

Caracterización de la “cascada de atención” en servicios públicos en México en localidades de menos de 100 000 habitantes

M Arantxa Colchero, PhD,⁽¹⁾ Rouselinne Gómez, M en SP,⁽¹⁾ Sergio Bautista-Arredondo, MA, M en C.⁽¹⁾

Colchero MA, Gómez R, Bautista-Arredondo S. Caracterización de la “cascada de atención” en servicios públicos en México en localidades de menos de 100 000 habitantes. *Salud Publica Mex.* 2019;61:734-741. <https://doi.org/10.21149/10570>

Colchero MA, Gómez R, Bautista-Arredondo S. Characterization of the “primary health care cascade” in public services in Mexico in localities with less than 100 000 inhabitants. *Salud Publica Mex.* 2019;61:734-741. <https://doi.org/10.21149/10570>

Resumen

Objetivo. Caracterizar la demanda de servicios de atención en la población que vive en localidades de menos de 100 000 habitantes. **Material y métodos.** Se utilizaron los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2018. Se caracterizó la cascada de atención y se estimaron modelos probit para analizar factores asociados con la probabilidad de recibir atención. **Resultados.** En la población que reportó haber tenido un problema de salud, sólo 32% se atendió en una institución pública. Se encontró que ser mujer, tener más de 50 años, tener seguridad social, percibir que el problema de salud es grave y pertenecer al nivel socioeconómico alto —dentro de este grupo de población— se asocia con mayor probabilidad de recibir atención. **Conclusiones.** Los hallazgos de este estudio abordan algunos retos y oportunidades para otorgar servicios públicos a la población que vive en áreas más marginadas.

Palabras clave: atención a la salud; servicios de salud; México

Abstract

Objective. To characterize the demand for public services among the population living in localities with less than 100 000 inhabitants. **Materials and methods.** We used data from the *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (Ensanut) 2018. We characterize the primary health care cascade and estimated probit models on the probability of receiving care. **Results.** Among the population that reported a health problem, only 32% received care from a public institution. We found that women, having more than 50 years, being insured and belonging to the highest socioeconomic status —within this population— was associated with a greater probability of receiving care. **Conclusions.** Findings from this study show some of the challenges and opportunities to offer public health care services to the population that lives in more marginalized areas.

Keywords: health services; health care; Mexico

Uno de los temas sociales clave de la actualidad, no sólo en países de ingresos medios y bajos sino en muchos de ingresos altos también, es el que respecta a garantizar el derecho universal a la salud mediante la provisión de servicios de salud asequibles, accesibles y de calidad a toda la población. Si bien prácticamente todos los países están de acuerdo con la validez del

principio que establece el derecho a la salud como un derecho humano y que por tanto asigna a los gobiernos la responsabilidad de garantizar su cumplimiento, no existe un consenso en absoluto respecto a cómo resolver este complejo problema.

La respuesta del gobierno mexicano ha sido compleja y en las últimas dos décadas se ha centrado en la

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

cobertura de aseguramiento médico o social y de protección financiera.¹ Los trabajadores en el sector formal de la economía y en el gobierno tenían ya cobertura de seguridad social y con ella acceso a servicios médicos. Sin embargo, la llamada *población abierta* –aquella que no goza de los beneficios de un trabajo estable y formal– estaba descubierta y vulnerable frente a eventos de salud que en muchos casos resultaban en gastos catastróficos o empobrecedores.² El gobierno mexicano buscó revertir esta situación con la creación del Seguro Popular a inicios de la primera década de este siglo.³ En esencia, la idea fue crear un fondo financiado con impuestos y, en teoría, con un sistema de cuotas progresivas que en efecto no se implementó nunca (o muy poco), que garantizara la cobertura de servicios esenciales para la población abierta mediante la afiliación voluntaria.³ Como resultado de esta política pública, la cobertura de aseguramiento aumentó drásticamente y a inicios de la década 2010 se proclamó el logro de la cobertura universal de salud en México.⁴

A pesar de este importante logro del Seguro Popular, la medida en que la cobertura de aseguramiento se ha traducido en cobertura de atención médica en servicios públicos con calidad, eficiencia y equidad es menos clara. México sigue enfrentando retos importantes hacia la cobertura universal de salud.⁵ Por ejemplo, la cobertura de aseguramiento no ha llegado a 100% a pesar de los esfuerzos del Seguro Popular. Incluso entre los asegurados, el paquete de intervenciones y medicamentos cubiertos por el seguro no es universal. Persiste la preferencia de muchas familias por usar servicios privados, aun en la población con seguridad social o con Seguro Popular,⁵ lo que implica que hasta las familias más pobres gastan de su bolsillo para atender problemas de salud, a pesar de tener cobertura de aseguramiento.

Medir y caracterizar la demanda de servicios de salud en México es de gran relevancia para construir un sistema de salud que continúe avanzando hacia la cobertura universal y la equidad. Sin embargo, entender las decisiones que se toman en los hogares y que se reflejan en la demanda y la utilización de servicios de salud públicos no es una tarea sencilla.

En países de ingresos medios como México se han realizado estudios cuantitativos y cualitativos que analizan la utilización de servicios médicos y ayudan a iluminar algunos aspectos detrás de estas decisiones. Por ejemplo, algunos factores proximales o del individuo, como el sexo y la edad, están asociados con diferencias en utilización de servicios médicos.⁶⁻⁸ Algunos factores sociodemográficos como el nivel educativo, empleo y participación en alguna asociación religiosa también determinan el nivel de uso de servicios médicos.⁹⁻¹¹ En relación con factores más estructurales, como el tipo de

afiliación a seguridad social, los niveles de marginación o de ingresos económicos, también existe evidencia que soporta su asociación con el uso de servicios médicos preventivos o curativos.¹²⁻¹⁷ Finalmente, la accesibilidad, medida como la distancia entre los hogares y la unidad de salud, tiene un efecto sobre la utilización de los servicios médicos.¹⁸⁻²⁰

El objetivo general de este trabajo es caracterizar la demanda de servicios de atención por parte de la población que vive en localidades de menos de 100 000 habitantes, que tienen un alto nivel de marginación. De acuerdo con datos del Censo de 2010, 74% de las localidades de menos de 100 000 habitantes tienen en un alto y muy alto nivel de marginación. En contraste, 97.7% de las localidades de más de 100 000 habitantes tienen un nivel de marginación bajo o muy bajo.

Se analizaron tres aspectos de la demanda. El primero fue construir una “cascada de atención” para documentar el porcentaje de la población que reportó tener un problema de salud y, entre éste, qué proporción buscó atención, qué proporción la recibió y, entre ésta, cuántos habitantes se atendieron en instituciones públicas. Lo anterior ayudará a identificar en qué medida este grupo de la población mexicana reporta cobertura de servicios médicos públicos (utilización) frente a una necesidad de atención médica (demanda potencial y demanda insatisfecha de servicios). El segundo objetivo fue analizar factores asociados con la probabilidad de ser atendido en cualquier servicio de salud y con la probabilidad de ser atendido en servicios públicos, lo que ayudará a identificar factores relacionados con las brechas en atención médica en servicios públicos entre la población más pobre de México. El último objetivo fue comparar la derechohabiencia con el lugar donde se atiende usualmente y con el lugar donde se atendieron los que recibieron atención por el problema de salud reportado, con el fin de identificar en qué medida la cobertura de aseguramiento se traduce en utilización de servicios públicos.

Material y métodos

Se utilizaron los datos de la Ensanut 2018, recolectados en localidades de menos de 100 000 habitantes. Los detalles metodológicos de la encuesta se describen en otro artículo.²¹ Se analizó la demanda de servicios de atención de la población que reportó tener un problema de salud en las últimas dos semanas o en el último mes; para simplificar, desde aquí se definirá como *problema de salud en el último mes*, dado que el mes comprende las últimas dos semanas. El módulo de situación de salud y utilización de servicios de salud aplica a todos los integrantes del hogar.

El proyecto de esta encuesta, con número 1556, fue aprobado por los Comités de Investigación, Bioseguridad y Ética del Instituto Nacional de Salud Pública.

Cascada de atención en servicios públicos

La cascada de atención muestra, a partir de la población que reportó tener algún problema de salud en el último mes, qué porcentaje de ésta buscó atención, cuántos pacientes recibieron atención y qué porcentaje recibió atención en alguna institución pública (figura 1). Como el cuestionario no incluye una pregunta que permita saber si se buscó atención, se estimó esta variable incluyendo a quienes recibieron atención —dado que tuvieron que buscarla para recibirla— y a quienes reportaron no recibir atención, pero cuyas respuestas a los motivos por los cuales no la recibieron muestran que la buscaron (“el lugar a donde lo enviaron no atendían a las personas que tienen seguro popular”, “la unidad médica estaba cerrada”, “no alcanzó ficha/había mucha gente”, le dijeron que su problema no era urgente”, “le dijeron que tenía que pagar por su atención”, “le solicitaron un pase de referencia”, “no había servicio en el horario en que lo necesitaba”, “el tiempo para pasar a consulta era muy largo”). Para obtener los porcentajes de la cascada de atención se utilizó el diseño de la encuesta.

Factores asociados con la probabilidad de recibir atención

Se estimaron tres modelos probit para explorar los factores asociados con la probabilidad de recibir atención en cualquier servicio, con la probabilidad de recibir atención en servicios públicos y con la de recibirla de servicios privados, esto condicionado al hecho de haber reportado tener un problema de salud en el último mes. Para el primer desenlace, se creó una variable binaria que toma el valor 1 si se reportó recibir atención por el problema de salud reportado, y 0 si no se recibió la atención. Para el segundo desenlace (recibir atención en servicios públicos), se creó una variable binaria que toma el valor 1 si se reportó recibir atención y si la institución que atendió es pública (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE], Petróleos Mexicanos [Pemex], Secretaría de la Defensa [Sedena] y Secretaría de Marina [Semar], o centros de salud u hospitales de la Secretaría de Salud [SS]), y toma el valor 0 si no se recibió atención o si hubo atención de servicios privados (consultorios adyacentes a farmacias o médico privado). Para el tercer desenlace, se creó una variable binaria que toma el valor 1 si se reportó recibir atención en consultorios dependientes de farmacia o médico

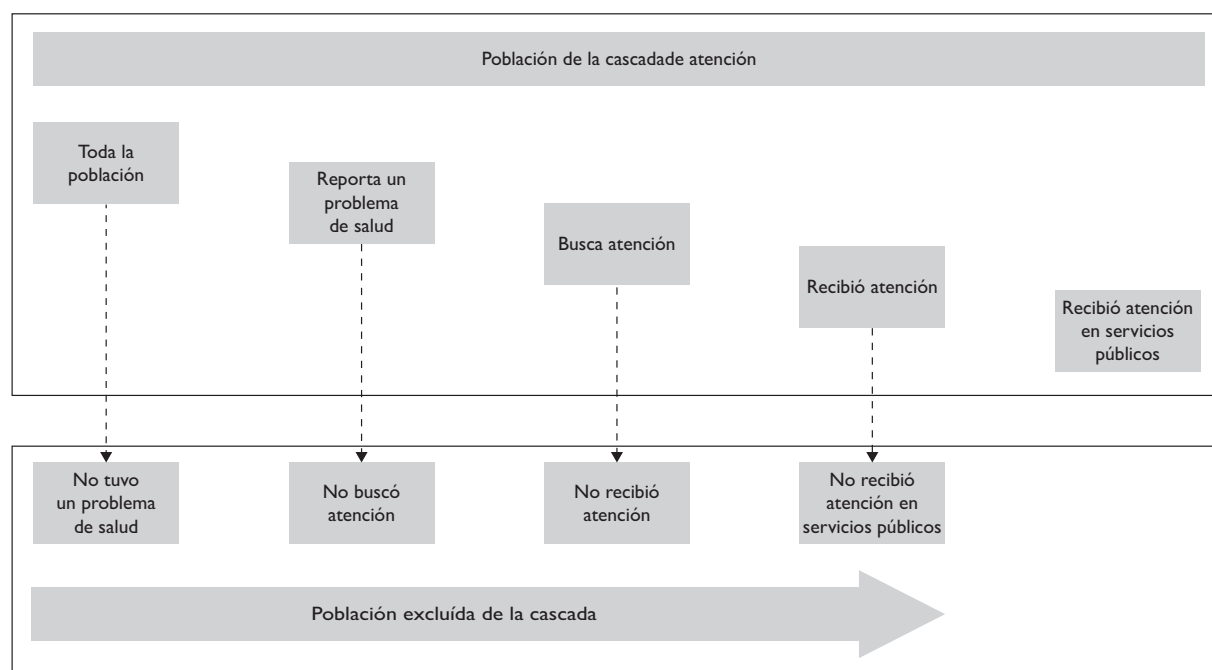


FIGURA 1. ESQUEMA DE LA CASCADA DE ATENCIÓN EN SERVICIOS PÚBLICOS DE MÉXICO. ENSANUT 2018

privado, y toma el valor 0 si no se recibió atención o se recibió en servicios públicos.

Se analizaron factores asociados con la probabilidad de recibir atención a nivel individual, hogar y entorno. A nivel individual se incluyeron las siguientes variables: sexo; edad en años cumplidos (centrada en la media para simplificar su interpretación) y edad centrada al cuadrado para explorar asociaciones no lineales; y derechohabiencia en tres grupos (sin seguridad social, afiliación a una institución pública [IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar, SS] o Seguro Popular [se excluyeron ocho individuos que reportaron tener seguro privado]). A nivel de hogar se creó un índice de bienes (del módulo de posesión de activos) usando componentes principales que se dividieron en terciles para formar tres grupos de nivel socioeconómico: bajo, medio y alto. Aunque la base de datos incluía un índice de bienes que se ha utilizado en las Ensanut, existía el interés de crear un índice para comparar a la población de esta encuesta de 2018 entre sí y no con la población general. Para probar diferencias en atención por lugar de residencia, se incluyó una variable binaria para urbano/rural.

Para explorar la heterogeneidad en los desenlaces en grupos más vulnerables, se estratificaron los modelos por tercil del índice de bienes. Se exploró también la posibilidad de estratificar por condición de "indigenismo". Sin embargo, como la variable de la pregunta "habla lengua indígena" tiene 635 valores faltantes, sólo se exploró esta estratificación en análisis de sensibilidad y se reportó en los resultados. Se compararon los modelos estratificados con una prueba de Hausman, cuya hipótesis nula es que no hay diferencias en los coeficientes entre los modelos.

Todas las estimaciones se obtuvieron al considerar el diseño muestral de la encuesta, que incluye estratos, conglomerados de muestreo y ponderadores.²¹ Además, se ajustaron los modelos por conglomerado a nivel de hogar para obtener errores robustos.

Derechohabiencia y lugar donde se atiende

Se comparó la derechohabiencia del integrante del hogar con el lugar donde se atienden usualmente aquellos individuos que reportaron haber tenido un problema de salud en el último mes. También se comparó la derechohabiencia con el lugar donde fueron atendidos aquellos que reportaron tener un problema de salud y que recibieron atención por esa causa.

Resultados

La figura 2 muestra la cascada de atención. Del total de individuos que reportaron un problema de salud en

las últimas dos semanas o en el último mes (representan 17% de toda la población que vive en localidades más marginadas), 78% buscó atención, 71% la recibió y sólo 32% fue atendido en una institución pública. Las principales instituciones públicas donde se atendieron (resultados no mostrados) fueron centros de salud u hospital de la SS (72%) e IMSS (20%). Entre la población que no buscó atención (22% de quienes reportaron un problema), la mitad consideró que no era necesaria.

El cuadro I muestra las estadísticas descriptivas de la muestra. De quienes reportaron tener un problema de salud, 70.5% recibió atención; sólo 32.3% se atendió en un servicio público y 34.2% en un servicio privado. El promedio de edad es de 31.5 años y 54% son mujeres. El 57% reporta estar afiliado al Seguro Popular, 26.9% a una institución pública y 16% no tiene afiliación a ningún seguro médico. El 43.8% percibió que el problema de salud era leve, 31.4% medio y el resto grave. El 66.8% vive en áreas urbanas.

El cuadro II muestra los resultados de los modelos probit. En el modelo 1, que identifica los factores asociados con recibir atención en cualquier tipo de servicio, las mujeres tienen 6% mayor probabilidad de recibir atención que los hombres frente a un problema de salud. La probabilidad de recibir atención disminuye con la edad y después vuelve a aumentar conforme la edad avanza. Estar afiliado a una institución pública se asocia con 17% mayor probabilidad de recibir atención y 9% si tiene Seguro Popular, ambos comparados con no tener aseguramiento. Mayor percepción de gravedad del problema de salud se asocia con mayor probabilidad de recibir atención. Pertenecer al nivel socioeconómico

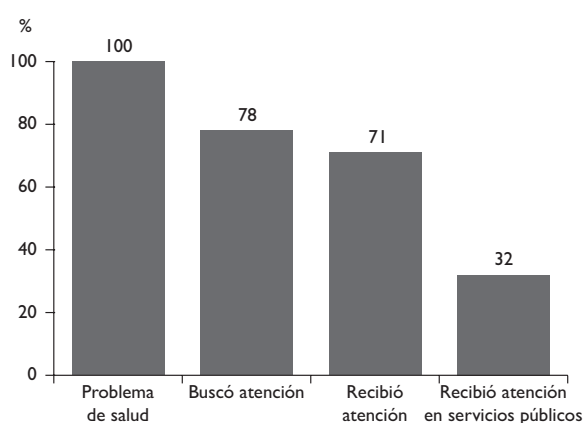


FIGURA 2. CASCADA DE ATENCIÓN EN SERVICIOS PÚBLICOS EN LA POBLACIÓN QUE REPORTÓ TENER UN PROBLEMA DE SALUD, EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS O EN EL ÚLTIMO MES (17% DE LA POBLACIÓN). MÉXICO, ENSANUT 2018

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN QUE REPORTÓ TENER UN PROBLEMA DE SALUD EN LAS ÚLTIMAS SEMANAS O EN EL ÚLTIMO MES (N=7 203). MÉXICO, ENSANUT 2018

Variable	Media o proporción	Error estándar
Recibió atención%	70.5	0.01
Recibió atención en servicios públicos*%	32.3	0.01
Recibió atención en servicios privados*%	34.2	0.02
Sexo (hombre=0)%	54.0	0.01
Edad (años)	31.5	0.94
Derechohabencia%		
Sin seguridad social	16.0	0.01
Institución pública	26.9	0.02
Seguro Popular	57.0	0.03
Gravedad del problema de salud%		
Leve	43.8	0.02
Moderado	31.4	0.02
Grave	24.7	0.01
Nivel socioeconómico (índice de bienes)		
Bajo	-2.11	0.07
Medio	0.22	0.04
Alto	2.59	0.07
Urbano (rural=0)%	66.8	0.03

* Para la variable de recibir atención en servicios públicos: n=7 117. Los descriptivos se obtuvieron usando el diseño de la encuesta que incluye los estratos, los conglomerados de muestreo y los ponderadores.

alto —dentro de este grupo de población— aumenta en 7% la probabilidad de recibir atención en comparación con el nivel más bajo. En el modelo 2, que identifica los determinantes asociados con recibir atención en servicios públicos, se encontró que estar afiliado a una institución pública aumenta la probabilidad de recibir atención en servicios públicos en 36 y 18% con Seguro Popular, ambos comparados con no tener seguridad social. Los habitantes de zonas urbanas y los de nivel socioeconómico alto tienen 7% menor probabilidad de recibir atención en servicios públicos. El modelo 3 muestra que estar afiliado a una institución pública reduce la probabilidad de usar servicios privados en 11 y en 3% si se tiene Seguro Popular, aunque este último no fue estadísticamente significativo. La probabilidad de atenderse en un servicio privado es mayor en individuos de hogares con nivel socioeconómico medio o alto, comparado con el bajo.

Si bien la derechohabencia se asocia con mayor atención en servicios públicos, no necesariamente implica que las personas usen los servicios a los que están

afiliados. La figura 3 contrasta la derechohabencia con el lugar donde se atiende la población que reportó tener un problema de salud (panel 3.1) y el lugar donde se atendieron quienes recibieron atención por el problema de salud reportado (panel 3.2). En las dos figuras se muestra que la población se atiende en instituciones diferentes a su afiliación, pero la diferencia es mayor cuando se reporta la decisión tomada frente a un evento concreto, en vez de un evento hipotético (la última vez que hubo necesidad vs. “usualmente”). En éstos, de los afiliados al Seguro Popular destaca que 53.4% se atendió en la SSa, 12.6% en consultorios adyacentes a farmacias y 27.6% con un médico privado. De los no afiliados, 29.8% se atendió en la SSa, 20.7% en consultorios adyacentes a farmacias y 42.4% con médicos privados. Del total que recibió atención por el problema reportado, 58% se atendió en una institución pública y 42% en privado.

Cuando se estratifica por nivel socioeconómico (resultados no mostrados), para el desenlace de recibir atención en cualquier servicio existen diferencias significativas en los modelos entre nivel socioeconómico bajo y alto, y entre bajo y medio. Destaca el nivel alto pues tiene una mayor probabilidad de recibir atención si es derechohabiente de algún servicio público o si tiene Seguro Popular, en comparación con el bajo. En el nivel medio, las mujeres tienen menor probabilidad de recibir atención que en el bajo. Para el desenlace de recibir atención en servicios públicos, los resultados muestran que el nivel alto tiene mayor probabilidad si se es derechohabiente o si se tiene Seguro Popular, comparado con el nivel bajo.

La estratificación por condición indígena muestra que los individuos que hablan lengua indígena (14% de la muestra analítica) tienen mayor probabilidad de recibir atención si tienen Seguro Popular que los no indígenas. No se encontraron diferencias para el desenlace de recibir atención en servicios públicos. Quienes no hablan lengua indígena tienen menor probabilidad de recibir atención en servicios privados si tienen Seguro Popular que los que hablan lengua indígena.

Discusión

Se analizó la demanda de atención en población que vive en localidades mexicanas con menos de 100 000 habitantes, cuyo nivel de marginación es más alto que en localidades más grandes. El 17% de la población reportó haber tenido algún problema de salud en el último mes. Entre la población que reportó haber tenido un problema de salud, sólo 32% se atendió en una institución pública. Se encontró que ser mujer, tener seguridad social, percibir que el problema de salud es

Cuadro II
FACTORES ASOCIADOS CON LA PROBABILIDAD DE RECIBIR ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN QUE REPORTÓ TENER UN PROBLEMA DE SALUD EN LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS O EN EL ÚLTIMO MES. MÉXICO, ENSANUT 2018

Variable	Modelo 1: variable dependiente. Recibió atención	Modelo 2: variable dependiente. Recibió atención en servicios públicos	Modelo 3: variable dependiente. Recibió atención en servicios privados
	Coefficiente	Coefficiente	Coefficiente
Sexo (referencia hombre)	0.06*	0.02	0.04
Edad centrada	-0.003‡	-0.003	-0.003‡
Edad centrada al cuadrado	0.0001‡	0.0000006	0.0001‡
Derechohabiencia (referencia sin seguridad social)			
Institución pública	0.17‡	0.36‡	-0.11*
Seguro Popular	0.09*	0.18‡	-0.03
Gravedad del problema de salud (referencia problema leve)			
Moderado	0.14‡	0.001	0.17‡
Grave	0.26‡	0.09*	0.21‡
Nivel socioeconómico (referencia bajo)			
Medio	0.05	-0.05	0.14‡
Alto	0.07‡	-0.07‡	0.18‡
Urbano (referencia: rural)	0.008	-0.07*	0.09*
Observaciones	7 203	7 117	7 203

Coefficientes muestran efectos marginales de modelos de regresión probit. Las estimaciones usan ponderadores de la encuesta que incluyen los estratos, los conglomerados de muestreo y los ponderadores, y ajustan por errores robustos a nivel de hogar.

* significativo a 5%

‡ significativo a 1%

§ significativo a 10%

grave y pertenecer al nivel socioeconómico alto se asocia con mayor probabilidad de recibir atención.

Los resultados del presente estudio son similares a estimaciones de uso de servicios de atención ambulatoria del sector más pobre (40%) en países de ingreso medio de América Latina.²² El reporte muestra una utilización de servicios para esa población de 25% en Brasil, en 2008, y de 20% en Guatemala y Chile, en 2006 y 2011, respectivamente.

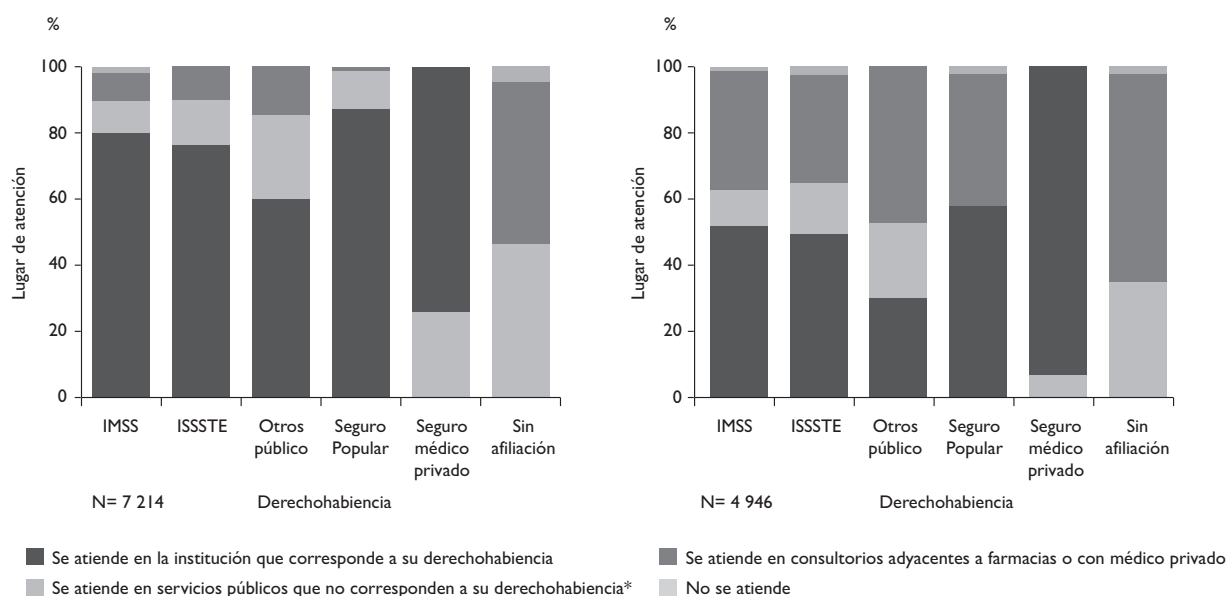
Se encontró que con frecuencia la población se atiende con proveedores distintos a su derechohabiencia. Esta diferencia es mayor en quienes reportan el lugar donde se atienden usualmente (todos los que reportaron tener un problema de salud: N=7 214) en contraste con quienes recibieron atención y reportan el lugar donde se atendieron por el problema de salud concreto (n=4 946). Es probable que los primeros, que incluyen a los que no recibieron atención, hayan respondido con más frecuencia que usualmente se atienden en la institución que corresponde a su derechohabiencia como una respuesta “normativa”, en comparación con lo que realmente hicieron quienes sí buscaron y recibieron atención. En estos últimos destaca que 42% se atendió en servicios privados a pesar de no

contar con un seguro médico y tener una derechohabiencia pública—en su mayoría—. La población sin seguridad social se atendió con proveedores privados (62%) y en menor medida en la SS (30%).

De acuerdo con datos de la Ensanut 2012, 20.3% de la población general que reportó tener un problema de salud no recibió atención.⁵ Aunque el presente estudio se basa en datos de 2018, se encontró que en la población que vive en localidades de menos de 100 000 habitantes el porcentaje que no recibió atención es mayor (29.5%), por lo que el reto de cobertura para reducir inequidades de acceso es importante.

De la cascada de atención se puede concluir que en México la demanda potencial de servicios de salud es de 22%, es decir, son quienes no buscaron atención a pesar de haber reportado tener un problema de salud; 29% de quienes tuvieron algún problema de salud constituye demanda insatisfecha (buscaron atención pero no la recibieron) y 68% de quienes recibieron atención no se atendieron en una institución pública.

Aunque más de la mitad de la población que no buscó atención reportó que no era necesario o que decidió no atenderse, será importante estudiar con mayor



* Para los que no tienen afiliación, se muestra lugar donde usualmente se atienden o donde se atendieron por el problema de salud reportado pero no tienen derechohabencia

Servicios públicos: IMSS, ISSSTE, Semar, Sedena, Centros de Salud y Hospitales de Secretaría de Salud

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

Semar: Secretaría de Marina

Sedena: Secretaría de la Defensa Nacional

FIGURA 3. DERECHOHABIENCIA VS. LUGAR DONDE USUALMENTE SE ATIENDE LA POBLACIÓN Y LUGAR DONDE SE ATENDIÓ POR PROBLEMA DE SALUD. MÉXICO, ENSANUT 2018

profundidad a este sector de la población, porque su percepción podría no ser correcta si su problema de salud necesitara atención. En general, los problemas de salud reportados son similares en comparación con los de quienes recibieron atención. Otras razones expuestas para no buscar atención se asocian con barreras como falta de recursos o de acompañantes, así como con percepción de baja calidad de atención, posiblemente por exposiciones previas.

Cualquier programa que busque reducir las barreras al acceso a la atención en servicios públicos, cambiar las percepciones que desmotivan la demanda de este tipo de servicios y ampliar la cobertura de intervenciones y medicamentos respecto al paquete cubierto por el Seguro Popular, deberá considerar que existe demanda potencial y demanda insatisfecha que aún no se traduce en utilización. Esto implica que el financiamiento adicional necesario para lograr estos objetivos podría ser sustancial. Se requiere estudiar este tema con mayor profundidad e identificar estas necesidades financieras.

A pesar de los logros en cobertura de aseguramiento del Seguro Popular, un hallazgo de este estudio es que la población afiliada a una institución pública tiene

mayor probabilidad de recibir atención que los afiliados al Seguro Popular y que quienes no tienen seguridad social. Es decir, la cobertura de aseguramiento no necesariamente se ha traducido en cobertura de atención en servicios públicos. Una política pública que busque aumentar el acceso y la cobertura de servicios médicos deberá considerar que el aseguramiento, al menos del tipo que ha provisto hasta ahora el Seguro Popular, no parece solucionar del todo este problema. Además del derecho que las familias tienen de buscar atención gratuita, hay otros aspectos que intervienen en sus decisiones de búsqueda de atención.

El estudio tiene algunas limitaciones. En la construcción de la cascada de atención, el cuestionario no incluye una pregunta sobre la búsqueda de atención; esto se tuvo que derivar a partir de información sobre quienes recibieron atención y de las respuestas de quienes reportaron razones para no recibir atención y que muestran que sí la buscaron. A pesar de esta limitación, la información del cuestionario permitió un acercamiento a la proporción de la población que buscó atención para reconstruir la casada. Es importante la proporción de quienes no buscan atención porque podría tratarse

demanda insatisfecha, ya sea por falta de información o porque se han tenido experiencias negativas con los proveedores. Una segunda limitación es que el cuestionario no permite construir por separado una cascada para atención y otra para prevención. Como la pregunta parte de si se tuvo o no un problema de salud, y ya que los servicios de prevención no implican tener un padecimiento, es probable que, aunque se hayan reportado algunos problemas que podrían requerir servicios preventivos (lo que no es explícito), pudiera estar esto subestimado y no distinguirse con precisión.

El análisis de este artículo se basa en el reporte de utilización de servicios. Se modeló el comportamiento de la demanda para estudiar factores asociados con la atención. Aunque sería interesante explorar factores asociados con la provisión de servicios, la encuesta no tiene información sobre el comportamiento de los proveedores de salud.

Los hallazgos de este estudio abordan algunos retos y oportunidades para otorgar servicios públicos a la población que vive en localidades más marginadas. Para lograr la cobertura universal con equidad, el gobierno deberá ampliar la oferta de servicios, su calidad y eficiencia, para cubrir la demanda insatisfecha y para atraer a la población que se atiende con proveedores privados.

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

Referencias

1. OECD. OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016. París: OECD Publishing, 2016. <https://doi.org/10.1787/9789264230491-en>
2. Frenk J. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. *Lancet*. 2006;368(9539):954-61. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69376-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69376-8)
3. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. *Lancet*. 2006;368(9546):1524-34. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69564-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69564-0)
4. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreaola-Ornelas H, Barraza-Llorens M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*. 2012;380(9849):1259-79. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X)
5. Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Colchero MA, Ramírez-Rodríguez B, Sosa-Rubí SG. Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México. *Salud Publica Mex*. 2014;56:18-31. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000100004&lng=es.%0D%0D
6. Wong R, Diaz JJ. Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities. *Salud Publica Mex*. 2007;49(Suppl4):S505-14. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4791>
7. Al Snih S, Markides KS, Ray LA, Freeman JL, Ostir GV, Goodwin JS. Predictors of healthcare utilization among older Mexican Americans. *Ethn*

- Dis. 2006;16(3):640-6. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.624.3537&rep=rep1&type=pdf>
8. Mendoza-Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad Saude Publica*. 2001;17:819-32. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000400016>
9. Benjamins MR. Predictors of preventive health care use among middle-aged and older adults in Mexico: the role of religion. *J Cross Cult Gerontol*. 2007;22(2):221-34. <https://doi.org/10.1007/s10823-007-9036-4>
10. Borges-Yáñez SA, Gómez-Dantés H. Use of health services by a population of 60-year olds and older in Mexico. *Salud Publica Mex*. 1998;40(1):13-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000300004&lng=es
11. Hajizadeh S, Ramezani-Tehrani F, Simbar M, Farzadfar F. Factors influencing the use of prenatal care: a systematic review. *J Midwifery Reprod Heal*. 2016;4(1):544-57. <https://doi.org/10.22038/JMRH.2016.6431>
12. Lopez-Carrillo L, Torres-Sanchez L, Blanco-Munoz J, Hernandez-Ramirez RU, Knaul FM. Correct utilization of breast cancer detection techniques in Mexican women. *Salud Publica Mex*. 2014;56(5):538-64. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342014000500021&lng=es
13. Almeida G, Sarti FM. Measuring evolution of income-related inequalities in health and health care utilization in selected Latin American and Caribbean countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(2):83-9. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892013000200002>
14. Mishra SI, DeForge B, Barnett B, Ntiri S, Grant L. Social determinants of breast cancer screening in urban primary care practices: a community-engaged formative study. *Womens Health Issues*. 2012;22(5):e429-38. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.06.004>
15. Nuno T, Castle PE, Harris R, Estrada A, Garcia F. Breast and cervical cancer screening utilization among Hispanic women living near the United States-Mexico border. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011;20(5):685-93. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2205>
16. Gómez MU, Gómez KR, Botero MA. Determinantes sociales y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva en el Seguro Popular: Estudio de caso en el municipio de León-Guanajuato (México). Buenos Aires: CLACSO, 2013. http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/becas/20131220085503/INFORME_CLACSO_20_12_13.pdf
17. Tekelab T, Chojenta C, Smith R, Loxton D. Factors affecting utilization of antenatal care in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(4):e0214848. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214848>
18. Soto-Mas F, Iriart C, Pedroncelli R, Binder DS, Qualls CR, Price B. Impact of health care and socioeconomic needs on health care utilization and disease management: The University of New Mexico Hospital Care One Program. *Popul Health Manag*. 2019;22(2):113-9. <https://doi.org/10.1089/pop.2018.0048>
19. López-Manning M, García-Díaz R. Doctors adjacent to private pharmacies: the new ambulatory care provider for Mexican health care seekers. *Value Heal Reg issues*. 2017;14:81-8. <https://doi.org/10.1016/j.vhri.2017.08.010>
20. León PP, Trejo M del CG, Gurrero DMN, Rivera MAG, Ortiz VL, Muro MR. Utilización de los servicios de salud por los habitantes de las colonias periféricas de la ciudad de Xalapa, Ver. *Rev Medica la Univ Veracruzana*. 2006;6(1):15-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2006/muv061d.pdf>
21. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Gaona-Pineda EB, Gómez-Acosta LM, Mendoza-Alvarado LR, et al. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición para localidades con menos de 100 000 habitantes (Ensanut 100k). *Salud Publica Mex*. 2019;61(5):678-84. <https://doi.org/10.21149/10539>
22. Dmytraczenko T, Almeida G. Toward universal health coverage and equity in Latin America and the Caribbean: evidence from selected countries. Washington DC: The World Bank, 2015. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0454-0>