaptados para considerar el dinamismo en el mercado laboral, e incide en movimientos constantes en la derechohabiencia a la seguridad social, entre otros aspectos, adicional a la falta de alineación de los incentivos para el reporte.

En ese sentido, un reto importante para el monitoreo de la cobertura es contar con información confiable de forma rutinaria, lo que puede lograrse por medio de un registro nominal único para las instituciones de salud y una clave única. La conformación y mantenimiento constante de un registro nominal de salud que considere la información con CURP e integre todas las instituciones es un primer paso necesario para asegurar un mecanismo para monitorear la cobertura del sistema. Únicamente de esta forma será posible hacer frente al dinamismo laboral, que se traduce en entradas y salidas constantes del sector formal, así como las actualizaciones requeridas por los nacimientos y fallecimientos. Con la actualización permanente de este registro por medio de los procesos administrativos habituales de las instituciones, se podrá conocer con mayor precisión la población atendida por cada proveedor de servicios de salud, así como su estatus de cobertura.

De acuerdo con las cifras de la ENSANUT 2012, la población con menor protección son los jóvenes de 15 a 30 años. En ella se conjuga la salida de la seguridad social asociada con los padres con una menor preocupación por la salud. Si bien, en lo general, se trata de una población sana, las acciones preventivas y de detección oportuna son de primera importancia entre los jóvenes, ya que si son efectivas, por un lado, permiten disminuir la aparición de padecimientos y sus complicaciones y, por el

otro, identificar de forma temprana los padecimientos e implementar estrategias que reduzcan las consecuencias negativas de los mismos. En ese sentido, dirigir estrategias de afiliación hacia los jóvenes que han dejado la escuela y no se han incorporado al mercado laboral formal permitirá atraerlos hacia el sistema de salud en lo general, y los servicios preventivos en lo particular.

Finalmente, considerando el papel que juega la salud en el desarrollo, resulta primordial asegurar la protección en salud. Contar con un registro nominal en este rubro también es una herramienta importante para el tránsito hacia un sistema de provisión de servicios de salud integrado. Un eje central para este sistema es la información hacia la población sobre la posibilidad de utilizar servicios de salud en el lugar de su preferencia entre las alternativas públicas. Un primer paso en esa dirección está en los acuerdos que ya se están poniendo en práctica en el ámbito hospitalario entre instituciones públicas. En la ausencia de una infraestructura necesaria para contar con expedientes clínicos a los que se pueda acceder desde distintos puntos, la fase inicial debe centrarse en lograr una mayor eficiencia con las instalaciones disponibles, lo que evita duplicidades y se inicia un mecanismo de elección a implementar con pagos entre instituciones, definiendo con claridad el paquete de servicios que se cubre por cada institución.

Es necesario hacer hincapié en que este análisis se basa en el reporte de los hogares que podría presentar sesgos debido a información incompleta por parte del informante del hogar. Adicionalmente, la encuesta se realizó entre octubre de 2011 y mayo de 2012, y podría no reflejar los esfuerzos de afiliación al SPSS ocurridos en meses posteriores. Adicionalmente, el dinamismo del mercado laboral genera cambios continuos en la afiliación y desafiliación a la seguridad social; no obstante, la consistencia con los datos del censo sugiere que las estimaciones son una medición cercana a la realidad.

## Conclusiones

La cobertura universal en salud es un mecanismo para hacer efectivo el derecho constitucional a la atención de la salud, así como el desarrollo humano y económico. Las reformas en México han sentado ya las bases para su concreción; no obstante, los retos que plantean las limitaciones de información llaman a implementar mecanismos y herramientas para hacer monitoreable la cobertura.

*Declaración de conflicto de intereses:* Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. International Labour Organization. Social health protection: an ILO strategy towards universal access to health care. Ginebra: ILO, 2008.
2. World Health Organization. World Health Report 2010. Health systems financing. Path to universal coverage. Ginebra: WHO, 2010.
3. Frenk J, de Ferranti D. Universal health coverage: good health, good economics. *Lancet* 2012;380(9845):862-864.
4. Holmes D, Chan M. Committed to universal health coverage. *The Lancet* 2012;380(9845):879.
5. Mexico City Political Declaration on Universal Health Coverage: sustaining universal health coverage: sharing experiences and promoting progress. Disponible en: [http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/Mexico\\_City\\_Political\\_Declaration\\_Universal\\_Health\\_Coverage.pdf](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/Mexico_City_Political_Declaration_Universal_Health_Coverage.pdf)
6. Secretaría de Salud. Programa Sectorial de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México: Ssa, 2008.
7. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet* 2012;380(9849):1259-1279.
8. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Franco-Núñez A, Villalpando S, Cuevas-Nasu L, Gutiérrez JP, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S332-S340.
9. Sepúlveda J, Tapia-Conyer R, Velásquez O, Valdespino JL, Olaiz-Fernández G, Kuri P, et al. Diseño y metodología de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Publica Mex* 2007;49(3):427-432.
10. Palma O, Shamah T, Franco A, Olaiz G, Méndez I. Metodología. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
11. Suárez A, González JJ, Muradás MC, Lozano R. Población no asegurada y núcleos familiares sujetos de afiliación al Sistema de Protección Social en Salud. Síntesis Ejecutiva. México: SINAI, 2004.
12. Gutiérrez JP. Clasificación socioeconómica de los hogares en la ENSANUT 2012. *Salud Publica Mex* 2013;55 supl 2:S341-S346.
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo 2000 Perfil sociodemográfico. Estados Unidos Mexicanos. XII. Censo General de Población y Vivienda 2000. Aguascalientes, México: INEGI, 2000
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Conteo 2005. Perfil sociodemográfico. Estados Unidos Mexicanos 2005. Aguascalientes, México: INEGI, 2008
15. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales resultados del Censo de Población y Vivienda 2010. Aguascalientes, México: INEGI, 2011
16. Valdespino JL, Olaiz G, López-Barajas MP, Mendoza L, Palma O, Velásquez O, et al. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo I. Vivienda, población y utilización de servicios de salud. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.