



Barreras a la Afiliación al Seguro Popular de Salud en el Estado de Hidalgo, México

Barriers to Seguro Popular Enrollment in the State of Hidalgo, Mexico

Título corto: Barreras a la Afiliación al SPS

Autores: Eduardo Bustos-Vázquez, ¹ Octavio Gómez-Dantes, ² Esteban Puentes-Rosas, ³ Sandra Treviño-Siller²

1. Escuela de Salud Pública de México. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México
2. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México
3. Departamento de Epidemiología, Sanofi Pasteur, México, D.F.

Correspondencia: Eduardo Bustos-Vázquez

Dirección: Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México. Correo electrónico: eduardo.bustos@espm.insp.mx

Resumen

Objetivo: Identificar las principales barreras a la afiliación y re-afiliación al Seguro Popular de Salud (SPS) en la población que no cuenta con seguridad social del estado de Hidalgo, México.

Material y métodos: Estudio mixto cuantitativo-cualitativo que utilizó como fuentes de información la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, y entrevistas a miembros de la población del estado de Hidalgo que no cuentan con seguridad social, miembros de la población de ese mismo estado afiliada al SPS y personal del Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Hidalgo.

Resultados: El análisis cuantitativo identificó como principales barreras a la renovación de la afiliación al SPS en la población afiliada la falta de surtimiento de medicamentos (36.3%), los largos tiempos de espera para recibir atención (14.3%) y la negación de la atención médica (11%). El análisis cualitativo identificó como principales barreras a la afiliación en la población sin seguridad social la percepción de mala calidad de la atención en salud, la falta de difusión de información acerca del SPS y el no percibir beneficio alguno de contar con SPS.

Conclusiones: Las principales barreras a la afiliación al SPS en la población sin seguridad social en el estado de Hidalgo son de tipo organizacional. Las autoridades del REPSS en dicho estado están en condiciones de eliminar dichas barreras para así mejorar los niveles de afiliación y los porcentajes de re-afiliación al SPS.

Palabras clave: Seguro Popular, cobertura universal de salud, protección social en salud, seguro de salud.

Abstract

Objective: To identify the main barriers to Popular Health Insurance (*Seguro Popular de Salud* or SPS) enrollment and re-enrollment among the population not enrolled in social security institutions in the State of Hidalgo, Mexico.

Materials and Methods: Mixed quantitative-qualitative study that used as information sources the National Health and Nutrition Survey 2012 and interviews with members of the population of the state of Hidalgo that have no social security, members of the population of the same state who are affiliated to SPS and staff of the Social Protection in Health Regime of the state of Hidalgo.

Results: According to the quantitative analysis, the main barriers to SPS enrollment renewal within the affiliated population were lack of medicines (36.3%), long waiting times for care (14.3%) and denial of health care (11%). The qualitative analysis identified the main barriers to be enrollment within the population without social security, perceived poor quality of health care, lack of dissemination of information about SPS, and perceived lack of benefits from being affiliated to SPS.

Conclusions: The main barriers to enrollment in SPS among the population without social security in Hidalgo are organizational. The authorities of the REPSS in state of Hidalgo are in position to bridge those barriers in order to improve the levels of affiliation and re-affiliation to SPS.

Keywords: Seguro Popular, universal health coverage, social protection in health, health insurance

Introducción

La cobertura universal en salud (CUS) ocupa ya un lugar privilegiado en la agenda global y posiblemente se constituya en uno de los objetivos de desarrollo sostenible post- 2015.¹ La Organización Mundial de la Salud (OMS) la ha definido como el acceso universal a un paquete de servicios de salud integrales con protección financiera que favorezca de manera igualitaria resultados en salud y la reducción de los gastos de bolsillo.²

En México, el gobierno federal se propuso avanzar hacia la CUS y en 2003 hizo modificaciones a su Ley General de Salud que dieron origen al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y su brazo operativo, el Seguro Popular de Salud (SPS).³ El SPS es un seguro público, voluntario dirigido a la población que carece de seguridad social.⁴ Este seguro, que debe renovarse cada tres años, garantiza el acceso a un paquete de 285 intervenciones esenciales contenidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) y un paquete de 59 intervenciones de alto costo financiado por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC).^{5,6,7}

La estructura financiera del SPS es tripartita e incluye aportaciones de los gobiernos federal y estatales, y una pequeña contribución individual determinada a través de un estudio socioeconómico de la que están exentos los individuos o familias ubicadas en los deciles de menores ingresos (I a IV).^{8,9}

Entre 2001 y 2003 el SPS operó como un programa piloto que afilió a 614,000 familias. En 2004, ya constituido formalmente, inició la afiliación sobre todo en los grupos más pobres de la población.³ Para 2005 las 32 entidades federativas ya operaban el SPS y se fijaron como meta la afiliación de 100% de la población sin seguridad social en el año 2010.³ Esta meta no se alcanzó, por lo que se extendió el plazo de cumplimiento a 2011 y posteriormente a 2012.⁵

En 2012, la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) reportó una afiliación acumulada al SPS de 52.9 millones de mexicanos, alcanzando así el 100% de la meta de afiliación proyectada.^{9,10} A partir de esa fecha, la CNPSS y sus contrapartes estatales, los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), comenzaron a levantar bandera blanca en varios estados del país en señal del logro de la cobertura universal.^{11,12,13} En Hidalgo, en febrero de ese mismo año, la CNPSS y el REPSS local anunciaron que el estado había alcanzado la CUS al afiliarse al SPS a 1.5 millones de hidalguenses, cifra que representaba el 100% de la meta de afiliación.¹⁴

Sin embargo, en 2012 y 2013 diferentes fuentes de datos pusieron en cuestión estas cifras. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 señalaba que, en 2012, sólo 79% de la población nacional contaba con protección social en salud y sólo 44.4 millones (38.5%) de mexicanos estaban afiliados al SPS.¹⁵ De acuerdo con esa misma encuesta, 81.9% de la población del estado de Hidalgo contaba con protección social en salud y sólo 1.4 millones de la población no asalariada estaba afiliada al SPS.¹⁶ Por su parte, la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social (ENESS) 2013 reportó que sólo 41.1 millones de mexicanos se encontraban afiliados al SPS, cifra inferior a la reportada por la CNPSS y la ENSANUT 2012¹⁷. Para el estado de Hidalgo, la encuesta reportó 1.4 millones de hidalguenses afiliados al SPS.¹⁷

Estas divergencias han dado lugar a discusiones sobre la existencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales o culturales que pudieran estar influyendo en la afiliación y re-afiliación al SPS.^{18,19} Diversos estudios en el mundo y en México señalan que existen barreras que dificultan la afiliación a los diferentes programas de atención a la salud y destacan la importancia de su identificación para incrementar los niveles de cobertura.^{20,21}

El objetivo de este estudio es identificar las principales barreras a la afiliación y re-afiliación al SPS de la población que no cuenta con seguridad social del estado de Hidalgo, México.

Material y Métodos

Este trabajo, que se ubica dentro del campo de estudio de los sistemas de salud, específicamente en los componentes de accesibilidad y utilización de servicios de salud,^{22,23,24} utilizó un abordaje mixto cuantitativo-cualitativo, secuencial (se desarrolló inicialmente el componente cuantitativo seguido del cualitativo), con énfasis en el segundo componente (cualitativo) y triangulación de ambos métodos, para identificar de forma integral las barreras a la afiliación al SPS.²⁵

La población de estudio se dividió en tres grupos: 1) *población sin seguridad social*, que incluyó a individuos que no cuentan con ningún tipo de seguro de salud y aquellos que estuvieron afiliados al SPS pero no renovaron su afiliación; 2) *población afiliada al SPS*, que incluye tanto aquella que continuará afiliada al término de la cobertura como aquella que manifestó su intención de no re-afiliarse, y 3) *personal de afiliación* directivo y operativo de la Subdirección de Afiliación del REPSS del estado de Hidalgo.

Componente Cuantitativo

En la primera fase del estudio se analizaron los datos de la ENSANUT 2012 para el estado de Hidalgo. Ésta es una encuesta probabilística, con un diseño muestral polietápico, estratificado y con representatividad nacional y estatal, que recolectó información de los hogares a través de un cuestionario conformado por dos componentes principales: salud y nutrición²⁷. Además obtuvo las características generales de los integrantes del hogar, así como indicadores de utilización de servicios de salud y nutrición, entre otras variables.²⁶ Para este estudio se empleó el módulo hogar del componente de salud de la encuesta.

La muestra total de la encuesta en Hidalgo consistió en 1555 hogares, que incluyó a 5790 individuos. La muestra analítica comprendió a todos los hidalguenses que se auto-reportaron como no afiliados o no inscritos a los

servicios médicos (848 individuos), así como aquellos que refirieron estar afiliados o inscritos al SPS o al Seguro para una Nueva Generación (3565 individuos). De este modo, el total de nuestra muestra analítica fue de 4,413 individuos (76.2% del total).

Para la variable de interés se consideraron los motivos de la población afiliada al SPS que reportó su intención de no renovar su afiliación al término del periodo de cobertura. Esta variable fue obtenida a partir de la pregunta “¿Por qué motivo(s) no se volvería a afiliarse?” y en la cual los encuestados seleccionaron hasta dos respuestas a partir de un listado de 24 ítems. Para el estudio, sólo se consideró el primer motivo reportado dada la alta tasa de no respuesta de la segunda opción (72.5%), por lo que se consideró sólo utilizar la primera opción asumiendo que ésta captó el principal motivo de no re-afiliación de los sujetos de estudio.

En cuanto a la variable independiente, se consideró la condición de derechohabencia a los servicios de salud auto-reportada por los integrantes del hogar y categorizada en: 1) *población sin seguridad social*, que hace referencia a los individuos que no están afiliados a ninguna institución de seguridad social y 2) *población afiliada al SPS*, tanto aquella que piensa no volver a afiliarse a este seguro cuando termine su periodo de cobertura, como aquella que si se re-afiliará. No se consideró la condición de doble aseguramiento, solamente la primera opción de afiliación.

Entre las co-variables consideradas para el estudio se encuentran sexo, edad (en años cumplidos, categorizados en quindenios e incluye a los menores de 5 años y 60 y más), lugar de residencia (rural=menos de 2500 habitantes, urbano=de 2500 a 99 999 habitantes y metropolitano=más de 100 mil habitantes)²⁷, nivel socioeconómico (quintiles del índice de bienes)^{i 27,28,29}, escolaridad (años formales

ⁱ El índice de bienes fue construido a partir de 16 variables dicotómicas (sí/no) que incluyen algunas características de la vivienda y la posesión de bienes en el hogar. Se creó a partir de una matriz de correlación policórica y del análisis de componentes principales.

de estudio, ninguno=0, primaria=6, secundaria=3, medio superior=3, superior=4 o más) y ocupación de los integrantes del hogar (posición de trabajo en la última semana). Estas características favorecieron el desarrollo del perfil y selección de los informantes del componente cualitativo.

Para el análisis estadístico se realizaron pruebas de contingencia de la variable de respuesta en relación con cada variable independiente. Se estimaron las probabilidades condicionales y para cada cruce se aplicó una prueba de independencia tipo χ^2 de Pearson. Las asociaciones por debajo de un alfa de 0.05 fueron consideradas estadísticamente significativas. Además, se obtuvieron las proporciones de las razones por las que la población afiliada no renovará su afiliación. Para el análisis se consideraron los ponderadores y el diseño complejo de la muestra, utilizando el paquete STATA versión 13.

Componente Cualitativo

En la segunda fase del estudio se realizaron entrevistas a miembros de la población sin seguridad social en salud del estado de Hidalgo, miembros de la población afiliada al SPS del mismo estado y personal de afiliación del REPSH Hidalgo, desde una perspectiva fenomenológica³⁰. Este abordaje permitió comprender la percepción acerca del SPS y el proceso de afiliación, así como explorar las experiencias y significados de estas percepciones con la finalidad de identificar las principales barreras a la afiliación.

Para la recolección de la información, se procedió a ubicar los cinco municipios del estado de Hidalgo con mayor proporción de población no afiliada, los cuáles fueron seleccionados a partir de los datos cuantitativos de la ENSANUT 2012. Una vez seleccionados se agruparon por regiones: 1) Región norte: Huejutla, 2) Región Centro: Zacualtipán, 2) Región occidente: Tula y Atitalaquia, 3) Región oriente: Tulancingo.

La selección de informantes se realizó utilizando la técnica de bola de nieve y por criterio con base en las características del perfil de informantes previamente establecido³¹. En cada región se entrevistaron dos personas sin seguridad social, dos afiliadas al SPS y un empleado operativo de afiliación. Además, se realizaron tres entrevistas a personal directivo de la Subdirección de Afiliación de Pachuca, capital de estado de Hidalgo.

Para recolectar los datos se utilizó la técnica de la entrevista semi-estructurada y una guía que fue específicamente diseñada para el estudio. Se aplicaron 23 entrevistas las cuales fueron audio-grabadas después de explicar el propósito del estudio y la obtención del consentimiento de los participantes. Los temas explorados en las entrevistas fueron: percepción del SPS, beneficios y limitaciones del seguro, experiencia al afiliarse, barreras de afiliación y utilización de servicios de salud. Las entrevistas se realizaron en hogares o sitios de reunión de los municipios seleccionados, así como en los servicios de consulta externa de los servicios de salud y hospitales generales de estos municipios, además de los Módulos de Afiliación y Orientación (MAO) y oficinas del REPSS-Hidalgo. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 45 minutos.

Las grabaciones de audio fueron transcritas y codificadas de acuerdo con las categorías correspondientes a las barreras geográficas, financieras, organizacionales y culturales. Se realizó un análisis de discurso con ayuda de matrices y el programa MAXQDA versión 11.

El análisis de la información proporcionada se realizó por grupos de informantes, sin embargo al observar los datos no se encontraron diferencias en la forma en cómo expresaron los motivos de no afiliación. Debido a esto, se consideró plausible abordar las barreras de forma directa, no obstante en la descripción y caracterización se pone especial énfasis en mostrar a los informantes que reportaron dichas barreras.

Consideraciones éticas

El estudio contó con la aprobación de los Comités de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública. Los participantes recibieron una explicación detallada de los procedimientos del estudio, se les informó acerca de sus derechos como participantes y firmaron una carta de consentimiento informado.

Resultados

Componente Cuantitativo

Las proporciones condicionales de pertenencia a cada uno de los tres grupos de interés (población sin seguridad social, población afiliada al SPS que no renovará su afiliación y la que continuará afiliada) dada cada una de las variables independientes se resumen en el cuadro I. Como puede observarse, cuatro de cada cinco hidalgenses (80.7%) reportaron estar afiliados al SPS. De ellos, 2.1% manifestó su intención de no renovar su afiliación al término de su cobertura.

La proporción de la población que no cuenta con seguridad social en Hidalgo se incrementa en personas de entre 15 a 29 años de edad, que habitan en área metropolitana, pertenecen al quintil 5 de ingreso, han cursado un nivel educativo superior y son trabajadores por cuenta propia. Las diferencias en afiliación fueron estadísticamente significativas para la mayor parte de las variables exploradas, como se puede ver en el cuadro 1.

La proporción de la población afiliada que no renovará su afiliación se incrementa en personas de 60 años o más, que habitan en zona urbana, pertenecen al quintil 5 de ingreso, han cursado la primaria y son trabajadores familiares sin pago.

Cuadro 1. Estadísticas descriptivas de la población sin protección social en salud y afiliada al Seguro Popular de Salud en Hidalgo

Total (n=4413)	Población sin Protección en Salud (n=848) 19.22%	Población Afiliada al SPS 80.78%		Valor de <i>p</i>
		No continuará afiliada (n=91) 2.1%	Continuará afiliada (n=3474) 97.9%	
Sexo				
Hombres	19.77	1.86	78.76	0.498*
Mujeres	18.74	2.23	79.03	
Edad				
Menores 5 años	15.03	2.28	82.69	<0.022*
5-14 años	16.29	2.04	81.67	
15-29 años	21.50	1.81	76.69	
30-44 años	21.13	1.53	77.35	
45-59 años	19.91	2.26	77.83	
60 años o más	19.09	3.34	77.57	
Lugar de residencia				
Rural	12.49	1.88	85.63	<0.001*
Urbana	28.28	2.82	68.90	
Metropolitano	32.27	1.99	67.35	
Nivel Socioeconómico				
1	13.80	1.44	84.75	<0.001*
2	17.16	3.30	79.55	
3	24.42	1.24	74.34	
4	26.79	2.53	70.68	
5	53.77	5.03	41.21	
Escolaridad				
Ninguna	16.78	1.97	81.25	<0.001*
Primaria	16.41	2.37	81.22	
Secundaria	16.15	2.08	81.78	
Medio Superior	30.43	1.24	68.32	
Superior	51.40	1.12	47.49	
Ocupación				
Empleado (a)	26.61	2.02	71.37	<0.001**
Jornalero (a)	8.33	0.57	91.09	
Ayudante	13.00	1.00	86.00	
Patrón	0	0	100	
Trab. por cuenta propia	26.79	2.81	70.41	
Trab. familiar sin pago	14.13	3.26	82.61	

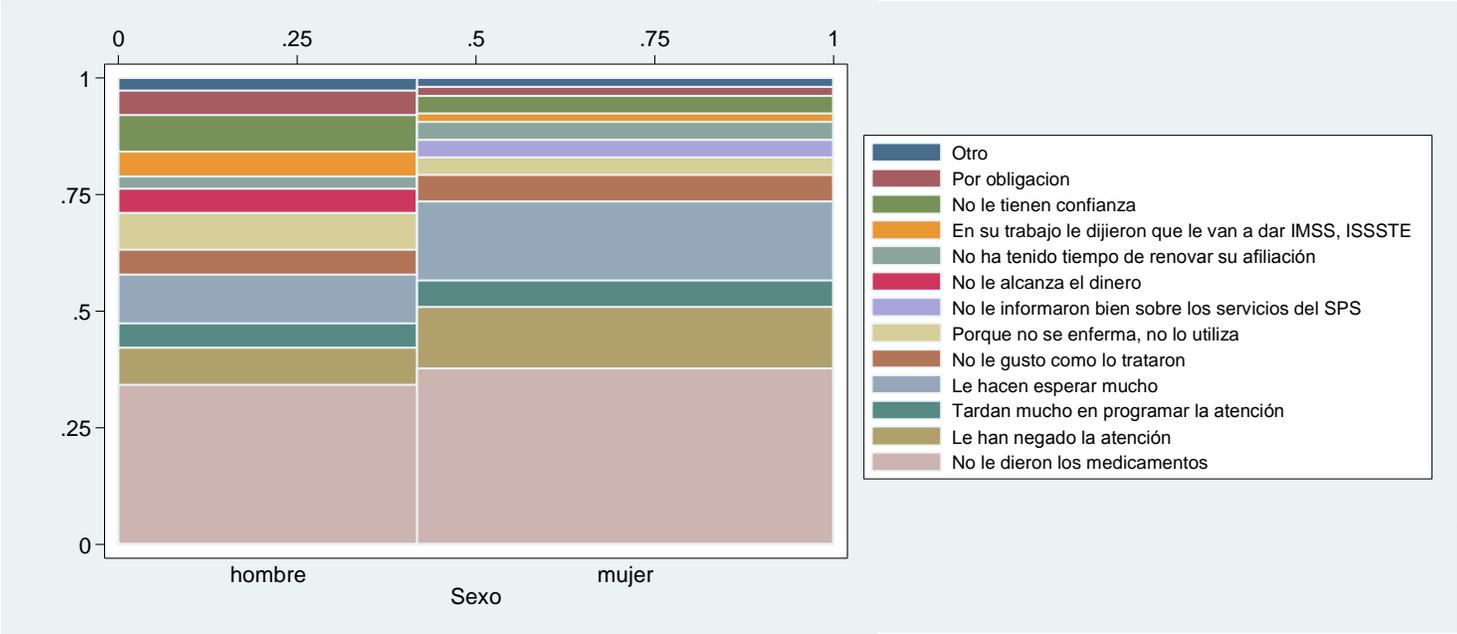
* Prueba χ^2 de Pearson

** Para esta prueba no se consideró la categoría *Patrón* debido a que no mostró eventos en dos de las poblaciones
Valor $\alpha = <0.05$

Barreras a la re-afiliación al SPS

En la figura 1 se aprecian los motivos de la población afiliada al SPS para no renovar su afiliación. Destacan, la falta de surtimiento de medicamentos (36.3% de los encuestados), seguida de los largos tiempos de espera para pasar a consulta (14.3% de los encuestados) y la negación de la atención médica (11% de los encuestados). En todas estas causas de no renovación de la afiliación se identifican diferencias significativas entre hombres y mujeres. Lo mismo sucede con el resto de los motivos de no re-afiliación. (Figura 1).

Fig. 1 Principales motivos por los que la población afiliada al SPS no se volverá a afiliar en el Estado de Hidalgo, México 2014



En la Figura 1 se muestra una gráfica spineplot que permite observar en el eje de las "x" la proporción de la distribución marginal de las categorías de sexo, mientras que en el eje de las "y" se aprecia la distribución de cada categoría de y dentro de las categorías de x.

Componente Cualitativo

Como se señala en la sección previa, para este componente se entrevistaron a 23 informantes, ocho de los cuales *no cuentan con seguridad social*. En el cuadro 2 se presentan sus características demográficas básicas. Seis de estos informantes no se han afiliado al SPS y dos estuvieron afiliados pero no renovaron su afiliación. Además se entrevistaron a ocho personas con afiliación al SPS vigente. Finalmente, se entrevistaron a siete informantes del área de afiliación del REPSS del estado de Hidalgo.

Cuadro 2. Características Demográficas de los Informantes

Características	Total (n= 23)	Población sin seguridad social (n= 8)	Población Afiliada al SPS (n= 8)	Personal de Afiliación (n= 7)
Sexo				
Hombres	9	4	1	4
Mujeres	14	4	7	3
Edad				
Rango de Edad	20 – 69 años	20 – 63 años	27 – 69 años	27 – 43 años
Edad Promedio	39.15	37.5 años	41.5 años	33.5 años
Lugar de residencia				
Rural	9	3	5	1
Urbana	14	5	3	6
Escolaridad				
Primaria	6	1	5	0
Secundaria	4	1	3	0
Medio Superior	3	2	0	1
Superior	9	4	0	5
Posgrado	1	0	0	1
Derechohabiencia				
Ninguna	8	8	0	0
Seguro Popular	15	0	8	7
IMSS, ISSSTE	1	0	0	1

Barreras a la afiliación al SPS

Mala calidad de la atención

La percepción de mala calidad de los servicios de salud ofrecidos por el SPS aparece como una constante en el discurso de los tres grupos de informantes, en particular los largos tiempo para recibir atención médica y la negación de la atención:

“De qué sirve que tiene uno el seguro [SPS] si no lo quieren atender. [...] Paga uno la mitad pero si quiera que debían atender a uno. Si otro poquito no llego con mi nuera [quien está afiliada al SPS] a la clínica [particular] se le revienta la vesícula, la operaron de emergencia [...] y por esas razones yo no me he querido afiliar...”

Ama de casa de 63 años sin seguridad social

La población afiliada concuerda con la existencia de problemas de calidad en la atención en salud, entre los cuales refieren el mal trato por parte del personal de salud como una de las principales limitantes para afiliarse:

“Muchas personas dicen: ¿Cómo se van a ir a meter al regional [hospital], si te atienden mal? ¿Cómo van a venir aquí [al hospital]?, si el buen servicio no te lo dan. O ¿Por qué van a estar esperando tanto si los médicos se la pasan platicando con las enfermeras por allá adentro?”

Ama de casa de 50 años afiliada al SPS

El personal de afiliación coincide en que existen barreras de este tipo y reconoce además la falta de medicamentos, factor que influye de manera creciente en la decisión de re-afiliarse:

“Cuando son situaciones de atención médica (...) es cuando nos dan en la torre [al SPS]. No reciben [la población afiliada] un buen trato, no les dan todo el medicamento que está en el cuadro básico o definitivamente no los atienden bien o nada mas dan diez consultas. Mientras no haya un cambio dentro los servicios de salud vamos [el SPS] a empezar a perder credibilidad y ya lo estamos haciendo de verdad, cada año nos está costando muchísimo trabajo [re-afiliar a la población].”

Personal directivo de afiliación del REPSS del Estado de Hidalgo de 35 años de edad

Falta de difusión del SPS y el proceso de afiliación

La población sin seguridad social refiere que necesita más información sobre el proceso de afiliación al SPS y considera que es necesaria una difusión permanente:

“Como que hubo un momento en el que le echaban mucho al Seguro Popular [difundían al SPS en medios de comunicación] y como que ya se estancó [ya no hay difusión]. Como que la gente ya no sabe que aún puede afiliarse al Seguro Popular o de plano ya no. Como que falta información tanto en donde afiliarse y (...) puntos de afiliación, difundirse a dónde están, en qué horario y requisitos accesibles.”

Comunicólogo de 28 años de edad sin seguridad social

En este tema, la población afiliada reconoce los esfuerzos realizados por el REPSS-Hidalgo a través de las brigadas, módulos nodos y fijos de afiliación, pero coincide en que es necesario implementar nuevas estrategias para llevar la información del SPS a la población sin seguridad social:

“Por falta de información [del SPS] no han ido [las brigadas de afiliación a las localidades] y ellos [población sin seguridad social] tampoco se acercan a los hospitales a ver los beneficios que hay. Si no tienen información [del SPS] como dicen, nadie extraña lo que no conoce...”

Ama de casa de 46 años de edad afiliada al SPS

Por su parte, el personal de afiliación concuerda que falta trabajo por hacer para llevar información sobre el SPS a la población para que se afilie. Esto debido a que las estrategias hasta ahora implementadas no informan adecuadamente a la población, lo que origina malos entendidos entre los beneficiarios y los prestadores de servicios de salud al momento de utilizar el seguro, creando descontento entre los primeros:

“Falta un programa permanente de información y difusión del Seguro Popular y no solamente de la re-afiliación: los beneficios que van a tener [población afiliada] con el Seguro Popular. Es importante darles información a la población [afiliada], sobre todo, la tutela de derechos (...) poderles establecer una mayor confianza a la población de que se se hace algo.”

Personal directivo de afiliación del REPSS del
Estado de Hidalgo de 43 años de edad

Sin embargo, centran sus esfuerzos en re-afiliar a la población para mantener el padrón de afiliados, dejando de lado a la población sin seguridad social. Aun cuando se continúa afiliando a esta última población, las estrategias empleadas para promover al SPS no están enfocadas a este sector de la población:

“...Nuestro principal objetivo [personal de afiliación] es mantener a las familias que tenemos afiliadas [al SPS], que sigan afiliadas. También a nosotros [personal de afiliación] nos exigen una meta y que de ella depende el financiamiento del Seguro Popular. Si nosotros no logramos las metas de re-afiliación no nos va a llegar el dinero. Nos hemos enfocado [personal de afiliación] muchísimo más al tema de la re-afiliación.”

Personal directivo de afiliación del REPSS del
Estado de Hidalgo de 33 años de edad

Falta de beneficios percibidos

La población sin seguridad social refiere que no se afilia al SPS por falta de interés. Esto fue particularmente reportado por la población joven, debido a que no están enfermos o no cuentan con una condición de salud que los motive a solicitar la afiliación. Tampoco tienen claridad de los beneficios de afiliarse al SPS:

“Falta de tiempo e interés, porque a la fecha no he tenido algún problema médico, alguna situación como para que recurra a eso [afiliarse al SPS]....”

Estudiante de 22 años sin seguridad social

El personal de afiliación coincide en que la población muestra falta de interés por re-afiliarse. Esto se debe a que no queda claro el enfoque preventivo que tiene el SPS. Además, la población que no utiliza su seguro durante el tiempo que duró su cobertura, no considera necesario renovar su afiliación:

“...Falta de interés, como no se enferma [población afiliada], desafortunadamente tenemos una cultura de prevención muy pobre aquí. Hasta que no me enfermo es cuando empieza [población afiliada] a ver qué. Y nos hemos dado cuenta [personal de afiliación] que cuando la gente viene a afiliarse, [le preguntan a la población] ¿por qué no se había afiliado antes? Responden [población afiliada] ‘Es que no estaba enfermo’.”

Personal directivo de Afiliación del REPSS del
Estado de Hidalgo de 35 años de edad

Discusión

Al tomar en cuenta el punto de vista e información de diferentes actores, el presente estudio aporta elementos que contribuyen a comprender mejor las barreras que hasta ahora dificultan la afiliación y la re-afiliación al SPS en el estado de Hidalgo.

Los resultados de este estudio indican que la principal barrera a la afiliación al SPS en la población sin seguridad social es la mala calidad percibida de la atención a la salud. Este problema fue referido tanto por los entrevistados en la ENSANUT 2012 como por los informantes de este estudio, que incluyeron a personas sin protección social en salud, personas afiliadas al SPS y personal del REPSS del estado de Hidalgo.

Hernández y cols reportaron hallazgos muy similares.³² Estos hallazgos son consistentes también con los resultados de la evaluación externa del SPSS del 2012 realizada por Lazcano y cols, que mencionan la falta de calidad en la prestación de servicios y de surtimiento de medicamentos como limitantes importantes para la afiliación al SPS.³³

La falta de medicamentos se ha descrito en otros trabajos que indican este problema se origina por la presencia de un desfase entre la programación del gasto y la compra de estos insumos.^{34,35,36}

La percepción de mala calidad de los servicios ofrecidos por los Servicios Estatales de Salud se trató de evitar a través del proceso de acreditación de las unidades interesadas en ofrecer servicios a los afiliados al SPS. Sin embargo, a diez años de la implantación de esta medida, los problemas de calidad no se han podido erradicar.

Otro problema que se identificó fue la falta de información acerca del SPS y el proceso de afiliación referido en la ENSANUT 2012 pero principalmente en los testimonios de los informantes. Esta limitante representa otra barrera organizacional pero en relación con en el proceso de afiliación. Saavedra y cols. documentaron que la falta de información adecuada crea desencuentros entre la población y el personal de salud, debido a que la población afiliada al SPS enfrenta dificultades al momento de solicitar atención médica por desconocer información necesaria del SPS y en consecuencia genera un descontento en la población que influye en su decisión de no continuar afiliado al SPS.³⁶

Las técnicas hasta ahora implementadas por la Subdirección de Afiliación del REPSS de Hidalgo para promover al SPS entre la población del estado han resultado efectivas, como lo demuestra la afiliación de la mayor parte de la población rural. Sin embargo, deberán diversificarse porque no tiene el mismo efecto en toda la población al no ser homogénea.

La falta de beneficios percibidos es otra barrera importante que enfrenta el SPS referido en la encuesta, en el discurso de la población joven que no tiene seguridad social y por el personal de afiliación del REPSS de Hidalgo. Esta barrera refleja las consecuencias de no informar con claridad los beneficios que tendría la población al estar afiliada, además del enfoque preventivo que tiene el SPS. Saavedra y colaboradores también reconocen la importancia de este problema, que se presenta de forma recurrente en la población.³⁶

A pesar de que el personal de afiliación reconoce la existencia de esta barrera, no realizan acciones específicas por superarlas. Es necesario reforzar actividades de promoción y orientación hacia una cultura preventiva para resaltar la necesidad de contar con un seguro de salud.

Además, es importante hacer mención que el sector de la población joven, de clase media y trabajadores por cuenta propia, no se afiliarán al SPS independientemente de los esfuerzos del REPSS. Se trata de una población sana a la que le atraen los beneficios que actualmente ofrece el SPS.

Por otro lado, las barreras geográficas, financieras y culturales no se mencionaron como causa de no afiliación o no re-afiliación en la población de estudio, aun cuando fueron exploradas en la población de estudio.

Dentro de las limitaciones de estudio, los resultados presentados deben tomarse con cautela, ya que debe considerarse que la muestra del estudio de los motivos de no afiliación fue pequeña. Además del desfase temporal de los componentes debido que los datos cuantitativos se obtuvieron en 2012 y la recolección de la información cualitativa en 2014.

Conclusiones

Las principales barreras a la afiliación y re-afiliación al SPS son de tipo organizacional. Las autoridades del REPSS Hidalgo cuentan con los recursos para poder abatirlas y con ello mejorar los niveles de afiliación y los porcentajes de re-afiliación al SPS.

Agradecimientos

Agradecemos al Régimen Estatal de Protección Social en Salud de Hidalgo, en particular a la Subdirección de Afiliación, y a la Subdirección de Investigación en Salud de los Servicios de Salud de Hidalgo, por las facilidades brindadas para la realización de este estudio.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses para la realización del estudio.

Referencias

-
- ¹ Naciones Unidas [sitio de internet] Informe del Grupo de Trabajo Abierto de la Asamblea General sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Consultado 2015 enero 29]. Disponible en: http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/post-2015/Info_Kit_Post-2015/OWG_SDGs_report_and_proposal/OWG_SDGs_report_and_proposal.SP.pdf
 - ² Etienne C, Asamoah-Baah A, Evans DB. Health systems financing: the path to universal coverage: World Health Organization; 2010.
 - ³ Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *The Lancet*. 2006; 368(9546):1524-34.
 - ⁴ Seguro Popular [sitio de internet] Comisión Nacional de Protección Social en Salud [Consultado 2014 febrero 25]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/conocenos/seguro-popular-1>
 - ⁵ Seguro Popular. [sitio de internet] Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES 2012 [Consultado 2014 febrero 25]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/servicios/catalogo-universal-de-servicios-de-salud>
 - ⁶ Seguro Popular [sitio de internet] Seguro Médico del Siglo XXI [Consultado 2014 febrero 25]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/servicios/seguro-medico-siglo-xxi/que-es-el-seguro-medico-siglo-xxi-smsxxi>
 - ⁷ Seguro Popular [sitio de internet] Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. [Consultado 2014 febrero 25]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php/servicios/sistema-de-gestion-de-gastos-catastrofic>
 - ⁸ Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *salud pública de México*. 2013; 55(2):207-35..
 - ⁹ Comisión Nacional de Protección Social en Salud [sitio de internet], Seguro Popular. Informe de Resultados 2013. [Consultado 2014 enero 29]. Disponible en: http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2013/ago/Inf_Salud-20130816.pdf.
 - ¹⁰ Excelsior. [sitio de internet] La cobertura universal de salud, principal logro del sexenio: Calderón. [Consultado 2014 enero 29]. Disponible en: <http://www.excelsior.com.mx/2012/01/26/nacional/805585>
-

-
- ¹¹ Presidencia de la Republica [sitio de internet] Aguascalientes alcanza la cobertura universal de salud. Nota informativa [Consultado 2015 junio 15]. Disponible en: <http://calderon.presidencia.gob.mx/2012/02/aguascalientes-alcanza-la-cobertura-universal-de-salud-2/>
- ¹² Presidencia de la Republica [sitio de internet] Baja California alcanza la cobertura universal de salud. Nota informativa [Consultado 2015 junio 15]. Disponible en: <http://calderon.presidencia.gob.mx/2012/01/baja-california-alcanza-la-cobertura-universal-de-salud/>
- ¹³ Presidencia de la Republica [sitio de internet] Querétaro alcanza la cobertura universal de salud. Nota informativa [Consultado 2015 junio 15]. Disponible en: <http://calderon.presidencia.gob.mx/2012/02/queretaro-alcanza-la-cobertura-universal-de-salud/>
- ¹⁴ Comisión Nacional de Protección en Salud [sitio de internet] Llega Hidalgo a la Cobertura Universal en Salud. [Consultado 2014 enero 29]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.gob.mx>
- ¹⁵ Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta nacional de Salud y nutrición. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2012.
- ¹⁶ Gutiérrez J, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Oropeza-Abundez C, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Hidalgo. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX); 2013
- ¹⁷ Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México [sitio de internet] Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013. Principales Resultados. [Consultado 2015 Julio 15] Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/encuestas/hogares/eness/2014/702825058777.pdf.
- ¹⁸ Laurell, AC. Impacto del Seguro Popular en el sistema de salud mexicano. 1a ed. CLACSO, Buenos Aires, 2013.
- ¹⁹ Casas NH. Los determinantes de la afiliación al Seguro Popular de Salud en México 2003. FLACSO, México, D.F. 2004
- ²⁰ Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Martínez A. Justicia Financiera y Gastos Catastróficos en Salud: Impacto del Seguro Popular de Salud en México (Financial Justice and catastrophic Health Expenditure: The Impact of Seguro Popular in Mexico). salud pública de méxico. 2005; 47.
-

-
- ²¹ Aday MH, Angulo LP, Sepúlveda AMJ, Sanhueza XA, Becerra ID, Morales JV. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2013; 33(3):223.
- ²² Gulzar L. Access to health care. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*. 1999;31(1):13-9.
- ²³ Anderson OW, Andersen RM. Patterns of use of health services. *Handbook of medical sociology*. 1972;2.
- ²⁴ Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*. 1978;56(2):295.
- ²⁵ Bronstein LR, Kovacs PJ. Writing a mixed methods report in social work research. *Research on Social Work Practice*. 2013;23(3):354-60.
- ²⁶ 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 pública de méxico*. 2013;55:S332-S40.
- ²⁷ Booyesen F, Van Der Berg S, Burger R, Von Maltitz M, Du Rand G. Using an asset index to assess trends in poverty in seven Sub-Saharan African countries. *World Development*. 2008;36(6):1113-30.
- ²⁸ Filmer D, Pritchett LH. Estimating wealth effects without expenditure Data—Or tears: An application to educational enrollments in states of india*. *Demography*. 2001;38(1):115-32.
- ²⁹ Moser C, Moser C. Assets and livelihoods: a framework for asset-based social policy. *Assets, livelihoods and social policy*. 2008:43-82.
- ³⁰ Barbera N, Inciarte A. Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*. 2012;12(2).
- ³¹ Estrada REL, Deslauriers J-P. La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*. 2011(61):2-19.
- ³² Hernández-Ibarra LE, Mercado-Martínez FJ. Estudio cualitativo sobre la atención médica a los enfermos crónicos en el Seguro Popular. *salud pública de méxico*. 2013;55(2):179-84.
- ³³ Lazcano-Ponce E, Gómez-Dantés H, Rojas R, Garrido-Latorre F. Sistema de Protección Social en Salud. Evaluación externa 2012. 1° edición. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.
-

³⁴ Orozco E, Block MÁG, Rouvier M, Arredondo A, Bossert T. Evaluación. Retos e innovaciones de la gestión de los regímenes estatales de protección social en salud para la cobertura universal. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública. 2011.

³⁵ Saavedra N, Galván J, Pérez A et al. Saberes y decires acerca del Seguro Popular. Un estudio en centros de Primer Nivel de Atención de la Ciudad de México. Salud Problema. 2014; 15: 25-36

³⁶ Murayama-Rendón C. Adquisición de medicamentos en el Seguro Popular: ineficiencia e inequidad. Gaceta Médica de México. 2011;147: 497-503