

Distribución de cobertura poblacional del ISSSTE en relación con la población nacional y la cobertura institucional

Blanca Silvia Rivera-Medina, Daniel López-Hernández*, Emmanuel Melgarejo-Estefan y Carlos Contreras-Zavala

Dirección Médica, Subdirección de Prevención y Protección a la Salud, Jefatura de Servicios de Atención Médica Familiar, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Ciudad de México, México

Resumen

Objetivos: La cobertura poblacional es el fundamento de un sistema de salud equitativo que forma parte de la integración de un diagnóstico de salud poblacional, lo que permite diseñar un conjunto de servicios de atención con base en la dinámica de población. El objetivo del presente trabajo es analizar la cobertura poblacional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en relación con la población mexicana y con la población del ISSSTE. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal retrospectivo, con información de la población registrada en los anuarios estadísticos del ISSSTE (2015 y 2016), del Sistema Integral de Prestaciones Económicas (SIPE-2016) y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Se calculó la cobertura poblacional (2015) y la cobertura poblacional institucional (2016). Se obtuvo la distribución por percentiles para calcular la distribución por quintiles (Q1-Q5) y se realizaron las pruebas estadísticas apropiadas. **Resultados:** La cobertura poblacional del ISSSTE a nivel nacional es del 10.86% y su distribución varía por Entidad Federativa. En comparación con la cobertura nacional, 13 Estados tienen una cobertura significativamente mayor, 18 presentan coberturas significativamente menores (todos los valores $p < 0.0003$) y 2 tienen una cobertura similar. La cobertura institucional a nivel nacional es del 70.1% y las cinco entidades federativas con el mayor porcentaje de cobertura institucional son: Sinaloa, Michoacán, Morelos, Estado de México y Nayarit. **Conclusiones:** La cobertura poblacional del ISSSTE, por entidad federativa, es significativamente diferente entre las 32 entidades del país.

Palabras clave: Cobertura de salud. Cobertura poblacional institucional. Sistema de prestaciones económicas.

Distribution of population coverage of the ISSSTE in relation with the national population and institutional coverage

Abstract

Objectives: The population coverage is the basis of an equitable health system that is part of the integration of a population health diagnosis, which allows designing a set of care services based on population dynamics. The objective of this study is to analyze the population coverage of the Institute of Security and Social Services of State Workers (ISSSTE) in relation to the Mexican population and ISSSTE population. **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted, with information on the population registered in the statistical yearbooks of the ISSSTE (2015 and 2016), the Economic Benefits System (SIPE-2016) and the INEGI (2015). The population coverage (2015) and the institutional population coverage (2016) were calculated. The distribution by percentiles was obtained to calculate the distribution by quintiles (Q1-Q5) and the appropriate statistical tests were carried out. **Results:** The population coverage of ISSSTE at a national level is 10.86% and its distribution varies by Federal Entity. In comparison with

Correspondencia:

*Daniel López Hernández

E-mail: daniel16042016@gmail.com

Fecha de recepción: 11-07-2018

Fecha de aceptación: 30-08-2018

Disponible en internet: 07-06-2019

Rev Esp Méd Quir. 2018;23:130-8

www.remq-issste.com

1665-7330/© 2018 Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas. Publicado por Permanyer México SA de CV. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

the national coverage, 13 States have a significantly higher coverage, 18 have significantly lower coverage (all p values < 0.0003) and 2 have a similar coverage. Institutional coverage at the national level is 70.1%, the 5 States with the highest percentage of institutional coverage are: Sinaloa, Michoacán, Morelos, State of Mexico and Nayarit. **Conclusions:** The population coverage of the ISSSTE, by State, is significantly different among the 32 entities of the country.

Key words: Health coverage. Institutional population coverage. System of economic benefits.

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el acceso y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo¹. Esto implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional y de acuerdo con sus necesidades¹. El acceso también incluye medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad¹. Para ello se requiere la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar¹. De igual manera, ambas organizaciones indican que la cobertura universal «se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios» y enfatizan que sin un acceso universal oportuno y efectivo la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable¹. A su vez el acceso y la cobertura universal de salud constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar de la población¹.

En las últimas décadas se han formulado varias políticas e iniciativas de fortalecimiento de los sistemas de salud a nivel nacional, regional y mundial¹. Asimismo, la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de la OMS y la OPS establece cuatro líneas estratégicas: 1) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; 2) fortalecer la rectoría y la gobernanza en el camino hacia la cobertura universal de salud; 3) aumentar y mejorar el financiamiento y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios, y

4) fortalecer la acción intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud¹; además se han buscado otras estrategias, como fortalecer la salud comunitaria mediante equipos multidisciplinares de atención médica.

Cabe señalar que existen un gran número de mandatos, resoluciones, estrategias y planes de acción que se han diseñado para tratar de cumplir con el objetivo de mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud; no obstante, el debate está orientado hacia asegurar vidas más saludables y la promoción del bienestar como objetivo clave¹. Esto demanda un esfuerzo concertado para mejorar los servicios de atención médica como prioridad mundial². En México se han desarrollado, como estrategia de prevención, programas que consideran al paciente como el eje central de la atención médica^{2,3}. Asimismo, dentro de las funciones esenciales de la salud pública se incluye el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud, el desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública, entre otras, que permiten un análisis y en consecuencia, la generación de un diagnóstico de salud poblacional. El análisis de la cobertura de los servicios de salud puede tener diversos aspectos⁴. Por un lado, la «cobertura financiera», que se refiere a la capacidad de la población para tener acceso a la atención en función de su capacidad de pago, y por otra parte, analizar la cobertura en función de la utilización y oferta de los servicios por parte de la población⁴. Esta forma de análisis relaciona el número y el tipo de servicios de atención con el tamaño de la población y mide la verdadera utilización de los servicios en función de la disponibilidad y accesibilidad geográficas⁴. En este contexto, la cobertura de salud está en función del tamaño de su población. El objetivo del presente trabajo es analizar la cobertura poblacional del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en relación con la población mexicana y su población derechohabiente.

Material y métodos

Diseño y población de estudio

Se realizó un estudio transversal que incluyó como población de estudio los registros obtenidos de los anuarios estadísticos del ISSSTE (anuarios estadísticos de población 2015 y 2016, la base de datos del Sistema Integral de Prestaciones Económicas 2016; SIPE-2016) y del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2015). La recogida de datos se realizó con arreglo a un diseño de investigación retrospectivo. Estos registros se caracterizan por contener información de la población derechohabiente del ISSSTE (población amparada y población que demanda la utilización de los servicios de salud) y de la población mexicana, respectivamente.

Variables de estudios

Para efectos del presente estudio, las principales variables son el número de derechohabientes del ISSSTE y el número total de población de cada entidad federativa del país. Las cuatro delegaciones regionales del ISSSTE localizadas en la ciudad de México se analizaron como una sola entidad. Para determinar la cobertura poblacional del ISSSTE en relación con la población total mexicana se calculó el cociente considerando los registros de la población derechohabiente del ISSSTE por entidad federativa dividido entre los registros de la población mexicana correspondientes a la misma entidad federativa (año 2015), el cociente se multiplicó por 100 para obtener el porcentaje de cobertura poblacional. De manera similar, para obtener la cobertura poblacional institucional se calculó el cociente de los registros de la población derechohabiente del ISSSTE por entidad federativa obtenidos del SIPE dividido entre los registros de la población total amparada derechohabiente del ISSSTE correspondientes a la misma entidad federativa (año 2016), el cociente se multiplicó por 100, para obtener el porcentaje de cobertura institucional. Es importante aclarar que la cobertura de población del ISSSTE respecto de la población mexicana por entidad federativa del año 2015 se determinó para este periodo de tiempo considerando que es el año que se puede comparar con los datos del INEGI.

Consideraciones éticas

Este estudio se llevó a cabo con arreglo a las buenas prácticas clínicas de nuestra legislación, y a la Declaración de Helsinki. Se siguieron los protocolos legislativos (Ley

Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental) para el manejo de información. Cabe señalar que en las dos bases de datos empleadas no aparecen datos de pacientes.

Bases de datos y análisis estadísticos

Utilizando la información de las bases de datos, se obtuvo una base donde se recopiló toda la información. Las variables cualitativas se describen como frecuencia absoluta y relativa con el correspondiente intervalo de confianza del 95%. Las diferencias entre las proporciones por entidad federativa se compararon mediante la prueba χ^2 cuadrada. Se obtuvo la distribución por percentiles para calcular la distribución por quintiles (Q1-Q5). Los valores de $p < 0.05$ (pruebas de dos colas) se consideraron significativos. Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS® para Windows versión 21.

Resultados

Características de la población de estudio y cobertura poblacional del ISSSTE respecto a la población mexicana

En relación con la población total del país y la población total amparada por el ISSSTE, se analizaron los registros de las 32 entidades federativas de los Estados Unidos Mexicanos y las 35 delegaciones del ISSSTE. La tabla 1 muestra la población total del país y la población derechohabiente del ISSSTE, por entidad federativa, así como el correspondiente porcentaje de cobertura poblacional del ISSSTE respecto a la población del país. Las 10 entidades federativas que concentran la mayor densidad poblacional son el Estado de México, la Ciudad de México, Veracruz, Jalisco, Puebla, Guanajuato, Chiapas, Nuevo León, Michoacán y Oaxaca. Sin embargo, de las 10 entidades con el mayor número de derechohabientes del ISSSTE (Ciudad de México, Estado de México, Guerrero, Veracruz, Guanajuato, Oaxaca, Tamaulipas, Michoacán, Sinaloa y Jalisco), 7 corresponden a las de mayor densidad poblacional y 3 (Guerrero, Tamaulipas y Sinaloa) no forman parte del grupo de entidades con la mayor densidad poblacional del país (Tabla 1). Por otra parte, al realizar el análisis de la cobertura poblacional por entidad federativa y quintiles, pudimos observar que menos del 20% de las entidades federativas tienen una cobertura menor al 6.83% y otro 20% presentan

Tabla 1. Distribución porcentual de la cobertura de salud del ISSSTE en relación con la población total nacional y por entidad federativa del periodo de 2015

Entidad federativa	Población total*	Población total amparada ISSSTE	% (IC 95%)
Aguascalientes	1,311,835	148,325	11.31 (9.32-13.29)
Baja California	3,314,112	186,077	5.61 (3.64-7.59)
Baja California Sur	711,546	149,469	21.01 (19-23.01)
Campeche	899,481	100,122	11.13 (9.14-13.12)
Chiapas	5,215,396	348,080	6.67 (4.7-8.65)
Chihuahua	3,555,044	315,687	8.88 (6.9-10.86)
Ciudad de México	8,908,808	3,336,169	37.45 (35.47-39.42)
Coahuila	2,953,341	339,533	11.5 (9.52-13.48)
Colima	710,852	82,148	11.56 (9.56-13.55)
Durango	1,753,702	361,150	20.59 (18.6-22.58)
México	16,171,580	1,080,672	6.68 (4.72-8.65)
Guanajuato	5,850,672	473,015	8.08 (6.11-10.06)
Guerrero	3,530,631	565,361	16.01 (14.03-17.99)
Hidalgo	2,853,941	304,074	10.65 (8.68-12.63)
Jalisco	7,841,855	395,777	5.05 (3.08-7.01)
Michoacán	4,581,584	415,758	9.07 (7.1-11.05)
Morelos	1,902,390	231,143	12.15 (10.17-14.13)
Nayarit	1,180,575	191,196	16.2 (14.2-18.19)
Nuevo León	5,114,293	269,584	5.27 (3.3-7.24)
Oaxaca	3,964,555	427,586	10.79 (8.81-12.76)
Puebla	6,166,385	361,272	5.86 (3.89-7.83)
Querétaro	2,036,698	147,181	7.23 (5.25-9.2)
Quintana Roo	1,500,298	164,494	10.96 (8.98-12.95)
San Luis Potosí	2,715,819	292,236	10.76 (8.78-12.74)
Sinaloa	2,965,330	405,125	13.66 (11.68-15.64)
Sonora	2,848,829	250,190	8.78 (6.81-10.76)
Tabasco	2,393,561	181,036	7.56 (5.59-9.54)
Tamaulipas	3,437,706	417,003	12.13 (10.15-14.11)
Tlaxcala	1,272,163	134,569	10.58 (8.59-12.57)
Veracruz	8,106,818	545,611	6.73 (4.76-8.7)
Yucatán	2,095,919	176,124	8.4 (6.42-10.38)
Zacatecas	1,578,265	170,930	10.83 (8.85-12.81)
Nacional	119,443,984	12,973,731	10.86 (8.9-12.82)

Fuentes: Base de datos del INEGI 2015 y del Anuario estadístico 2015 del ISSSTE.

*No se consideró la población clasificada como población no especificada.

coberturas iguales o mayores al 12.15%, lo cual es significativamente mayor a la cobertura nacional (10.86%) (Fig. 1). Más aún, 13 entidades federativas tienen una cobertura poblacional significativamente (todos los valores

$p < 0.0003$) mayor al porcentaje de cobertura nacional. De manera similar, 18 Estados de la República presentan coberturas de población significativamente menores a la cobertura nacional; solo el Estado de Zacatecas

tiene una cobertura poblacional similar a la nacional (Fig. 2). Las 10 principales entidades federativas que concentran la mayor cobertura poblacional en relación con la población total por entidad federativa son la Ciudad de México, Baja California Sur, Durango, Nayarit, Guerrero, Sinaloa, Morelos, Tamaulipas, Colima y Coahuila.

Cobertura Institucional

De acuerdo con la comparación de los registros de las bases institucionales (anuario estadístico 2016 y SIPE-2016) la cobertura institucional a nivel nacional es del 70.1%, siendo las 10 entidades federativas con el mayor porcentaje de cobertura institucional: Sinaloa, Michoacán, Morelos, Estado de México, Nayarit, Hidalgo, Aguascalientes, Veracruz, Chiapas y Oaxaca (Tabla 2). Llama la atención que la Ciudad de México presenta el porcentaje de cobertura institucional más bajo a nivel nacional dentro del ISSSTE (Tabla 2). En este contexto, solo 3 (Estado de México, Veracruz y Oaxaca) de las 10 entidades federativas con mayor porcentaje de población amparada entran dentro de las 10 entidades con la mayor cobertura institucional. Por otro lado, las 10 entidades federativas con la menor cobertura institucional son (de mayor a menor cobertura): Colima, Quintana Roo, San Luis Potosí, Guerrero, Puebla, Tamaulipas, Chihuahua, Tabasco, Durango y Ciudad de México. Asimismo, al realizar el análisis de la cobertura poblacional institucional por entidad federativa y quintiles, pudimos observar que menos del 20% de las entidades federativas tienen una cobertura menor al 70.20% y el 20% presentan coberturas iguales o mayores al 79.59%, lo cual es más elevado que la cobertura media nacional (Fig. 3). A diferencia de la cobertura poblacional del ISSSTE en relación con la población del país, 23 entidades federativas tienen una cobertura poblacional institucional significativamente (todos los valores $p < 0.0023$) mayor al porcentaje de cobertura de la media nacional; 6 presentan coberturas de población significativamente menores y 3 Delegaciones (Guerrero, San Luis Potosí y Quintana Roo) tienen una cobertura poblacional institucional similar a la media nacional (Fig. 4).

Discusión

Nuestros datos muestran diferencias significativas entre las coberturas poblacionales del ISSSTE en relación con la población de las diferentes entidades federativas



Figura 1. Distribución de la cobertura poblacional del ISSSTE por entidad federativa y quintil. *La cobertura se obtuvo del cociente entre la población total amparada del ISSSTE por entidad federativa y la población total correspondiente reportada por el INEGI del año 2015, multiplicado por 100 (para obtener el valor en porcentaje).

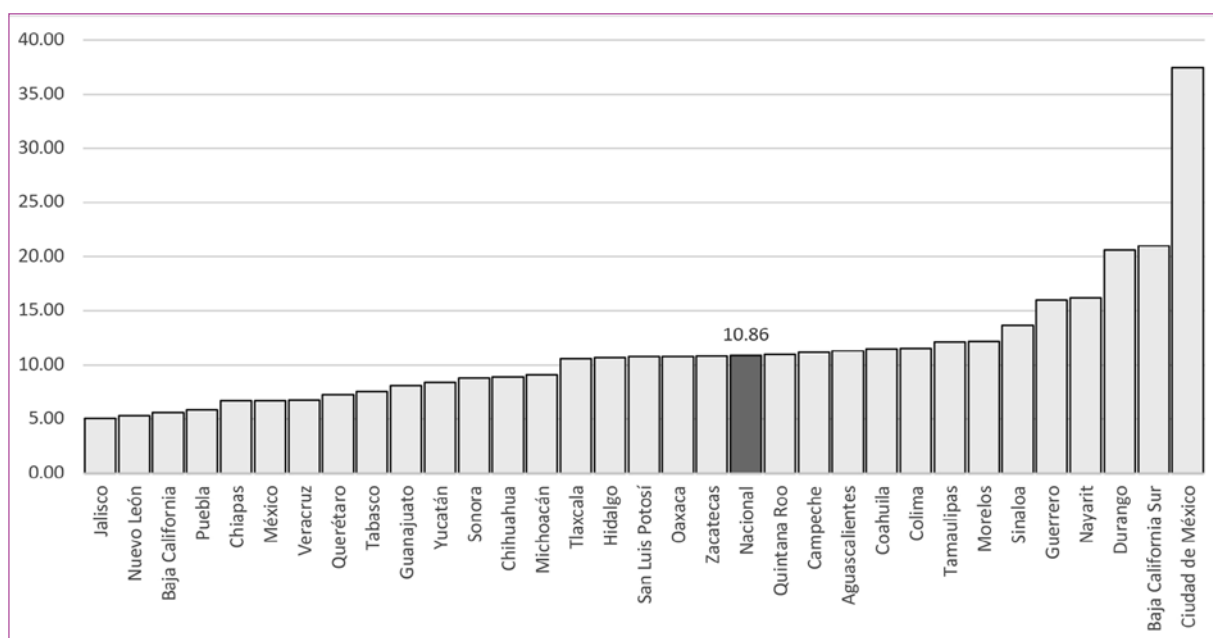


Figura 2. Distribución de la cobertura poblacional del ISSSTE en relación con la población por entidad federativa de acuerdo con la media nacional.

del país. Sin embargo, estas diferencias son muy marcadas al comparar la cobertura poblacional dentro del instituto, lo que permite ver la dificultad de generar y diseñar programas de salud poblacional, estimaciones o proyecciones de las diferentes enfermedades cronicodegenerativas y metodologías para el cálculo de metas, con base en la población total amparada. Nuestros hallazgos indican que se debe considerar la proyección poblacional por entidad federativa, así como basar las estimaciones en la población con posibilidad de demanda de utilización de los servicios de salud institucionales. Como ha señalado Paganini, analizar la cobertura en función de la utilización y oferta de los servicios por parte de la población, así como en función del tamaño de la población⁴, es una herramienta válida, partiendo del concepto de cobertura verdadera, la cual estudia la utilización de los servicios por parte de la población⁴. Estos datos son consistentes con el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi, que es un modelo para evaluar la cobertura efectiva de los programas o servicios de salud. Este modelo define el acceso a los servicios de salud como una cobertura efectiva, entendida como la proporción de la población que recibe atención eficaz; es decir, que el servicio entregado logra un resultado específico⁵. Otro aspecto importante a considerar es que en el proceso de acceso a los programas o servicios de salud se identifican cinco etapas o peldaños distintos⁶. En cada uno de los

peldaños existen barreras y facilitadores de acceso y es posible ir perdiendo parte de la población objetivo si las barreras existentes predominan sobre los facilitadores⁶. A partir de este enfoque de peldaños y de la suma de cobertura existente en cada uno de estos peldaños, se puede construir una curva de cobertura efectiva del servicio o programa de salud⁶. Esto es esencial si consideramos que la población total amparada es una población que durante la realización de una intervención de un programa o servicio de salud utiliza los servicios o programa en tiempos y situaciones específicas y no toda la población lo realiza de forma simultánea. Esto implica que la base de los peldaños es la población objetivo del programa, pero el peldaño final corresponde a la población de cobertura efectiva; es decir, a las personas que siguen la intervención de manera efectiva⁶. Para lograr esto, el proceso de acceso a los programas o servicios de salud define cinco etapas distintas: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto con el servicio y cobertura efectiva⁶. Y cada una de ellas tiene una cobertura diferente en términos de población. La disponibilidad se refiere a la cobertura otorgada a las personas para la cual la intervención está disponible⁶ (que es menor a la población objetivo), la accesibilidad contempla la cobertura otorgada a las personas que pueden seguir la intervención, la aceptabilidad considera a las personas dispuestas a seguir la intervención, el contacto con el

Tabla 2. Distribución porcentual de la cobertura de salud Institucional en relación con la población total amparada del periodo de 2016

Delegaciones	Población total amparada ISSSTE	Población usuaria*	% (IC 95%)
Aguascalientes	150,627	120,167	79.78 (77.71-81.84)
Baja California	190,231	146,559	77.04 (74.99-79.1)
Baja California Sur	152,444	118,522	77.75 (75.68-79.81)
Campeche	101,950	74,318	72.9 (70.8-75)
Chiapas	363,833	285,335	78.42 (76.4-80.45)
Chihuahua	307,621	210,659	68.48 (66.44-70.52)
Ciudad de México	3,348,142	1,757,427	52.49 (50.5-54.48)
Coahuila	344,566	263,342	76.43 (74.39-78.46)
Colima	83,421	59,778	71.66 (69.54-73.77)
Durango	355,323	231,228	65.08 (63.04-67.12)
México	1,029,432	857,537	83.3 (81.31-85.3)
Guanajuato	489,741	376,052	76.79 (74.77-78.81)
Guerrero	583,408	409,433	70.18 (68.16-72.2)
Hidalgo	323,156	259,479	80.3 (78.27-82.33)
Jalisco	400,527	300,206	74.95 (72.92-76.98)
Michoacán	431,661	364,091	84.35 (82.33-86.36)
Morelos	230,613	194,395	84.29 (82.26-86.33)
Nayarit	196,438	158,479	80.68 (78.63-82.73)
Nuevo León	270,945	197,908	73.04 (71-75.09)
Oaxaca	445,018	348,565	78.33 (76.3-80.35)
Puebla	372,195	258,810	69.54 (67.5-71.57)
Querétaro	148,803	114,720	77.1 (75.03-79.16)
Quintana Roo	176,886	124,665	70.48 (68.41-72.55)
San Luis Potosí	295,788	207,890	70.28 (68.24-72.33)
Sinaloa	409,522	345,757	84.43 (82.41-86.45)
Sonora	242,883	174,822	71.98 (69.93-74.03)
Tabasco	184,949	123,654	66.86 (64.79-68.93)
Tamaulipas	416,163	287,640	69.12 (67.09-71.15)
Tlaxcala	139,322	103,140	74.03 (71.95-76.11)
Veracruz	561,411	442,576	78.83 (76.82-80.85)
Yucatán	179,372	137,490	76.65 (74.59-78.71)
Zacatecas	179,651	136,214	75.82 (73.76-77.88)
Nacional	13,113,158	9,190,858	70.09 (68.12-72.06)

Fuente: Elaboración propia con las bases de datos institucionales del periodo 2016. Anuario estadístico 2016 y población usuaria registrada en el Sistema de Prestaciones Económicas 2016, del ISSSTE.

servicio indica parte de la premisa de una cobertura a las personas que siguen la intervención y finalmente, como ya se indicó, la cobertura efectiva es cuando se logra un resultado específico⁶. Los objetivos finales del sistema de

salud son lograr que las personas se mantengan sanas o, en caso de enfermar, tengan acceso a los servicios sanitarios de acuerdo con sus necesidades, sigan el tratamiento (limitando el daño o rehabilitándose) y se

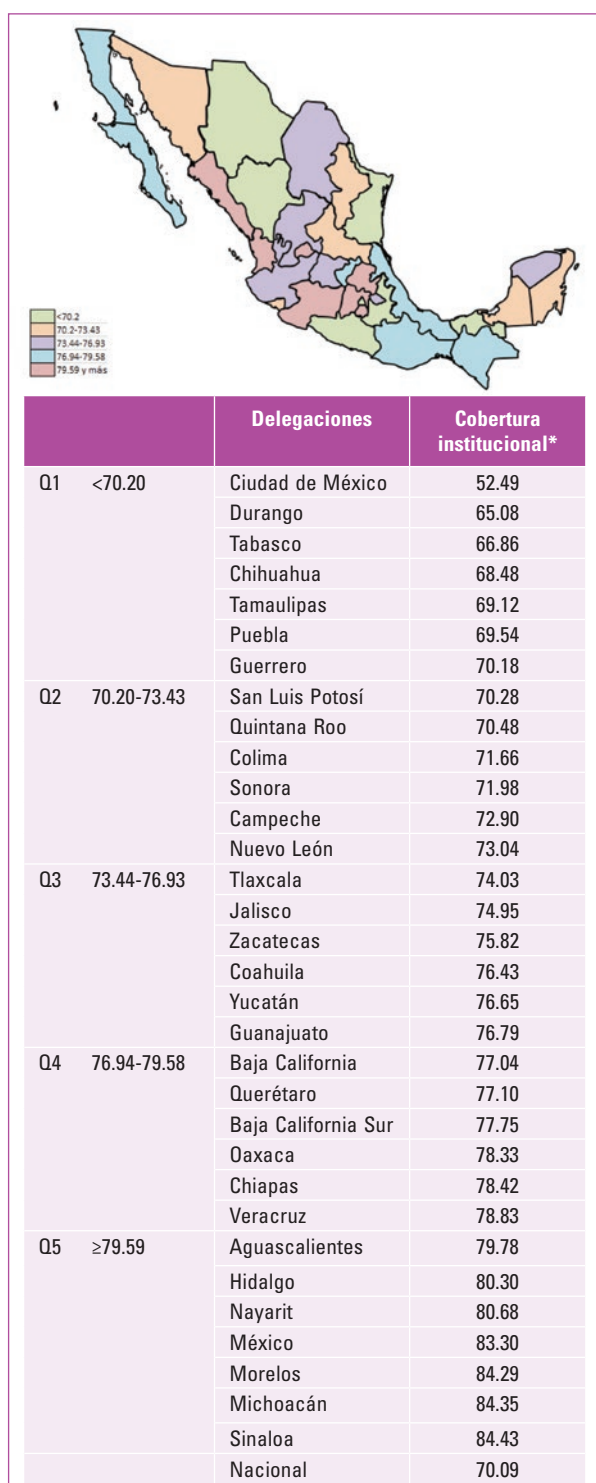


Figura 3. Distribución de la cobertura poblacional institucional por entidad federativa y quintil. *La cobertura se obtuvo del cociente entre la población que demanda servicios de salud institucional por entidad federativa y la población total amparada del ISSSTE reportada del año 2016, multiplicado por 100 (para obtener el valor en porcentaje).

encuentren satisfechas con los servicios que mejoran su calidad de vida y su nivel de salud⁷⁻⁹. Sin embargo, es fundamental indicar que conocer la base poblacional de la población objetivo de intervención es uno de los pilares para otorgar servicios o programas de salud a la población, pero no el único. El nivel de salud de la población está condicionado por «aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud» conocidos como determinantes sociales de la salud (DSS)⁷⁻¹¹. Estos DSS incluyen las características específicas del contexto social que se traducen en efectos sobre la salud^{7,12}, por ejemplo:

- Disponibilidad. Disposición de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información.
- Accesibilidad. El acceso físico (como la distancia, conectividad, y existencia y tiempo de transporte), el aspecto organizacional/administrativo (relacionado con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención) y el financiero (relacionado con el costo del transporte, el gasto de bolsillo y la pérdida de ganancia en el trabajo).
- Aceptabilidad de los servicios. Percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad.
- Contacto con el servicio. La continuidad de la atención, dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención^{7,13,14}.

Uno de los principales hallazgos del estudio fue encontrar que la Ciudad de México tiene la menor cobertura de todo el país. Se podría esperar que esta entidad tuviese la cobertura más alta por ser un sitio de referencia y concentración de hospitales de alta especialidad. Sin embargo, hay que tomar en consideración varios factores sociodemográficos que pueden afectar la utilización y la demanda de los servicios de salud: los análisis derivan de la densidad de población y no del flujo de población migrante procedente de los diferentes Estados de la República, la cobertura institucional se ve influida para la doble derechohabiente, el tipo de población derechohabiente y la interacción con otros servicios médicos, como los servicios otorgados por hospitales privados; además, el ISSSTE es una dependencia que gestiona y asiste en el cuidado de la salud y la seguridad social de su población beneficiaria de todas las dependencias del gobierno de México (las cuales cuentan con seguros de salud de la iniciativa privada), el SIPE

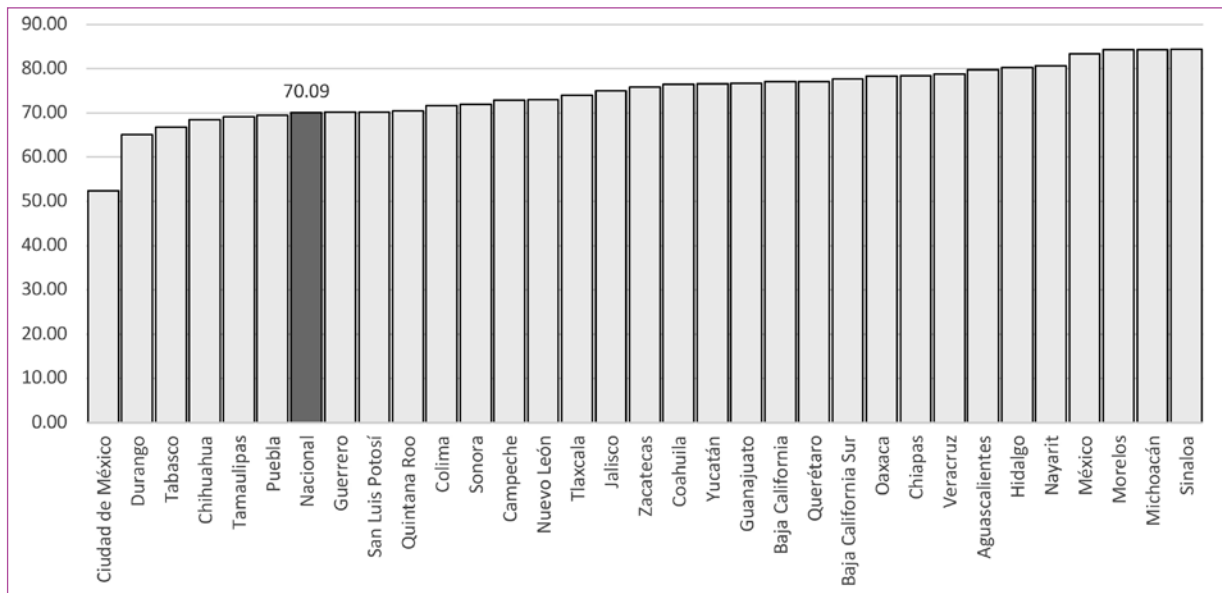


Figura 4. Distribución de la cobertura poblacional institucional en relación con la cobertura media nacional por entidad federativa.

proporciona la información de la población que ha solicitado servicios de salud en las unidades médicas del ISSSTE, mientras que el anuario estadístico incluye información de la población total que tiene derecho a los servicios de salud (aunque no haya solicitado el servicio). Por tal motivo, estos factores pueden influir en la baja demanda del servicio en la Ciudad de México.

Conclusión

En conclusión, nuestros datos aportan evidencia epidemiológica que indica que la cobertura poblacional del ISSSTE, en relación con la población por entidad federativa, es significativamente diferente entre las 32 entidades del país, incluso para la propia cobertura institucional. En consecuencia, recomendamos tomar en consideración la población y su porcentaje de cobertura para el diseño de los programas institucionales, los modelos de atención médica, las intervenciones de salud y los cálculos de metas financieras y de índole médica.

Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para las Américas. Salud universal estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 53.º Consejo Directivo, 66.ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Punto 4.3 del orden del día CD53/5, Rev. 2, 2 de octubre del 2014.
- López-Hernández D, Blanco-Cornejo M, Navarro-Meneses R. Necesidad de nuevos modelos de atención primaria de la salud en los países de bajos y medianos ingresos. *Rev Panam Salud Publica.* 2016;39(6):387-8.

- Blanco-Cornejo M, Riva-Palacio-Chiang-Sam IL, Sánchez-Díaz I, Cerritos A, Tena-Tamayo C, López-Hernández D. New model for diabetes primary health care based on patient empowerment and the right to preventive health: the MIDE program. 2017;41:e128.
- Paganini JM. La cobertura de la atención de salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica.* 1998;4(5):305-10.
- Arrivillaga M, Borrero YE. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cad. Sau-de Publica.* 2016;32(5):e00111415.
- Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 18 de diciembre de 2013.
- Hirnas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(3):223-9.
- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Canada, Minister of National Health and Welfare; 1981. [cited 2017 Dec 10] Disponible en: <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>
- Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2008 [fecha de publicación: 2009]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>
- Álvarez Pérez A, García Fariña A, Bonet Gorbea M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. *Rev Cub Salud Pública.* 2007;33(2).
- Hosseinpoor AR, van Doorslaer E, Speybroeck N, Naghavi M, Mohammad K, Majdzadeh R, et al. Decomposing socioeconomic inequality in infant mortality in Iran. *Int J Epidemiol.* 2006;35(5):1211-9.
- Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Jadue L, Fabiola M, editores. *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad.* Chile: Iniciativa Chilena de Equidad en Salud (ICES); 2005. pp. 9-18.
- Frenz P, Vega J. Universal health coverage with equity: what we know, don't know, and need to know. Background paper for the global symposium on health systems research, 2010. [cited 2017 Dec 10] Avvailable from: http://www.ops-oms.org.pa/drupal/SCMDSS/2%20WCSDH%20Discussion%20Paper%20resources/3%20Health%20sector/Universal_Health_Coverage_With_Equity_2010.pdf
- Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ.* 1978;56(2):295-303.