



Geografía y pobreza Nuevos enfoques de análisis espacial

Flor M. López
(Coordinadora)



Instituto de Geografía
Universidad Nacional Autónoma de México

Colección: Geografía para el siglo XXI
Serie: Libros de investigación, núm. 19

Geografía y pobreza

Nuevos enfoques de análisis espacial

Flor M. López
(Coordinadora)



México, 2017

Geografía y pobreza: Nuevos enfoques de análisis espacial / Coordinador, Flor M. López Guerrero. – México: UNAM. Instituto de Geografía, 2017
276 p. ; il. : 22 cm. – (Geografía para el Siglo XXI; Serie Libros de Investigación: 19)
ISBN (Obra general): 970-32-2976-X
ISBN: 978-607-02-8859-3
DOI: <http://dx.doi.org/10.14350/gsexxi.li.19>

1. Pobreza, Geografía I. UNAM. Instituto de Geografía II. Ser.

Geografía y pobreza. Nuevos enfoques de análisis espacial

Primera edición, 20 de febrero de 2017.

D.R. © 2017 Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria,
Coyoacán, 04510 México, Cd. Mx.
Instituto de Geografía,
www.unam.mx, www.igeograf.unam.mx

Editor académico: José Luis Palacio Prieto.
Editores asociados: María Teresa Sánchez Salazar y Héctor Mendoza Vargas.
Editor técnico: Raúl Marcó del Pont Lalli.

Prohibida la reproducción parcial o total por cualquier medio,
sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

La presente publicación presenta los resultados de una investigación
científica y contó con dictámenes de expertos externos, de acuerdo
con las normas editoriales del Instituto de Geografía.

Proyecto PAPIIT núm. IA300213
“Pobreza urbana y acceso a los servicios de agua y salud en las
delegaciones Magdalena Contreras y Xochimilco”

Geografía para el siglo XXI (Obra general)
Serie Libros de investigación
ISBN (Obra general): 970-32-2976-X
ISBN: 978-607-02-8859-3
DOI: <http://dx.doi.org/10.14350/gsexxi.li.19>

Impreso y hecho en México

Capítulo 9. Las farmacias con consultorios médicos anexos como alternativa de servicios de salud para los pobres. El caso de la Magdalena Contreras, Ciudad de México*

Flor M. López

Departamento de Geografía Social
Instituto de Geografía, UNAM

Introducción

Para la población pobre que no cuenta con derechohabiencia o con algún otro tipo de seguridad social, los consultorios médicos anexos a farmacias (CMAF) se han convertido en su principal alternativa de servicio de salud. No obstante, hay una población que, aunque cuenta con algún tipo de derechohabiencia, prefieren en la mayoría de las ocasiones acudir a la atención médica que ofrece esta modalidad de atención.

La importancia que han adquirido estos establecimientos se debe a las dimensiones de su crecimiento. De acuerdo con la Comisión Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), en 2015 se registraron 28 000 farmacias en todo el país, de las cuales 15 000 cuentan con un consultorio anexo, lo cual significa que más de la mitad (53%) de las farmacias a nivel nacional reportan este esquema de servicio de salud.

Por lo anterior, se induce que la proliferación de este tipo de establecimientos se han convertido en una alternativa de acceso a los servicios de salud para la población en condición de pobreza y con derechohabiencia.

* Este trabajo fue realizado gracias al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) con clave RA300213 denominado "Pobreza urbana y Acceso a los servicios de agua y salud en las delegaciones Magdalena Contreras y Xochimilco, el cual estuvo bajo la coordinación de la Dra. Flor M Lopez.

Las razones por las que la población pobre y con derechohabencia decide recurrir a estos establecimientos son varias: una de ellas, y quizá la principal, es porque allí la consulta médica y los medicamentos son más baratos y, frecuentemente, hay disponibilidad de ambos, y en algunos casos ofrecen además servicios de laboratorio clínicos. Una segunda razón se refiere a la proximidad y disponibilidad, es decir, estos establecimientos están localizados en espacios cada vez más cercanos a los pobres y cada vez hay más establecimientos de este tipo, esto es, que los pobres tienen más alternativas y mayor seguridad de acceder a un servicio de salud. Una tercera es la referente a la calidad de la atención, que suele ser buena en cuanto a tiempo, atención, trato, etc. Y la cuarta tiene que ver con el nivel con el que se resuelve su estado de salud: a pesar de que sea resuelta de forma parcial o temporal, acuden con mayor frecuencia.

Por otro lado, la proliferación de CMAF obedece a una lógica de cubrir un mercado potencial, en este caso son los pobres, lo cual garantiza un uso frecuente del servicio. No obstante, a pesar de que esos establecimientos proliferen, su infraestructura no cuenta con los requerimientos mínimos establecidos por la ley en cuanto al espacio y los accesorios que intervienen en una consulta completa, como es la cama de auscultación, por mencionar uno de ellos, es decir, se requiere una inversión muy baja para su establecimiento y eso repercute en la calidad de la atención.

Por otra parte, la atención médica puede ser preventiva o de detección más no de tratamiento y control; por lo regular se tiende a dar atención a aquellas enfermedades de rápida curación, como las respiratorias, gastrointestinales y dolores de cabeza.

Por lo anterior, el objetivo de este capítulo es caracterizar los servicios de salud dirigidos a la población pobre, así como analizar y discutir las ventajas y desventajas de los CMAF como alternativas adecuadas para resolver el estatus de salud de la población que se encuentra en condición de pobreza.

¿Quién atiende a los pobres?: caracterización de los servicios de salud en los espacios con población de bajos ingresos

Los servicios de salud en México están diversificados y fragmentados. Por un lado, diversificados porque existen al menos dos instituciones principales que ofrecen servicios de salud, una de esas dos instituciones es el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que da servicios a los trabajadores del sector público y

privado, mientras que la otra institución es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que presta servicios de salud únicamente a los trabajadores empleados por el Estado. Existen otras instituciones gubernamentales que también cubren a sus trabajadores, como es Petróleos Mexicanos (PEMEX) o la Secretaría de Marina (SEMAR).

Por otro lado, los servicios de salud están fragmentados porque existen otras modalidades a las que puede acceder la población que no tiene empleo o derechohabencia, o que se encuentra en una situación de desventaja socioeconómica. Tal es el caso del Seguro Popular, el cual pertenece al Sistema de Protección Social en Salud, y que requiere que se cubra una cuota anual familiar. Otros son los servicios que la Secretaría de Salud ofrece para la población que se encuentra en situación de desventaja, como mujeres, niños y adultos mayores. Y, como mencionamos, existen los CMAF, que ofrecen precios muy bajos para sus consultas y medicamentos, razón por lo cual pueden considerarse servicios de salud privados con “orientación popular”.

A continuación se explica algunos rasgos de la diversificación y la fragmentación de los servicios de salud, específicamente en la Ciudad de México (Cd. Mx.), como es la desigualdad y la deficiencia en cuanto a la derechohabencia y cuáles son los servicios de salud que atienden a los pobres.

En la Cd. Mx., se calculó que en 2005 había 3 719 053 personas sin derechohabencia, cantidad que disminuyó hacia el 2010, año en que se registraron 2 297 074 personas bajo dicha categoría.

A nivel territorial, en la Cd. Mx. se identifica una desigualdad muy marcada de la derechohabencia. Por un lado, como se observa en el Cuadro 1, existen cuatro delegaciones de un total de dieciséis (Tlalpan, Xochimilco, Tlahuac y Milpa Alta), donde casi la mitad de su población no tienen derechohabencia. En cambio hay delegaciones que no llegan a rebasar el 30% de su población en dicha situación. En el 2010, el 53% de la población derechohabiente en la Cd. Mx. estaba afiliada al IMSS, mientras que solo el 19% al ISSSTE, y el 27% a otros servicios de salud, como PEMEX, SEMAR o alguno privado (Cuadro 1).

Por otro lado, es relevante señalar la importancia que adquiere el Seguro Popular en la Cd. Mx., ya que en el año 2005, el Gobierno de la Ciudad consideró incorporar al Seguro Popular como una política para ampliar la cobertura de los servicios de salud. Esta modalidad de derechohabencia está enfocada en atender a aquella población que no cuenta con algún empleo, que trabaja por cuenta propia y que no tiene ningún tipo de cobertura de seguridad social; en particular, se beneficia más a la población con mayores necesidades, es decir, mujeres embarazadas, familias que habitan zonas de alta y muy alta marginación

Cuadro 1. Situación de derechohabencia en la Ciudad de México, 2000-2010.

Delegación	Población derechohabiente			Población sin derechohabencia			Familias afiliadas al Seguro Popular 2010
	2000	2005	2010	2000	2005	2010	
Distrito Federal	51.69	53.61	63.78	45.94	42.65	33.57	9.29
Álvaro Obregón	50.02	56.79	68.06	47.13	40.57	30.03	12.34
Azcapotzalco	63.13	64.65	72.59	34.39	31.99	24.87	8.9
Benito Juárez	58.12	64.22	68.01	37.04	27.81	24.49	2.75
Coyoacán	55.66	59.51	66.38	40.81	36.25	29.69	10.32
Cuajimalpa	42.57	54.39	66.08	52.53	41.46	31.03	6.55
Cuauhtémoc	53.3	53.09	64.01	42.83	39.33	32.13	11.82
Gustavo A. Madero	53.4	56.39	67.75	44.67	40.9	30.75	16.37
Iztapalapa	46.73	47.21	60.38	51.31	50.52	38.3	20.88
Iztacalco	54.29	55.52	64.96	43.24	41.06	32.4	5.68
Magdalena Contreras	49.85	56.46	64.49	46.89	47.77	33.11	13.56
Miguel Hidalgo	53.94	61.85	69.7	40.83	30.73	23.82	8.4
Milpa Alta	33.91	32.19	52.99	64.57	66.14	46.25	22.81
Tlahuac	48.25	47.76	58.72	49.45	50.12	40.3	21.73
Tlalpan	48.69	50.57	56.51	48.54	44.99	40.54	24.7
Venustiano Carranza	52.25	52.35	63.81	43.12	42.41	32.77	7.8
Xochimilco	45.89	45.31	53.55	51.5	51.01	43.16	19.93

Fuente: INEGI (2000, 2005 y 2010).

y personas que cuenten con algún padecimiento que se considere de alto impacto económico en el gasto del hogar, como personas con cáncer o sida. Así se favorece el acceso gratuito a la atención médica-quirúrgica y a los servicios farmacéuticos y hospitalarios.

De acuerdo con lo anterior, en la Cd. Mx. el 9.40% de las familias están afiliadas al Seguro Popular. Las delegaciones con los mayores porcentajes de población sin derechohabencia coinciden con los más altos porcentajes de familias

afiladas al Seguro Popular: nuevamente, Tlalpan, Tláhuac y Milpa Alta concentraron el 24, 21 y 22%, respectivamente (INEGI, 2010).

¿Quién atiende a los pobres?: distribución territorial de servicios de salud en los espacios pobres

En el espacio intraurbano de la Cd. Mx. existe un escenario socio-territorial fragmentado y/o diversificado de los servicios de salud, ya que se identifican al menos dos modalidades de este tipo de servicios que atienden a los pobres. La primera se refiere a los servicios de salud que ofrece el gobierno local de la Cd. Mx., denominados Centros de Salud Comunitarios, catalogados como servicios de salud públicos, y la segunda es la modalidad de CMAF.

En 2001 se crearon los Centros de Salud Comunitarios mediante el Programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos (PSMMG), cuyo objetivo principal fue darle atención gratuita a todos aquellos residentes de la Ciudad de México sin derechohabiencia o que no tuvieran seguridad social y que, desde la perspectiva territorial, permitiera cubrir aquellas zonas con niveles de marginación muy alto y alto que carecían de dicha infraestructura (SSA-DF, 2004:6).

Sin embargo, este programa dio como resultado una cobertura muy desigual y muy deficiente a nivel territorial. Por una parte, como se observa en el Cuadro 2, proliferan los centros de salud de primer nivel donde solo existe un médico y una enfermera (96 establecimientos); le siguen en relevancia los centros de tercer nivel que ofrecen consultas médicas, farmacia y análisis de laboratorio clínicos (59 establecimientos) y por último solo existen 46 establecimientos de segundo nivel. Por otra parte, donde hay más población sin derechohabiencia es donde más se requiere de centros de salud comunitarios. Finalmente, en 2010 el 40% de los servicios otorgados por estos establecimientos lo concentraban solo tres delegaciones.

Con se desprende de lo anterior, todavía es muy deficiente la política social enfocada a los sectores más pobres de la población, lo que propicia que este sector prefiera asistir a los centros de salud comunitarios de más alto rango.

Los centros de salud comunitarios también presentan un déficit importante en cuanto a su atención, ya que cada vez más atienden a un mayor número de población, incluidos derechohabientes o afiliados al Seguro Popular. Este sector asegurado prefiere tratarse en estos centros de salud que en los servicios a los que están afiliados, los que en muchos casos no les garantizan un buen servicio de salud, lo que vuelve más deficiente el sistema.

Cuadro 2. Distribución de los Centros de Salud Comunitarios en el Distrito Federal.

Jurisdicción delegacional	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Total	Servicios otorgados en los centros de salud	%
Álvaro Obregón	6	1	6	13	241 838	5.3
Azcapotzalco	9	3	3	15	216 675	4.75
Benito Juárez	2	0	2	4	181 779	3.99
Coyoacán	5	4	3	12	251 114	5.51
Cuajimalpa	9	0	2	11	93 015	2.04
Cuauhtémoc	0	0	5	5	459 371	10.07
Gustavo A. Madero	18	9	5	32	608 109	13.34
Iztapalapa	0	1	4	5	205 352	4.5
Iztacalco	10	7	5	22	736 446	16.15
Magdalena Contreras	6	1	2	9	105 420	2.3
Miguel Hidalgo	0	0	5	5	292 619	6.42
Milpa Alta	7	3	1	11	118 741	2.6
Tlahuac	3	4	2	9	231 304	5.07
Tlalpan	11	3	5	19	242 633	5.32
Venustiano Carranza	5	5	4	14	365 496	80.2
Xochimilco	5	2	5	12	210 067	4.61
Distrito Federal	96	42	59	198	4 559 979	100

Fuente: Secretaría de Salud del Distrito Federal.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 señala que 3 de cada 10 personas derechohabientes prefieren los servicios de salud privados, ya que en las instituciones a las que se encuentran afiliados existe un exceso en la demanda lo que hace insuficiente la calidad del servicio (Cruz, 2012:43).

En el 2012, el secretario de Salud del Gobierno de la Cd. Mx. reportó que existen 4 millones de personas afiliadas al PSMMG y que, además, se atiende a 250 mil personas de otras entidades. También destacó que en seis años la afiliación creció de 56 a 85% (Llanos, 2012:40). Esto trae como consecuencia que

se incremente la demanda de los servicios de salud de los centros comunitarios no solo de parte de la población de bajos ingresos sino también de aquellos con derechohabencia.

Con respecto a los servicios que se ofrecen en los CMAF, se identifica la presencia cada vez mayor de una nueva modalidad de atención de salud, pues proveen atención médica y de medicamentos a los precios más bajos, lo que hace que la población pobre pueda acceder con mayor facilidad a los servicios de salud que ofrece esta modalidad.

Ventajas de los consultorios médicos anexos a farmacias como alternativa de servicios de salud para los pobres

En México, los CMAF adquirieron importancia entre la población de bajos recursos, debido a la flexibilidad en los precios de sus medicamentos y de sus consultas médicas. Estos están alcanzando tal dimensión en el ámbito urbano que, poco a poco, han ido sustituyendo el uso de los servicios de salud públicos por parte de la población que es derechohabiente del IMSS, el ISSSTE o el Seguro Popular, o que hacían uso de los centros de salud de la Secretaría de Salud Federal.

La rápida difusión de esta modalidad de atención a la salud refleja que no solo se cubre una demanda insatisfecha de la población con derechohabencia, sino que cada vez son una alternativa de atención médica para los pobres, lo cual ha propiciado un mayor uso de este tipo de establecimientos.

En los espacios pobres, específicamente los de la periferia urbana de la Cd. Mx., existe un amplio espectro de este tipo de establecimientos que facilitan el acceso a los servicios de salud, ya que tendieron a incrementarse por el rol que desempeñaron sus propietarios al identificar la carencia de infraestructura de salud pública, así como la localización de la mayoría de la población sin derechohabencia, es decir, “descubrieron” un mercado potencial como es el de la salud.

De esta manera, la respuesta a dichas carencias de infraestructura y derechohabencia fue acercar a los pobres los servicios de salud a través de una nueva modalidad, como el abaratamiento de los medicamentos y de las consultas médicas. Como lo explica Garrocho (2011:217), las estrategias innovadoras de este tipo de establecimiento son muy atractivas para los pobres por dos elementos esenciales: el primero se refiere al precio, que suele ser bajo, con un servicio por lo general de buena calidad y con flexibilidad de horarios; y el segundo tiene que ver con la tendencia a localizarse en los espacios que socioterritorialmente han dejado vacíos los servicios públicos de salud, y porque su localización reduce una serie de difi-

cultades que experimenta la población pobre como es la no accesibilidad (tiempo, distancia y costo). Estos son dos elementos que logran *fidelidad* en el mercado al que pueden acceder los pobres, y que, a su vez, explican el patrón de distribución-concentración de este tipo de establecimientos en la periferia urbana.

Por otro lado, desde el punto de vista social y territorial, los CMAF ofrecen un servicio de salud más integral, pues reciben varios servicios a la vez: atención médica, disponibilidad de medicamentos, y en algunos casos, hasta servicio de laboratorio de análisis clínicos y consulta dental, con precios muy bajos y, en ocasiones, promociones para determinados análisis.

Desde el punto de vista social, esta modalidad se ha extendido hasta las tiendas departamentales, como las de autoservicio, ampliando las alternativas de disponibilidad y de comodidad para su uso (consulta médica) y consumo (medicamentos).

Finalmente, desde el punto de vista institucional contribuyen a disminuir la carga de consultas de los médicos de los servicios públicos y privados.

Desventajas de los consultorios médicos anexos a farmacias como alternativa de servicios de salud para los pobres

Hay poca información sobre la distribución, funcionamiento y calidad de la infraestructura de los CMAF, lo cual es un indicio del desconocimiento de las autoridades encargadas de la regulación de este tipo de establecimientos que ofrecen servicios de salud; también se carece de un monitoreo recurrente acerca del funcionamiento del personal contratado.

Lo anterior explicaría que el uso y consumo de los servicios médicos de los CMAF podría significar que los pobres pueden ser más pobres por utilizar y contar con este tipo de acceso de atención médica. Y es que a pesar de que los CMAF representan una alternativa más de acceso a los servicios de salud para los pobres, se puede considerar que este tipo de acceso no “es un estándar de justicia” o que “no es una forma adecuada de uso de un servicio formal”; según Pirie (1974), o bien, de acuerdo con Ricketts (2010:523), que se considere como una “oportunidad” de acceso a los servicios de salud de baja calidad.

Lo anterior puede explicarse por varias razones. La primera a que el crecimiento de este tipo de servicios de salud se dio de forma acelerada y sin un seguimiento desde que surgieron. Este aumento se dio a partir de 2002, de acuerdo

con datos de la COFEPRIS:⁶¹ en 2002 había 1 000 CMAF, en 2010 eran 4 300, hasta contabilizar para 2014 más de 15 000 farmacias, esto es, se registró un crecimiento de 340% entre 2010 y 2014. Sin embargo, ante un incremento tan acelerado, la COFEPRIS puso atención hasta 2013, año en que implementó una *Estrategia para el Fortalecimiento de la Regulación en Farmacias y Consultorios* con el objetivo de garantizar que los CMAF cumplan con la normatividad para el buen funcionamiento y calidad del servicio. La aplicación de dicha estrategia se realizó en tres fases, la primera denominada “Visitas de fomento sanitario”, que, en la práctica consistió en avisar a los propietarios de los CMAF de dichas vistas, para lo cual se circuló una “Guía para las buenas practicas sanitarias en farmacias consultorios”.⁶² Este aviso dio lugar a que muchos propietarios de los CMAF pusieran en orden la infraestructura y contaran con un registro en regla ante la llegada de los visitantes de la COFEPRIS. Es decir, el funcionamiento de estos establecimientos durante 12 años fue a su libre albedrío, pues no había existido antes de 2013 una regulación similar. Durante la segunda fase se realizaron las visitas de verificación y en la fase tres se anunciaron las acciones para la buena calidad del servicio. Entre 2013 y 2015 se visitaron 7 000 CMAF, casi el 50%, mismos a los que se les circuló la guía con previo aviso. Como resultado de ello, el 80% de los CMAF verificados cumplieron con la normatividad y solo se suspendieron 374 establecimientos de este tipo.

Lo anterior evidencia que se tomaron acciones tardías, que muchos de los establecimientos no verificados pueden ser de dudosa calidad y procedencia, lo cual pone en una situación de vulnerabilidad y riesgo la salud de la población desprotegida de seguridad social.

La segunda razón se refiere a la contratación, y todo lo que esto representa, de los médicos que atienden en los CMAF. Una de las implicaciones derivadas es que son médicos recién egresados, que aún no cuentan con la residencia médica, la cual es fundamental para su práctica y experiencia, o peor aún, no cuentan con el título, ni la cédula profesional para ejercer la profesión.

De acuerdo con lo anterior, en 2015 se publicó un estudio relevante que contribuiría a enriquecer y precisar los indicadores para la regulación en CMAF. Esta publicación, de Díaz-Portillo y otros (2015:321), comparó las formas de contratación y remuneración de médicos que atendían en consultorios médicos anexos a farmacias frente a los médicos independientes. Como contexto general, repor-

⁶¹ COFEPRIS (2015).

⁶² Consúltese esta guía en: <http://www.cofepris.gob.mx/Documents/LoMasReciente/12082013.pdf>

taron que, a nivel nacional, en 2012 había más de 32 mil médicos contratados en los CMAF. A partir de estos datos se tomó una muestra del tipo de contratación, remuneración y experiencia de los médicos contratados. Los resultados mostraron que los médicos que atienden en los CMAF cuentan con poca experiencia, en promedio entre 5 y 12 años, y no tienen estudios de posgrado. El 18% no tuvieron que mostrar su cédula profesional al ser contratados, el 11% fue empleado con el único requisito de ser pasante, y el 27% no utiliza historias clínicas.

Estos datos indican el grado de ilegalidad con la que actúan muchos de los intermediarios contratistas de los médicos recién egresados que, por lo regular, se aprovechan de la necesidad de muchos de estos médicos que no han podido acceder a una residencia médica. Este tipo de contrataciones da como resultado que, en muchos CMAF los médicos no duran mucho tiempo, hay cambios constantes de establecimiento, y están sujetos a una baja remuneración económica.

Otro resultado relevante del mismo estudio de Díaz-Portillo y otros (2015:327) tiene que ver con una modalidad muy frecuente en estos establecimientos, la de dar la consulta gratuita o a un precio muy bajo. Esto se lleva a cabo bajo la “condición” de que el paciente compre los medicamentos en la farmacia adjunta, lo que puede dar lugar a un diagnóstico exagerado para una prescripción inadecuada. Suelen llenar de medicamentos ambos lados de las recetas médicas.

Lo anterior evidencia que, a pesar de los esfuerzos de la COFEPRIS, aún hay mucho que trabajar para precisar los indicadores de regulación, ya que son aspectos que afectan directamente la calidad de la salud de la población.

A continuación se presenta la tercera razón, ilustrada con un estudio de caso, que demuestra la mayor desventaja del uso de este tipo de salud, el empobrecimiento de los pobres al tener que invertir un porcentaje del gasto del hogar en el costo de las consultas y medicamentos. Se tomó como ejemplo la delegación Magdalena Contreras, en el sur de la Ciudad de México.

La situación y el uso de los servicios de salud en los espacios pobres: el caso de Magdalena Contreras

Es evidente que la multiplicidad de CMAF permite un mayor acceso a la salud de los grupos de población pobre, a su vez que reduce el monto de la inversión en salud del gasto de los hogares, sobre todo de los que gozan de derechoahabencia. Sin embargo, para la población pobre, esta inversión aún tiene un peso económico muy alto, ya que el porcentaje de inversión de los hogares pobres en salud puede oscilar entre 30 y 60%.

Para comprobar lo anterior, a continuación se presentan los resultados de una evaluación realizada con datos obtenidos a partir de una encuesta aplicada en la delegación Magdalena Contreras y el monto que se invierte al mes por persona en zonas urbanas, de acuerdo con la Canasta Básica de Requerimientos Mínimos más la canasta básica alimentaria que calculó el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) para junio de 2011.

La encuesta se aplicó en 719 hogares de 10 asentamientos humanos irregulares localizados en suelo de conservación de la delegación Magdalena Contreras en 2010; uno de los apartados de la encuesta se refirió a la situación de la seguridad social de sus moradores.

Una de las variables para evaluar el uso de los servicios de salud fue la derechohabiencia. El 36.59% respondió que no contaba con derechohabiencia, mientras que la población afiliada al Seguro Popular era de 25.12% y la afiliada al Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) 19.22%, el resto de la población, es decir, 18.19%, está afiliada al ISSSTE o la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, hoy Cd. Mx..

Otra variable se refiere a la forma cómo atiende sus enfermedades este grupo. El 24.93% acude a servicios médicos privados o a consultorios médicos anexos a farmacias en el mismo punto de venta, sean o no derechohabientes, lo cual indica que la disponibilidad, costo y proximidad influyen en el uso recurrente de los CMAF. Otro aspecto que incide en la preferencia de estos establecimientos es la el nivel de atención, ya que el 50.51% de la población que usa este tipo de servicio reportó que asiste a los CMAF porque la atención es eficiente, rápida y adecuada y, además, los medicamentos son mucho más baratos.

Por otro lado, para medir la situación de la atención de la salud de los encuestados se recurrió al método de necesidades básicas insatisfechas, que expresa a detalle las dimensiones del bienestar de la población, que incluye también otras dimensiones, como educación, vivienda y seguridad social.

Para esta medición se usaron tres subvariables a las cuales se les asignó un valor, como se muestra en el Cuadro 3: “no tiene derecho a la salud”, cuyo valor es 0; “otro servicio médico”, con un valor de 1 y, por último, la subvariable “IMSS o ISSSTE”, con un valor de 2. Esta última subvariable indica las mejores condiciones de seguridad social, por lo que su valor se considera como la condición óptima, o bien, como la norma, ya que el IMSS o ISSSTE son dos instituciones de seguridad social que garantizan la atención a la salud a los trabajadores que paguen una cuota mensual.

Cuadro 3. Metodología de medición del Índice de Pobreza de Necesidades, delegación Magdalena Contreras.

Variables	Subvariables	Calificación	Índice simple	Norma	Índice compuesto
	Sin derecho a ningún tipo de salud	0			Servicios sociales
Salud (SA)	Derechohabiente a otro servicio de salud	1	sa=0+1+2/2	2	SP=SA/2
	Derechohabiente al IMSS o ISSSTE	2			

Método de Medición Integrada de la pobreza (Boltvinik, 1997:401).

Fuente: elaboración propia con base en la Metodología para la medición de la pobreza.

Posteriormente, cada uno de esos valores se suman y se dividen entre el número de subvariables, que en este caso son tres, y el resultado deberá ser igual o menor a la norma, es decir, 2.

Para el caso de las 719 encuestas, se obtuvo un promedio para cada uno de los asentamientos irregulares, se les aplicó el método y se obtuvo la situación de la atención a la salud y la seguridad social. De la misma manera, se les asignó una categorización que exprese su nivel de pobreza, a lo que se le denominó índice global de pobreza en atención a la salud y a la seguridad social.

Dentro del método se tiene el extremo más bajo, el de los Indigentes, y el extremo más alto se refiere a que las necesidades básicas están satisfechas.

Para el caso de los 10 asentamientos la categorización dio como resultado índices globales de pobre moderado en 4 asentamientos y pobre extremo en 6 asentamientos, que son dos de las tres categorizaciones más bajas del método, como se observa en el Cuadro 4.

Con los resultados de la aplicación de este método se identificó que la situación de los servicios de salud de los encuestados es muy precaria. Esto se debe a que el 36% no cuenta con seguridad social, siendo esta la subvariable que concentró el mayor número de casos cuyo valor resultó 0, mientras que el 21% reportó estar afiliado 8.68% al ISSSTE y el 7.44% manifestó que acude a los servicios de salud que ofrece la Secretaría de Salud del gobierno local. Lo anterior obedece a que quienes no tienen acceso a los servicios de salud deben recurrir a otras estrategias que solucionen su estado de salud. Al preguntar a qué servicio de salud acude cuando se enferma, el 42% respondió que a los servicios de la

Cuadro 4. Asentamientos irregulares. Índice de pobreza en salud.

Asentamiento	Salud	Estrato
Cazulco	0.14	Pobre moderado
Chichicarpa	0.4	Pobre extremo
El Rincón	0.3	Pobre moderado
Ixtlahualtongo	0.48	Pobre extremo
Ocotenco	0.23	Pobre moderado
Sayula	0.48	Pobre extremo
Surco de Encinos	0.28	Pobre moderado
Tecutlalpan	0.41	Pobre extremo
Tierra Colorada	0.33	Pobre extremo
Totolapan	0.4	Pobre extremo

Fuente: elaboración propia con base en los resultados de las encuestas. Quienes caen dentro de los valores de 1 a 0.51 son considerados indigentes; de 0.5 a 0.31 son pobres extremos; de 0.3 a 0.11 pobres moderados y de 0.1 a -0.9 se consideran con sus necesidades básicas satisfechas.

Secretaría de Salud del gobierno de la Cd. Mx., y en segundo lugar (24%) acude a los servicios privados, y, específicamente, el 9.80% acude a los servicios médicos que ofrecen los CMAF.

Las razones para acudir a esos dos últimos tipos de salud son: una atención eficiente, que el personal tiene paciencia y que el servicio es el adecuado, como lo manifestó el 45% de los encuestados, mientras que el 5.47% refirió que acuden a la Secretaría de Salud porque los medicamentos son más baratos, y solo el 0.14% respondió que lo hace porque son de alta accesibilidad, ya que se encuentran dentro de la delegación Magdalena Contreras y cerca de donde viven.

Cabe destacar que los asentamientos de Ixtlahualtongo, Sayula y Tierra Colorada fueron los que percibieron un grado de satisfacción alto en cuanto a la calidad del servicio que ofrecen los diferentes servicios de salud a los que acuden.

Para la población que no cuenta con ningún tipo de servicios de salud y tiene que asistir a uno privado de bajo costo, como los CMAF, esto implica un porcentaje determinado de sus ingresos destinado al pago de la consulta y a la compra de medicamentos, lo que representa un gasto que no está contemplado, y que afecta el ingreso del hogar.

Para corroborar lo anterior se recurrió a los ingresos por hogar de los asentamientos irregulares, de los encuestados que reportaron no tener acceso a la

salud. Se hizo un cálculo aproximado del porcentaje que invierte cada individuo de la familia en su salud al mes, de acuerdo con el costo de la canasta básica de requerimientos mínimos en áreas urbanas,⁶³ en la cual se establece que para el cuidado de la salud deben destinarse \$143 pesos por persona al mes, de acuerdo con el salario mínimo, que es de \$1 723 pesos mensuales; el porcentaje en salud corresponde al 8.13%.

En el Cuadro 5 se consideraron los hogares que reportaron no tener ningún tipo de servicio de salud: 232 hogares de los 606 que reportaron ingresos. Aquí se observa que el 67% de los hogares destinan para este rubro un porcentaje por persona que va de 0 a 30% de sus ingresos mensuales, considerando que el 44% de los hogares perciben entre 1 y 2 salarios mínimos mensuales, es decir, \$2 691 pesos, seguidos del 34% de los hogares que perciben menos de un salario mí-

Cuadro 5. Asentamientos irregulares. Porcentaje de inversión en salud.

Asentamiento	0-30 %	31-60 %	61-90 %	Total
Cazulco	10	0	0	11
Chichicaspa	3	0	0	3
El Rincón	12	2	0	14
Ixtlahualtongo	29	4	0	45
Ocotenco	7	1	0	8
Sayula	21	7	0	38
Surco de Encinos	18	4	0	29
Tecutlalpan	16	3	0	26
Tierra Colorada	27	2	2	39
Totolapan	13	2	3	19
Total	156	25	5	232

Fuente: elaboración propia de acuerdo con el precio de la canasta básica no alimentaria per cápita mensual en el rubro de cuidados a la salud, que es de \$146.11 pesos, correspondientes al mes de julio de 2011.

⁶³ El salario mínimo utilizado como base para el cálculo de los ingresos fue el del año 2010, y alcanzaba 57.46 pesos diarios para la Cd. Mx., año en el cual se realizaron las 719 encuestas y el procesamiento de datos de más de 3 000 personas. Asimismo, se utilizó el monto de la canasta básica de requerimientos mínimos de 2010 cuyo valor fue de \$1.173 pesos en áreas urbanas (CONEVAL, 2010).

mo. Sin embargo, el 19% de los hogares destinan más del 90% de sus ingresos, lo cual es un porcentaje alto, seguido del 10% que destina entre el 30 y 60% de sus ingresos para cuidados a la salud.

El 19% de la población que destina casi la totalidad de sus ingresos en los cuidados para la salud evidentemente no lo hace cada mes, o acude a servicios médicos de muy bajo costo o se automedica; no obstante, esto indica un alto empobrecimiento por el rubro de cuidados de la salud.

Conclusiones

La salud es una dimensión de la calidad de vida de la población a la que se le ha tratado de forma segregada y/o dispersa, lo que ha dado lugar a la fragmentación de los servicios de salud, específicamente de aquellos que atienden a la población que se encuentra en condición de pobreza. Y, aunque dicha segmentación podría convertirse en una alternativa única para los pobres, resulta un elemento que puede llegar a profundizar la pobreza en la que se encuentran sumidos.

La proliferación y/o expansión de este tipo de modalidad de servicio de salud, es decir, de CMAF, explican en buena parte que se hayan convertido en uno de los principales servicios de salud para los pobres. Cuentan con una fuerte presencia en los espacios pobres; existe una relación estrecha entre los grupos de bajos ingresos y la localización estratégica de estos establecimientos, ya que hay un mayor número de CMAF en las zonas de alta y muy alta marginación; y los encuestados en Magdalena Contreras reportaron que prefieren acudir más a estos establecimientos, es decir, el mayor número de consultas médicas se dan en estos establecimientos.

Sin embargo, debido a que los pobres se han convertido en un mercado potencial para esta modalidad de servicios de salud, es notoria la multiplicidad de farmacias con consultorios médicos anexos “improvisados”, ya que muchos de ellos no están en ningún listado o registro oficial, pero se encuentran colocalizados con otros establecimientos del mismo tipo que sí están registrados.

Aunado a lo anterior, la improvisación de algunos establecimientos evidencia que al menos la calidad de la infraestructura está deteriorada, pues no es la adecuada para el tipo de servicio que ofrecen, lo que se verificó a través de la incompatibilidad con la normatividad, por su falta de registro y la ausencia de regulación oficial.

Lo anterior refleja un alto nivel de degradación de la forma de suministrar un servicio de atención inmediata a la salud por parte de este tipo de estableci-

mientos, que adquieren la forma de micronegocios. Y demuestran la mercantilización del sector, derivados de una economía emergente por parte de muchas familias desempleadas. Prueba de ello es que muchos de estos micronegocios son extensión o parte de una vivienda, a los que les dedican espacios muy pequeños no aptos para este tipo de actividad; tal es el caso, por lo regular, de las “salas de espera” que son asientos improvisados en plena calle.

Por último, se verificó un proceso de *empobrecimiento* de los hogares pobres encuestados que invierten en salud un porcentaje de entre 30 y 60%. Tal proceso se presenta cada vez que la población tiene la necesidad de resolver algún problema de salud.

Por lo anterior, se considera que debe existir una regulación mucho más rigurosa y mayor apego a la normatividad en cuanto a la calidad y el nivel de atención, que proteja la salud de la población, aunado al control de la multiplicidad de establecimientos improvisados y/o clandestinos así como el control de la venta indiscriminada de medicamentos, lo cual también es parte de la cobertura de salud para los pobres.

Referencias

- Boltvinik, J. (1997), “Aspectos conceptuales y metodológicos para el estudio de la pobreza” en Scheingart, M (coord.), *Pobreza, condiciones de vida y salud en la ciudad de México*, Colegio de México, México.
- Consejo Nacional de Evaluación de Política de Desarrollo Social (2010), Índice de Precios de la Canasta Básica en Zonas Urbanas para junio de 2010 [<http://www.coneval.gob.mx/Medicion/MP/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>].
- COFEPRIS (2013), Guía para las buenas practicas sanitarias en farmacias y consultorios”. [http://www.cofepris.gob.mx/Documents/LoMasReciente/Guia_Farmacias.pdf].
- COFEPRIS (2015), “Estrategia del Gobierno de la República para la Prevención y Combate de Servicios Médicos Ilegales”. [<http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/12022015.pdf>: 13/06/2016).
- Consejo Nacional de Población y Vivienda (2010), *Índice de Marginación Urbana*, Conapo, México.
- Cruz, M, A. (2012), “La tercera parte de usuarios de seguridad social prefiere ir a servicios privados”, *La Jornada*, sección Sociedad y Justicia, jueves 22 de noviembre, p. 43.
- Díaz-Portillo, S., A. Idrovo, A. Dresser, F. Bonilla, B. Matias y V. Wirtz (2015), “Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: Infraestructura y característi-

- cas del personal médico y su remuneración”, *Revista Salud Pública de México*, vol. 57, núm. 4, julio-agosto, pp. 320-328.
- Garrocho, C. y J. Campos (2011) “Estrategia espacial de cadenas de farmacias en el espacial intraurbano del área metropolitana de Toluca: dispersión, orientación y aglomeración” en Escamilla, I y A. G. Aguilar (coords.), *Periurbanización y sustentabilidad en grandes ciudades*, UNAM, Instituto de Geografía, Conacyt y Porrúa, México, pp. 217-250.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) Censo General de Población y Vivienda 2000, Censo de Población y Vivienda, 2005 y Censo General de Población y Vivienda 2010, INEGI, México.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2010), Directorio Nacional de Unidades Económicas, INEGI, México.
- Llanos, R. (2012), “Creció 30% la población que se acogió a los servicios médicos del DF este sexenio”, *La Jornada*, sección Capital, lunes 8 de octubre, p. 40.
- Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios, Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario de la Secretaría de Salud, *Diario Oficial de la Federación*, 14 de diciembre.
- Pirie, G. H. (1979), “Measuring accessibility: a review and proposal”, *Environment and planning A* 11, pp. 299-312.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (1983), *Diario Oficial de la Federación*, 3 febrero, SEGOB, México.
- Ricketts, T. (2010), “Accessing health care” en Brown, T, S. McLafferty y G. Moon (eds.), *A companion to health and medical geography*, Wiley Blackwell, Gran Bretaña, pp. 521-539.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal (2004), “La exclusión de salud en el Distrito Federal”, Organización Panamericana de Salud y Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
- Secretaría de Salud del Distrito Federal (2010), *Directorio de Hospitales y Centros de Salud. Servicios de Salud Pública del Distrito Federal*.
- Secretaría de Salud del Gobierno Federal de México (2007), “Programa Nacional de Salud 2007-2012: por un México Sano. Construyendo alianzas para una mejor salud”, México.