



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Bautista-Arredondo, Sergio; Serván-Mori, Edson; Colchero, M Arantxa; Ramírez-Rodríguez, Baruch;
Sosa-Rubí, Sandra G

Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección
universal en salud en México

Salud Pública de México, vol. 56, núm. 1, enero-febrero, 2014, pp. 18-31
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10631162004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México

Sergio Bautista-Arredondo, M en C,^(I) Edson Serván-Mori, M en C,^(I) M Arantxa Colchero, D en C,^(I)
Baruch Ramírez-Rodríguez, D en C,^(I) Sandra G Sosa-Rubí, D en C.^(I)

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 Pública Mex 2014;56:18-31.

Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Colchero MA,
Ramírez-Rodríguez B, Sosa-Rubí SG.

**Analysis of outpatient healthcare utilization
in the context of the universal healthcare
coverage reform in Mexico.**
Salud Pública Mex 2014;56:18-31.

Resumen

Objetivo. Entender y cuantificar la relación entre los perfiles socioeconómico y de aseguramiento en salud y el uso de servicios médicos ambulatorios en el contexto de la universalización de la salud en México. **Material y métodos.** Utilizando la ENSANUT 2012, se estimaron modelos de regresión multinomial para analizar el uso de servicios ambulatorios y sus factores asociados. **Resultados.** La población con mayor pobreza, menor nivel educativo y residente de zonas de alta marginación tiene menor posibilidad de usar servicios de salud ambulatorios. En contraste, tener un seguro de salud y mayores ingresos favorecen el uso e influyen en la elección del proveedor. **Conclusiones.** Persisten barreras en el acceso a la salud asociadas con la condición de pobreza y de protección social. Sin embargo, existe espacio para disminuir el efecto de estas barreras, abordando las restricciones en la oferta de los servicios y en la calidad percibida de los mismos.

Palabras clave: atención ambulatoria; reforma de salud; cobertura universal; México

Abstract

Objective. Understand and quantify the relationship between socio-economic and health insurance profiles and the use of outpatient medical services in the context of universal health care in Mexico. **Materials and methods.** Using ENSANUT 2012 multinomial regression models were estimated to analyze the use of outpatient services and associated factors. **Results.** Population with greater poverty levels, lower educational level and living in highly marginalized areas have lower odds to use outpatient health services. In contrast, health insurance and higher income increase the odds to use health services and influence the choice of provider. **Conclusions.** Barriers to access to health care related to poverty and social protection persist. However, there is space to lower the effect of these barriers by addressing constraints linked to the supply and the perceived quality of healthcare services.

Key words: outpatient care; health care reform; universal coverage; Mexico

(I) Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 3 de marzo de 2013 • Fecha de aceptado: 23 de septiembre de 2013

Autor de correspondencia: M en C. Edson Serván-Mori. Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos. México.

Correo electrónico: eservan@insp.mx

El tema de la cobertura universal de salud es de enorme vigencia y cuenta con un importante apoyo y liderazgo mundial.¹ Los sistemas de salud de diferentes países se están reorganizando para responder a los retos que implicará acercarse a la meta de acceso universal y efectivo, entre los que sobresalen el financiamiento, la oferta de servicios y la calidad de la atención. Sin embargo, entender el comportamiento del uso de servicios es también un aspecto clave para llegar a la meta de la cobertura universal: ¿Quiénes responderán y en qué medida a la oferta de aseguramiento y a la cobertura de financiamiento? ¿Qué barreras de acceso prevalecerán y de qué manera afectarán a diferentes grupos de población?

México ha sido uno de los primeros países de ingresos medios y bajos en acercarse a la cobertura universal de salud. De acuerdo con resultados publicados recientemente, México ha alcanzado este importante hito de desarrollo al lograr incorporar hasta abril de 2012, y en tan sólo una década, a 52.6 millones de mexicanos previamente no asegurados.² El instrumento clave para lograr estos niveles de cobertura fue la implementación de un sistema de aseguramiento denominado Seguro Popular (SP).¹ Este seguro se diseñó para proveer servicios médicos a la población sin acceso a los esquemas de seguridad social que previamente cubrían únicamente a la población dentro de la economía formal –aproximadamente 50% de la población total–.³ El SP emplea un sistema de copagos cuyas primas están en función del nivel socioeconómico de la población. Como resultado, los hogares más pobres del país tienen acceso al SP de forma gratuita.⁴

Un elemento clave en la implementación del SP fue el fortalecimiento de la oferta de servicios a través de la inversión en infraestructura, equipamiento y personal de salud, así como el mejoramiento en la disponibilidad de medicamentos e insumos de salud.⁵ A este proceso se agregó la acreditación de las unidades de salud (centros de salud y hospitales) con capacidad para atender la lista de padecimientos cubiertos por el SP.⁶ Así, la implementación del programa en cada entidad federativa se realizó bajo el supuesto implícito de que existía o se alcanzaría en el corto plazo la capacidad instalada suficiente para responder al aumento en el uso de servicios que resultaría de la creciente cobertura del SP.

El objetivo de este trabajo es analizar el uso de servicios de atención médica ambulatoria en 2012. El enfoque que se utilizó toma la perspectiva de una *cascada de acceso a servicios de atención* que inicia con la identificación de un problema de salud, pasa por la decisión de buscar atención y termina en la utilización de un servicio de salud específico. A lo largo de este proceso, muchos hogares se quedan sin atender los problemas de salud identificados y es interesante para

este estudio entender quiénes son los que quedan fuera y por qué.

Especificamente, en este trabajo analizamos tres tipos de características que determinan el uso (y no uso) de servicios ambulatorios del primer nivel de atención: características sociodemográficas de individuos y hogares, algunas características a nivel localidad relacionadas con la existencia de servicios y niveles de marginalidad, y, finalmente, los perfiles de derechohabiencia de los individuos. Del mismo modo, entre la población que usó algún tipo de servicio ambulatorio se describen los aspectos que influyen en el acceso a diferentes proveedores de servicios de salud (seguridad social, servicios estatales de salud y sector privado). Finalmente se discuten las implicaciones de los hallazgos encontrados en función de su importancia para la expansión y consolidación de la cobertura universal de servicios de salud, y se comparan estos hallazgos con resultados previos en el tema del uso de servicios básicos de salud en México.

Material y métodos

Datos y población de estudio

A partir de la información recolectada por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), se realizó un estudio transversal. Esta encuesta probabilística es representativa a nivel nacional, estatal y por estratos urbano y rural.⁷ Entre otros temas, la ENSANUT 2012 midió la utilización y el acceso a los servicios de salud y cuenta con información detallada sobre la cobertura de protección en salud de las familias mexicanas. En particular, el cuestionario de hogar incluye preguntas sobre características sociodemográficas, estado de salud de las personas y utilización de servicios de salud, así como información sobre transferencias institucionales y gasto del hogar.

La ENSANUT contiene información sobre 194 923 individuos en 50 528 hogares, de los cuales excluimos a 1.2% de la muestra por falta de información demográfica, de salud o de características económicas básicas (edad, gasto del hogar, morbilidad, uso de servicios de salud, lugar de atención, esquema de aseguramiento, edad y escolaridad del jefe del hogar y grado de marginación). La muestra final incluyó a 192 444 individuos (113.5 millones a nivel nacional).

Variables de interés

Variable de desenlace o resultado

Siguiendo el enfoque de estudios previos, se definió el uso de servicios de salud a partir de los individuos que

reportaron algún problema de salud en las últimas dos semanas y que buscaron atención por parte de algún tipo de servicio de salud.⁸⁻¹⁰ A partir de esta definición, se generó una variable dicotómica igual a cero si la persona entrevistada no recibió atención médica e igual a uno si recibió atención ambulatoria.* Se definió una variable categórica que mide el tipo de proveedor de servicios de salud elegido: igual a 0 si la persona no recibió atención ambulatoria, igual a 1 si recibió atención en algún servicio de la seguridad social, igual a 2 si usó los servicios de la Secretaría de Salud, igual a 3 si recibió atención de algún proveedor privado, e igual a 4 si recibió atención por parte de algún otro proveedor.

Factores asociados

La literatura científica identifica elementos individuales y de entorno como determinantes del uso de servicios de salud.⁸⁻¹⁸ En este estudio se consideraron factores asociados con el uso de servicios en tres niveles: individual, hogar y localidad. A nivel individual se incluyeron las siguientes variables: sexo (hombre=1, mujer=0), edad (0-4, 5-19, 20-49, 50-69, >69), tipo de seguro de salud con que se cuenta (IMSS, ISSSTE, SP, otro[‡] o ninguno), y el tipo (agudo, crónico u otro –anexo 1–) y la gravedad percibida del problema de salud reportado (leve, moderado o severo). A nivel del hogar se incluyeron las variables: gasto total anual del hogar (GT) en miles de pesos corrientes y operacionalizado en quintiles (QI-V), calculados a partir de la muestra completa de hogares visitados; el número de integrantes en el hogar; la edad, sexo y escolaridad del jefe del hogar; la condición indígena autorreportada;^{§,19} y si los hogares reciben o no transferencias del Programa Oportunidades en el último

año. A nivel de la localidad de residencia, se incluyó el tamaño de la localidad (rural o de <2 500 hab., urbana o de 2 500-100 000 hab., y metropolitana de >100 000 hab.) y el grado de marginación (muy bajo, bajo, medio, alto y muy alto).²⁰

Análisis estadístico

En primer lugar, se comparó estadísticamente la muestra de los individuos que recibieron atención en las últimas dos semanas (dado que identificaron un problema de salud) con la de los individuos que no recibieron atención. Esta comparación se hizo en términos de las características a nivel individual, del hogar y de localidad descritas en la sección previa. Se determinaron las diferencias entre los dos grupos usando pruebas de diferencias estadísticas bivariadas (χ^2 para el caso de variables categóricas y t Student para variables continuas). Además, entre los usuarios de servicios se describió la distribución del uso de éstos por institución proveedora de atención (seguridad social [SS],* Secretaría de Salud [SSa],† el sector privado[§] u otro[#]) y según los quintiles de GT.

En segundo lugar, a partir de un modelo de regresión logística multinomial,^{21,22} se identificaron los factores asociados al uso de servicios de salud. El modelo logístico estimado fue:

$$P[Y_i=j \mid z_i] = \frac{e^{z_i^\top \beta_j}}{1 + \sum_{R=0}^J e^{z_i^\top \beta_j}}, \forall j = 0, 1, \dots, J \quad (1)$$

donde Y_i es el evento de estudio y z_i el vector de factores individuales, del hogar y de la localidad mencionada.

* Es importante aclarar que dada la estructura de la ENSANUT 2012 (en el módulo de “Situación de salud y utilización de servicios de salud” del cuestionario de hogar), se indagó sobre la atención recibida sólo entre quienes manifestaron un problema de salud en las dos semanas previas a la encuesta. Sin embargo, al analizar la información recabada, identificamos personas que pese a no manifestar un problema de salud recibieron atención (0.06% del total de individuos entrevistados). Estos casos fueron excluidos del análisis asegurando así que el estudio de los determinantes del uso/no uso de servicios se enfoque en los individuos que tuvieron un problema de salud.

† Incluye Pemex, Sedena, Semar, otras instituciones, privado.

§ En este estudio, se midió la condición indígena de la población entrevistada a partir del reporte a nivel del hogar de la definición oficial en México, propuesta por la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI): *Un hogar indígena es aquel cuyo jefe(a), cónyuge o ascendentes declara ser hablante de lengua indígena*. La ENSANUT 2012 midió esta característica a partir de la siguiente pregunta: ¿[...] (Usted/Nombre) habla alguna lengua indígena? Se generó una variable dicotómica igual a 1 si el entrevistado reportó que habla lengua indígena, y 0 en caso contrario.

* Incluye al Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el ISSSTE estatal, Pemex, Secretaría de la Defensa o Secretaría de Marina.

† Incluye a los centros de salud y hospitales de la SSa y a las clínicas de IMSS-Oportunidades. La decisión de clasificar a la población que acudió a la SSa y al IMSS-Oportunidades en una misma categoría obedeció a dos razones: primero, debido a que si bien se trata de servicios de salud diferentes, con modelos de atención distintos y fuentes de financiamiento separadas, consideramos apropiado juntarlos porque el artículo se enfoca en la decisión de los hogares, y desde esta perspectiva, los servicios de la SSa y los de IMSS-Oportunidades son comparables. El segundo obedece a motivos prácticos desde el punto de vista estadístico, ya que del total de observaciones incluidas en esta categoría, únicamente 5% corresponde a personas que acudieron al IMSS-Oportunidades.

§ Incluye a consultorios dependientes de farmacias, médicos privados, y “otro lugar”.

Incluye la atención recibida por un familiar, amigo(a)/vecino(a), dependiente de la farmacia, curandero, partera, yerbero, homeópata, naturista, acupunturista.

dos anteriormente. En el caso multinomial con $J=4$, j toma los valores 0, 1, 2, 3 o 4 para distinguir el uso por tipo de institución proveedora de servicios de salud (ninguna=0, SS=1, SSa=2, privado=3, y otro proveedor de salud=4), tomando como grupo de referencia a la categoría de los hogares que no usaron ningún tipo de servicios. La estimación de este modelo nos permitió analizar simultáneamente la decisión de usar o no servicios ambulatorios y, entre los usuarios, el proveedor seleccionado, y mostrar el peso relativo de los factores asociados con la elección y acceso a diferentes tipos de proveedores. Los coeficientes de este modelo miden entonces la probabilidad de uso de servicios de salud vs. no haber usado ningún tipo de servicio, para cada uno de los proveedores elegidos por los individuos incluidos en el análisis.

Para fines de facilidad en la interpretación de los coeficientes, la estimación de (1) se realizó a partir de la siguiente transformación:

$$\ln \left[\frac{P_{ij}}{P_{ik}} \right] = x_i^j (\beta_i - \beta_k) \quad (2)$$

de forma que los coeficientes estimados se interpretan como la razón de probabilidades o razones de momios (RM - *odds ratio* en inglés), medida que indica qué tan probable es un evento en relación con otro.

Todos los modelos estimados se ajustaron además por la región económica a la cual pertenecen los individuos (noroeste, noreste, centro-norte, oriente, occidente, centro-sur, suroeste, sureste). Las estimaciones se realizaron a nivel poblacional incluyendo tanto factores de expansión a nivel individual como el efecto del diseño de la encuesta, utilizando el software STATA 12.1.*

Resultados

El cuadro I muestra las características generales de la población que reportó algún problema de salud y recibió atención por parte de algún tipo de proveedor de salud. De acuerdo con estos resultados, 13.9% de los mexicanos reportaron un problema de salud en las últimas dos semanas y de ellos, 76.4% recibió atención a su problema. El 73% de la población mexicana que reportó un problema de salud tuvo una necesidad de salud aguda, 18% crónica y 9% de otro tipo. Cerca de 38% de esta población reportó estar afiliada al SP, 36% al IMSS o ISSSTE y 22% reportó no contar con ningún tipo de seguro de salud.

El cuadro I también sugiere algunas diferencias entre las personas que recibieron atención comparadas con las que no recibieron (columnas 4 y 5): a) El porcentaje de casos con problemas agudos fue 8% mayor ($p<0.01$) entre estos últimos, mientras que la proporción de problemas crónicos fue 10% mayor entre los que sí recibieron atención; b) la proporción de afiliados al IMSS es 5% mayor ($p<0.01$) entre los que sí recibieron atención, y consecuentemente la proporción de afiliados al SP es 5% mayor ($p<0.01$) entre los que no recibieron atención; además, la proporción de personas sin seguro de salud es 6% mayor ($p<0.01$) entre los que no recibieron atención; c) 5% más de los individuos ubicados en el Q-I de GT (los más pobres) no recibieron atención, mientras que 7% más del grupo ubicado en el Q-V de GT sí recibió atención ($p<0.01$); d) si reportaron ser indígenas, un 2% menos de los hogares tuvieron acceso a servicios, comparados con los que reportaron no ser indígenas ($p<0.01$); y e) los habitantes de localidades metropolitanas y de marginación baja/muy baja (las menos pobres) reportan en mayor proporción haber usado servicios médicos, por 5 y 7%, respectivamente ($p<0.01$).

Para continuar en este enfoque analítico, la figura 1 muestra la distribución de los individuos de la encuesta por quintil de GT, y dentro de cada quintil de gasto la distribución de los individuos en términos de haber recibido o no atención, y entre los que recibieron, el lugar en donde fueron atendidos. Como puede observarse en la figura, a medida que crece el GT, el porcentaje de individuos que reportaron no haber usado ningún tipo de servicio (a pesar de haber identificado una necesidad de salud) es mayor entre los más pobres (31%) que entre los menos pobres (19%). Entre los que usaron algún tipo de servicio médico, sólo 9.8% de los más pobres lo hicieron en instituciones de la seguridad social, en contraste con 20.4% de los menos pobres. La tendencia es exactamente la contraria cuando se observa la utilización de los servicios de la SSa: entre los más pobres que usaron algún tipo de servicio, 30.7% acudieron a estos servicios, comparados con tan sólo 9.3% del Q-V. Finalmente, la elección de uso de servicios privados claramente también está ligada al nivel socioeconómico: entre los hogares más pobres, 15% de los que recibieron servicios tuvieron acceso a un proveedor privado en contraste con 40.4% entre los hogares de ingresos más altos.

En el cuadro II se continúa el análisis descriptivo de manera multivariada. Esto permite corroborar las asociaciones identificadas en la descripción anterior (cuadro I y figura 1), y medir de forma más robusta la correlación entre los factores analizados y el uso de servicios médicos ambulatorios. Este cuadro muestra los factores asociados con la probabilidad de recibir

* Stata Corp LP. Stata/SE 11.0 for Windows XP 64 bits. College Station, Texas, USA: Stata Corp. LP, 2009.

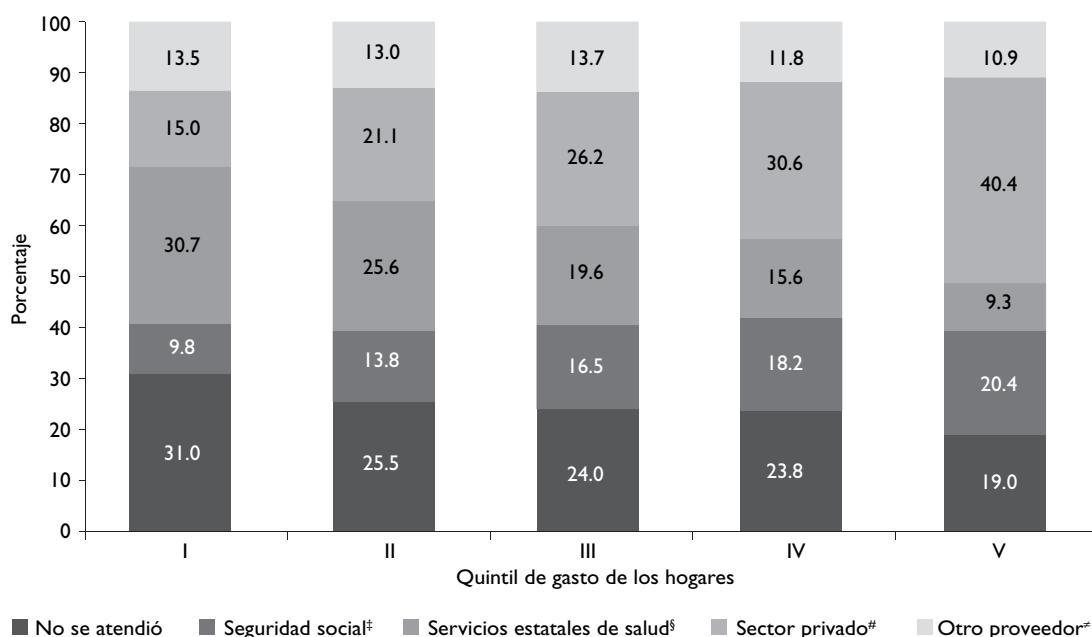
Cuadro I
**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN QUE REPORTÓ ALGÚN PROBLEMA DE SALUD Y RECIBIÓ ATENCIÓN
 POR PARTE DE ALGÚN PROVEEDOR INSTITUCIONAL. MÉXICO, 2012***

	Nacional	Reportaron un problema de salud	Recibieron atención ante el problema de salud identificado		Prueba de diferencias valor p
			Sí	No	
N	113 560 558	15 742 786	12 022 073	3 720 714	
%	100	13.9	76.4	23.6	
n	192 444	25 430	19 139	6 291	
%	100	13.2	75.3	24.7	
Proporción o media estimada [error estándar]					
Necesidades de salud individual					
Agudas	---	0.73 [0.005]	0.71 [0.006]	0.79 [0.008]	0.00
Crónicas	---	0.18 [0.004]	0.20 [0.005]	0.11 [0.006]	
Otras [‡]	---	0.09 [0.003]	0.09 [0.003]	0.10 [0.006]	
Esquema de afiliación individual					
IMSS	0.29 [0.005]	0.29 [0.007]	0.31 [0.007]	0.24 [0.009]	0.00
ISSSTE	0.05 [0.002]	0.06 [0.003]	0.07 [0.003]	0.04 [0.004]	
Otro [§]	0.04 [0.001]	0.04 [0.002]	0.04 [0.003]	0.03 [0.004]	
Seguro Popular	0.37 [0.005]	0.38 [0.006]	0.37 [0.007]	0.43 [0.011]	
Ninguno	0.26 [0.003]	0.22 [0.005]	0.21 [0.006]	0.26 [0.009]	
Características individuales sociodemográficas					
Hombre	0.49 [0.001]	0.44 [0.004]	0.45 [0.005]	0.43 [0.008]	0.08
Grupo etario (años)					
0-4	0.10 [0.001]	0.15 [0.003]	0.18 [0.004]	0.07 [0.005]	0.00
5-19	0.30 [0.002]	0.24 [0.004]	0.25 [0.004]	0.21 [0.008]	
20-49	0.43 [0.001]	0.37 [0.004]	0.33 [0.005]	0.49 [0.009]	
50-69	0.14 [0.002]	0.18 [0.004]	0.17 [0.004]	0.18 [0.007]	
Más de 69	0.04 [0.001]	0.07 [0.002]	0.07 [0.003]	0.05 [0.004]	
Características sociodemográficas del hogar					
Quintil de gasto total anual					
I	0.13 [0.003]	0.12 [0.004]	0.11 [0.004]	0.16 [0.008]	0.00
II	0.17 [0.003]	0.17 [0.005]	0.16 [0.005]	0.18 [0.008]	
III	0.20 [0.003]	0.19 [0.005]	0.19 [0.005]	0.20 [0.008]	
IV	0.23 [0.003]	0.23 [0.005]	0.23 [0.006]	0.23 [0.010]	
V	0.27 [0.005]	0.29 [0.007]	0.30 [0.008]	0.23 [0.010]	
Número de integrantes	4.79 [0.020]	4.46 [0.030]	4.47 [0.032]	4.42 [0.046]	0.27
Edad del jefe del hogar	47.1 [0.148]	47.4 [0.220]	47.4 [0.239]	47.3 [0.319]	0.71
Jefe del hogar hombre	0.79 [0.003]	0.76 [0.005]	0.76 [0.006]	0.74 [0.011]	0.05
Escolaridad del jefe del hogar (años)					
0	0.11 [0.003]	0.11 [0.004]	0.10 [0.004]	0.13 [0.007]	0.00
1-6	0.36 [0.005]	0.36 [0.007]	0.35 [0.008]	0.38 [0.011]	
7-9	0.26 [0.004]	0.26 [0.006]	0.26 [0.006]	0.26 [0.009]	
10-12	0.15 [0.003]	0.16 [0.005]	0.16 [0.006]	0.14 [0.008]	
Más de 12	0.12 [0.004]	0.12 [0.005]	0.13 [0.006]	0.09 [0.007]	
Beneficiario del Programa Oportunidades en los últimos 12 meses	0.25 [0.004]	0.23 [0.006]	0.23 [0.006]	0.25 [0.010]	0.02
Indígena	0.10 [0.005]	0.08 [0.005]	0.07 [0.005]	0.09 [0.009]	0.00
Características de la localidad de residencia					
Área geográfica					
Rural	0.23 [0.003]	0.22 [0.006]	0.21 [0.006]	0.25 [0.010]	0.00
Urbana	0.12 [0.003]	0.19 [0.006]	0.18 [0.005]	0.20 [0.011]	
Metropolitana	0.58 [0.004]	0.59 [0.008]	0.61 [0.008]	0.55 [0.013]	
Grado de marginación					
Muy bajo / bajo	0.67 [0.008]	0.69 [0.010]	0.70 [0.009]	0.63 [0.015]	0.00
Medio	0.11 [0.008]	0.11 [0.008]	0.11 [0.008]	0.12 [0.012]	
Alto / muy alto	0.22 [0.008]	0.20 [0.009]	0.19 [0.008]	0.26 [0.014]	

* Las estimaciones incluyeron la corrección por el diseño de la encuesta

† Incluye aquéllas no especificadas o que no se pueden clasificar en crónicas o agudas.²³

§ Incluye: Pemex, Sedena, Semar, otras instituciones, privado



* Las estimaciones incluyeron la corrección por el diseño de la encuesta

‡ Diferencias significativas entre el lugar de atención y el quintil de gasto y hogares (Estadístico F basado en el diseño de la encuesta= 43.1; $p < 0.001$)

§ Incluye los servicios provistos por IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar y otras instituciones de la seguridad social

Incluye Servicios Estatales de Salud (95%) e IMSS-Oportunidades (5%)

& Incluye los servicios provistos por médicos privados o consultorios dependientes de farmacias

[‡] Incluye proveedores no institucionales como médicos homeópatas, parteras, familiares, etc.

FIGURA 1. LUGAR DE ATENCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD REPORTADO, DE ACUERDO CON EL QUINTIL DE GASTO DEL HOGAR. MÉXICO, 2012*‡

atención, y entre los que recibieron atención, la correlación de dichos factores con la elección de cada tipo de proveedor. Los resultados del modelo multinomial muestran que la probabilidad de utilización es mayor entre quienes reportaron un problema de salud crónico comparados con los que reportan uno agudo ($p < 0.01$); sin embargo, éste no es el caso entre los que eligieron “otro proveedor” en donde no existe diferencia entre los motivos. Adicionalmente, la probabilidad de uso de servicios de salud es significativamente mayor entre quienes percibieron su problema de salud como grave o muy grave, comparados con los que lo percibieron como leve o muy leve.

Los hogares que cuentan con seguro del IMSS o ISSSTE es muy probable que usen servicios en estas instituciones comparados con los que no tienen ningún tipo de afiliación ($RM=58.04$ y $RM=78.45$, respectivamente). Más aún, contar con Seguro Popular incrementa de forma significativa la probabilidad de usar servicios de la SSa ($RM=3.58$).

En términos de los factores demográficos, contrariamente a lo que se podría esperar, las mujeres en

general no usan más servicios de salud comparadas con los hombres una vez que han detectado una necesidad de salud. Este resultado es consistente independientemente del tipo de servicios que se elijan. Pero cuando se analizan los grupos de edad, sí es muy claro que los niños de 0 a 4 años de edad usan significativamente más servicios ambulatorios que los otros grupos de edad, independientemente del proveedor seleccionado.

Respecto a las características del hogar, en general se confirmó que mayores niveles de ingreso (en quintiles de GT) se asocian con una mayor probabilidad de usar servicios de salud ambulatorios. Sin embargo, esta correlación es más fuerte y significativa cuando la selección de proveedor es el sector privado y el IMSS (si bien este último sólo comparando a los más pobres con los de los sectores medios, Q-II y Q-III, no entre los más ricos). Por otro lado, el nivel de ingreso de los hogares no parece tener una influencia decisiva en la probabilidad de acceso a servicios ambulatorios cuando la elección es la SSa u “otro proveedor”, una vez que se controla por otras características. La escolaridad del jefe del hogar no parece jugar un papel preponderante en la probabilidad

Cuadro II
**MODELO LOGÍSTICO MULTINOMIAL PARA LOS FACTORES ASOCIADOS A LA ATENCIÓN DE LA SALUD AMBULATORIA
POR TIPO DE PROVEEDOR. MÉXICO, 2012***

	Razones de momios [IC95%]			
	Categoría de referencia: No atención de problema de salud reportado			
	Seguridad social [#]	Secretaría de salud ^{\$}	Sector privado [#]	Otro proveedor ^{&}
N= 15 742 786 n= 25 430				
Necesidades de salud individual (Ref.: agudas)				
Crónicas	2.91° [2.42-3.50]	2.66° [2.26-3.14]	1.78° [1.50-2.11]	0.85 [0.67-1.08]
Otra ^x	1.44° [1.14-1.81]	1.11 [0.911-1.35]	0.92 [0.77-1.11]	0.72° [0.57-0.92]
Gravedad del problema de salud (Ref.: leve o muy leve)				
Moderado	2.16° [1.83-2.54]	1.65° [1.44-1.90]	2.13° [1.87-2.44]	0.92 [0.78-1.10]
Grave o muy grave	5.22° [4.23-6.44]	4.13° [3.52-4.85]	4.85° [4.13-5.70]	1.48° [1.19-1.84]
Esquema de afiliación individual (Ref.: ninguno)				
IMSS	58.04° [39.22-85.90]	0.36° [0.28-0.47]	0.71° [0.61-0.83]	0.86 [0.71-1.04]
ISSSTE	78.45° [50.12-122.80]	0.71 [0.40-1.24]	0.80 [0.61-1.05]	0.95 [0.61-1.48]
Otro ^x	50.36° [30.76-82.44]	1.74° [1.18-2.59]	0.94 [0.68-1.30]	1.17 [0.79-1.74]
Seguro Popular	0.86 [0.55-1.36]	3.58° [3.03-4.25]	0.63° [0.54-0.73]	0.81 ^e [0.67-0.97]
Características sociodemográficas				
Hombre vs. Mujer	1.02 [0.89-1.16]	0.93 [0.83-1.04]	1.05 [0.95-1.16]	1.45° [1.28-1.63]
Grupo de edad (Ref.: 0 a 4 años)				
5 a 19	0.41° [0.33-0.53]	0.36° [0.29-0.45]	0.33° [0.27-0.40]	0.61° [0.49-0.76]
20 a 49	0.25° [0.20-0.32]	0.19° [0.16-0.23]	0.14° [0.12-0.17]	0.22° [0.18-0.27]
50 a 69	0.37° [0.27-0.50]	0.21° [0.16-0.27]	0.14° [0.11-0.17]	0.20° [0.15-0.27]
Más de 69	0.54° [0.36-0.79]	0.30° [0.21-0.41]	0.20° [0.15-0.28]	0.34° [0.24-0.50]
Características del hogar				
Quintil de gasto del hogar (Ref.: I)				
II	1.47° [1.11-1.95]	1.17 [0.95-1.44]	1.81° [1.44-2.27]	1.04 [0.83-1.31]
III	1.35 ^e [1.01-1.81]	1.07 [0.88-1.29]	2.08° [1.69-2.57]	1.07 [0.84-1.35]
IV	1.25 [0.94-1.67]	1.07 [0.87-1.32]	2.48° [1.98-3.11]	0.92 [0.72-1.17]
V	1.13 [0.85-1.49]	1.04 [0.82-1.30]	3.46° [2.71-4.41]	1.01 [0.78-1.30]

(Continúa)

(Continuación)

Escolaridad del Jefe del hogar (Ref.: 0 años)				
I a 6	1.19 [0.92-1.55]	1.18 ^Δ [0.98-1.42]	1.09 [0.87-1.37]	1.26 ^ε [1.03-1.55]
7 a 9	1.15 [0.87-1.52]	1.31 ^ε [1.04-1.66]	1.07 [0.84-1.38]	1.20 [0.94-1.54]
10 a 12	1.21 [0.88-1.67]	1.23 [0.91-1.67]	1.42 ^ε [1.07-1.87]	1.44 ^ε [1.08-1.91]
Más de 13	1.12 [0.80-1.57]	1.42 [0.93-2.18]	1.79 ^ο [1.32-2.44]	1.38 ^ε [1.00-1.90]
Indígena vs. no indígena	0.91 [0.64-1.30]	1.20 [0.97-1.49]	0.84 [0.67-1.05]	1.01 [0.75-1.35]
Beneficiario de Oportunidades en los últimos 12 meses	0.96 [0.77-1.20]	1.35 ^ο [1.16-1.56]	0.94 [0.81-1.10]	1.21 ^ε [1.01-1.44]
Características de la localidad				
Tamaño de localidad (Ref: Metropolitana)				
Rural	0.93 [0.70-1.25]	1.82 ^ο [1.44-2.30]	0.80 ^Δ [0.64-1.00]	1.04 [0.80-1.37]
Urbana	1.25 ^ε [1.02-1.53]	1.26 ^ε [1.02-1.55]	0.75 ^ο [0.64-0.88]	0.94 [0.74-1.18]
Grado de marginación (Ref.: baja/muy baja)				
Media	0.75 ^ε [0.58-0.98]	0.80 ^ε [0.64-0.99]	1.13 [0.92-1.38]	0.86 [0.65-1.14]
Alta / muy alta	0.62 ^ο [0.44-0.88]	0.70 ^ο [0.54-0.90]	0.79 ^ε [0.64-0.98]	0.58 ^ο [0.43-0.78]

* Las estimaciones incluyeron la corrección por el diseño de la encuesta

† Servicios provistos por: IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar, otras instituciones de la seguridad social

§ Servicios Estatales de Salud (95%) e IMSS-Oportunidades (5%)

Servicios provistos por médicos privados o consultorios dependientes de farmacias

& Proveedores no institucionales como médicos homeópatas, parteras, familiares, etc.

¤ Aquellas no especificadas o que no se pueden clasificar en crónicas o agudas²⁵

¤ Incluye Pemex, Sedena, Semar, otras instituciones, privado

ο p < 0.01

ε p < 0.05

Δ p < 0.10. Todos los modelos se ajustaron por el número de miembros del hogar, la edad y sexo del jefe del hogar y la región geográfica

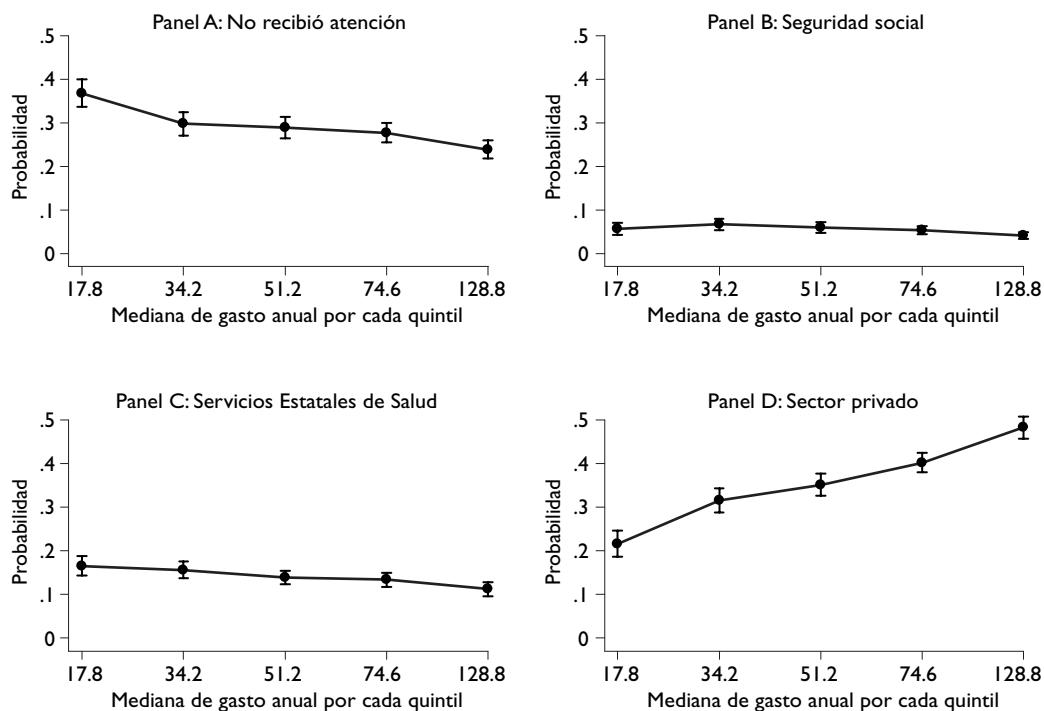
de usar servicios de atención ambulatoria más que marginalmente cuando la elección de proveedor es "otro".

Un resultado interesante es que al controlar por todos estos factores sociodemográficos a nivel individual, del hogar y de localidad, la condición indígena no tiene ninguna influencia en la probabilidad de recibir atención ambulatoria, independientemente del proveedor que se elija. Simultáneamente, como se esperaría, ser beneficiario de *Oportunidades* sí incrementa la probabilidad de usar servicios de la SSA.

Finalmente, las características de la localidad tienen un papel relevante en la probabilidad de uso de servicios de atención ambulatoria, incluso una vez que se controla por características a nivel individual y del hogar. En general, es más probable acceder a servicios de la seguridad

social o de la SSA en localidades urbanas o rurales, en comparación con localidades metropolitanas; y simétricamente es más probable acceder a servicios privados en zonas metropolitanas, comparadas con las otras dos. El nivel de pobreza a nivel de localidad también es muy importante, independientemente del tipo de zona: las personas que viven en localidades más pobres (marginación alta/muy alta) tienen una menor probabilidad de usar servicios de atención ambulatoria.

A modo de síntesis del análisis presentado en este trabajo, la figura 2 muestra las probabilidades de atención del problema de salud percibido, ajustadas por quintil de GT, y la probabilidad de atención ajustada, por quintil de GT, para cada tipo de proveedor de servicios. En primer lugar, la probabilidad de no



* Probabilidades estimadas a partir del modelo logístico multinomial presentado en el cuadro III. Las estimaciones incluyeron la corrección por el diseño de la encuesta. IC 95%: La mediana reportada corresponde a cada quintil de gasto anual total de los hogares (en miles de pesos de 2011)
 Panel B incluye IMSS, ISSSTE, Pemex, Sedena, Semar, otras instituciones de la seguridad social
 Panel C incluye Servicios Estatales de Salud (95%) e IMSS-Oportunidades (5%)
 Panel D incluye los servicios provistos por médicos privados o consultorios dependientes de farmacias

FIGURA 2. PROBABILIDAD AJUSTADA DE ATENCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD REPORTADO POR QUINTIL DE GASTO DEL HOGAR Y PROBABILIDAD AJUSTADA DE ATENCIÓN POR QUINTIL DE GASTO DEL HOGAR PARA CADA TIPO DE PROVEEDOR SE SERVICIOS*

recibir atención ambulatoria cuando se identificó un problema de salud disminuye significativamente conforme aumenta el nivel de gasto (panel A de la figura 2). En claro contraste, entre los individuos que acceden a servicios de atención ambulatoria, la probabilidad de atenderse en el sector privado aumenta significativa y pronunciadamente conforme aumenta el nivel económico de los hogares (panel D de la figura 2). Finalmente, la probabilidad ajustada de acceso a servicios tiene una relación menos significativa cuando la elección es la seguridad social y de la SSa (paneles B y C de la figura 2).

Discusión

En el periodo relativamente corto de diez años, México incrementó significativamente la cobertura de su sistema de protección social en salud. Este importante logro se enfocó en reducir las barreras financieras de los indivi-

duos para facilitar su acceso a los servicios de salud a través de la implementación del Seguro Popular.^{1,4} Los primeros estudios hechos para analizar los frutos de este esfuerzo mostraron que la probabilidad de uso de servicios de salud entre poblaciones pobres aumentó a raíz de la implementación del SP y que las brechas en el acceso a servicios de salud entre poblaciones de bajo y alto ingreso se redujeron.⁹ Sin embargo, también se ha encontrado persistentemente que a medida que el ingreso de los hogares aumenta, los individuos sustituyen el uso de los servicios públicos por privados.^{9,10} Los resultados del presente trabajo son consistentes con esos hallazgos, si bien con un aparente aumento en el uso de servicios privados entre los sectores más pobres de la sociedad.²⁴

Los resultados presentados en este trabajo son consistentes con la hipótesis de que la población más pobre y menos educada tiene menos probabilidad de acceder a servicios médicos ambulatorios, aún en el

contexto de la cobertura universal de protección en salud. Si bien es importante tomar en cuenta que la brecha probablemente sí ha disminuido,^{9,10} nuestros resultados sugieren que la cobertura universal de protección social en salud es una condición necesaria, pero no suficiente para abatir la inequidad en el acceso a servicios de atención ambulatoria primaria.

Por otro lado, alentadoramente los resultados de este análisis respaldan la hipótesis de que las brechas han disminuido de manera importante. De acuerdo con los presentes resultados, no existen diferencias significativas en la probabilidad de utilización de servicios ambulatorios por condición indígena ni por lugar de residencia (rural, urbano y metropolitano). En un análisis presentado en el anexo 2, en el que estratificamos la muestra por zona de residencia, encontramos que la probabilidad de acceso (es decir cuando la variable de respuesta es uso vs. no uso de servicios ambulatorios de atención), no depende del lugar de residencia. Es decir, todos los hogares tienen más o menos el mismo nivel de acceso a estos servicios, independientemente de dónde vivan. Estos resultados son importantes dado que sugieren que las brechas en el acceso a servicios médicos, históricamente ligadas a estas dos características (condición indígena y ruralidad), se han diluido.

En contraste, se encontraron diferencias significativas en la utilización de servicios al comparar localidades por nivel de marginación: los residentes de áreas con grados de marginación más alto tienen menos probabilidad de utilizar servicios ambulatorios, con diferencias más acentuadas en zonas rurales. El mismo patrón fue encontrado en la probabilidad de utilización de servicios de proveedores específicos (SSa, seguridad social, etc.). No obstante, este análisis también sugiere que ser beneficiario de programas sociales como *Oportunidades* contribuye a reducir las restricciones en el acceso a servicios ambulatorios. Es decir, se encontró mayor probabilidad de uso de los servicios de la SSa entre los beneficiarios de este programa.

Después de más de una década de esfuerzo para mejorar el acceso a los servicios de salud entre las poblaciones más vulnerables (de menores ingresos y más marginadas), al comparar los datos de utilización del 2000 con los del presente trabajo podemos concluir que en general la probabilidad de recibir atención ambulatoria dada una necesidad de salud se incrementó en los últimos 12 años en aproximadamente 15%.¹⁰ Sin embargo, encontramos también que al menos parcialmente, una parte del aumento en la utilización de servicios ambulatorios entre 2000 y 2012 está ligado con el aumento en la probabilidad de utilización de servicios ambulatorios privados.

Varias hipótesis podrían explicar el aumento en el uso de servicios privados en este periodo. Una primera hipótesis es que aunque el SP se enfocó en mejorar el acceso a los servicios de salud reduciendo las barreras financieras de los hogares más pobres, esta acción se dio en un contexto de oferta insuficiente de servicios públicos, lo que eventualmente pudiera haber llevado a la saturación de estos servicios y a un incremento en el uso de servicios ambulatorios privados como consecuencia.²⁵

En segundo lugar, es posible que exista cierto nivel de complementariedad entre los servicios ofrecidos por el sector público y los ofrecidos por el sector privado, particularmente con el reciente auge de la oferta de servicios ambulatorios en farmacias privadas. La hipótesis en este sentido supone que los hogares usan diversos proveedores de servicios para diferentes tipos de servicios. Es posible, por ejemplo, que las familias usen proveedores privados para atender necesidades de salud relacionadas con problemas agudos, ambulatorios y relativamente sencillos, mientras que atienden las necesidades ligadas a enfermedades crónicas y hospitalizaciones en el sector público. En este sentido, sería importante analizar si el SP podría estar convirtiéndose en la puerta de entrada a los servicios de salud hospitalarios de mayor complejidad y más alto costo.^{7,24}

En tercer lugar, la focalización del SP en la población más pobre pudo haber generado un incremento en el uso de servicios ambulatorios públicos por parte de los grupos de población más pobres, desplazando el uso de servicios de salud de los grupos menos desfavorecidos al mercado privado.

También es posible, desde luego, que se haya dado una combinación de las tres hipótesis sugeridas. En todo caso, los resultados mostrados en este trabajo parecen sugerir que la expansión de la capacidad de la oferta de servicios fue insuficiente para el crecimiento en el uso de servicios de salud esperado por la expansión del SP, lo cual debería investigarse en otros estudios.

En este trabajo se analizaron los determinantes del uso (y no uso) de servicios de salud ambulatorios; no se incluyeron servicios preventivos ni hospitalizaciones. El análisis se centró en servicios ambulatorios para poder comparar los resultados con estudios previos, pero se quiere reiterar que será de gran interés y utilidad estudiar los determinantes del uso de servicios hospitalarios.

Finalmente, los resultados de este estudio son un análisis de una encuesta transversal que permite analizar asociaciones entre uso de servicios y características sociodemográficas de los hogares y las comunidades

donde viven. Los resultados permiten generar hipótesis sobre el efecto de la ampliación de la cobertura de servicios en México pero no deben interpretarse como una evaluación de impacto del SP.

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

Referencias

1. The Lancet Mexico: Celebrating universal health coverage. *Lancet* 2012; 380(9842): 622. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61342-7.
2. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: Achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2012;380(9849):1259-1279. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61068-X.
3. Knaul FM, Frenk J. Health insurance in Mexico: Achieving universal coverage through structural reform. *Health Aff* 2005;24(6):1467-1476.
4. Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud: Elementos conceptuales, financieros y operativos (2^a ed.). González Pier E, Barraza Lloréns M, Gutiérrez-Delgado C, Vargas-Palacios A. (coord.) México: FCE, Secretaría de Salud, Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
5. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Dirección General de Financiamiento. [Consultado: noviembre 10, 2012]. Disponible en: http://sistemas.cnpss.gob.mx:7000/reportespief/fraccion_ii_20121/reportes.html
6. Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud Universalidad en los servicios de salud en México. *Salud Pública Mex* 2013;55:EE1-EE64.
7. Gutierrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
8. Brown C, Pagan J, Rodriguez-Oreggia E. The decision-making process of health-care utilization in Mexico. *Health Policy* 2005;72:81-91.
9. Danese-De los Santos L, Valencia-Mendoza A, Sosa-Rubí S. Analysis of changes in health-care service access and choice of provider in Mexico: The utilization of curative health services 2000-2006. *BMC Public Health* 2011, 11:771. doi:10.1186/1471-2458-11-771
10. Valencia-Mendoza A, Bertozzi SM. A predictive model for the utilization of curative ambulatory health services in Mexico. *Salud Pública Mex* 2008;50:397-407.
11. López-Ceballos D, Chunhuei C. Health-care utilization in Ecuador: a multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues. *Health Policy Plan* 2009;1-10.
12. Valdivia M. Public health infrastructure and equity in the utilization of outpatient health-care services in Peru. *Health Policy Plan* 2002;17:12-19.
13. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *J Health Soc Behav* 1995;36:1-10.
14. Cameron AC, Trivedi PK, Milne F, Piggott J. A microeconometric model of the demand for health care and health insurance in Australia. *Rev Econ Stud*;55(1):85-106.
15. Deb P, Trivedi PK. The structure of demand for health care: Latent class versus two-part models. *J Health Econ* 2002;21(4):601-625.
16. Ichoku HE, Murray L. Demand for healthcare services in Nigeria: A multivariate nested logit model. *Afr Dev Rev* 2003;15(2-3):396-424.
17. Sahn DE, Younger SD, Genicot G. The demand for health care services in rural Tanzania. *Ox Bull Econ Stat* 2003;65(2):241-260.
18. Winkelmann R. Reforming health care: Evidence from quantile regressions for counts. *J Health Econ* 2006;25(1):131-145.
19. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). Los hogares y la población indígena. [Consultado: octubre 1, 2012]. Disponible en: http://www.cdi.gob.mx/index.php?id=211&option=com_content&task=view
20. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Índice de marginación por localidad. [Consultado: noviembre 11 2012]. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indice_de_Marginacion_por_Localidad_2010
21. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression, (2^a ed). New York, NY: Wiley, 2000.
22. Cameron AC, Trivedi PK. Microeconometrics using Stata A. College Station, Texas: Stata Press, 2010.
23. Wirtz VJ, Serván-Mori E, Heredia-Pi I, Dreser A, Ávila-Burgos L. Factores asociados con la utilización y el gasto en medicamentos en México. *Salud Pública Mex* 2013;55 supl 2:S112-S122.
24. Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Wirtz VJ, Dreser A, Serván-Mori E, Hernández-Ávila M. Consultorios médicos en farmacias privadas: efectos inesperados en el uso de servicios de salud y el acceso de medicamentos. Cuernavaca: INSP, 2012.
25. Ávila-Burgos L, Serván-Mori E, Wirtz VJ, Bautista-Arredondo S, Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A. Seguro Popular y gasto en salud en hogares mexicanos: consolidar el efecto protector. Cuernavaca, México: INSP, 2012.

Anexo I
CLASIFICACIÓN DE LAS NECESIDADES DE SALUD REPORTADAS

Necesidad de salud	Clasificación	Necesidad de salud	Clasificación
Enfermedades respiratorias		Otros enfermedades infecciosas / trasmítidas por vector	
Tos, catarro, dolor de garganta	Aguda	Tuberculosis	Crónica
Infecciones respiratorias	Aguda	VIH/sida	Crónica
Neumonía o bronconeumonía	Aguda	Infección de transmisión sexual	Aguda
Asma	Crónica	Enfermedad exantemática (varicela, rubéola, escarlatina)	Aguda
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (bronquitis crónica o enfisema)	Crónica	Paludismo	Aguda
Enfermedades cardio/cerebro-vasculares y metabólicas		Dengue	Aguda
Enfermedades del corazón	Crónica	Intoxicación por veneno de alacrán, serpiente o araña	Aguda
Hipertensión arterial	Crónica	Adicciones / uso de sustancias nocivas	
Embolia o derrame cerebral	Crónica	Alcoholismo	Crónica
Obesidad	Crónica	Tabaquismo	Crónica
Diabetes	Crónica	Padecimientos generados por consumo de drogas	Crónica
Enfermedades / síntomas gastrointestinales		Lesiones	
Diarrea	Aguda	Lesión física por accidente	Aguda
Gastritis o úlcera gástrica	Aguda	Lesión física por agresión	Aguda
Colitis	Crónica	Otros	
Parasitosis intestinal	Aguda	Cáncer o tumores	Crónica
Hepatitis*	Crónica	Alergias	Crónica
Enfermedades urológicas		Fiebre sin otra manifestación	Aguda
Enfermedades renales	Crónica	Embarazo	Aguda
Infecciones de vías urinarias	Aguda	Infección de oído	Aguda
Enfermedades / síntomas reumatológicos / dermatológicas		Conjuntivitis	Aguda
Fiebre reumática	Crónica	Enfermedad bucodental	Aguda
Artritis	Crónica	Otra	Otra
Problemas de la piel	Aguda		
Enfermedades / síntomas neuro-psiquiátricas			
Dolor de cabeza o cefalea sin otra manifestación	Aguda		
Pérdida de la memoria	Aguda		
Estrés	Crónica		
Depresión	Crónica		
Susto, empacho, mal de ojo o aire	Aguda		

* Hepatitis C

Anexo 2

**ANÁLISIS MULTIVARIADO DE LOS FACTORES CORRELACIONADOS CON LA ATENCIÓN AMBULATORIA
DE PROBLEMAS DE SALUD. MÉXICO, 2012[#]**

		<i>Razones de momios [IC 95%]. Recibió atención al problema de salud = 1</i>		
		<i>Área geográfica</i>		
		<i>Todos</i>	<i>Rural</i>	<i>Urbana</i>
<i>Metropolitana</i>				
Necesidades de salud individual (Ref.: agudas)				
Crónicas		2.02*	1.80*	2.59*
		[1.76-2.31]	[1.44-2.24]	[2.02-3.33]
Otra ^a		1.01	0.93	1.27 [§]
		[0.87-1.18]	[0.76-1.15]	[0.96-1.67]
Gravedad del problema de salud (Ref.: leve o muy leve)				
Moderado		1.71*	1.46*	1.66*
		[1.53-1.91]	[1.20-1.78]	[1.32-2.09]
Grave o muy grave		3.87*	3.62*	3.76*
		[3.37-4.44]	[2.96-4.44]	[2.86-4.96]
				[3.27-5.01]
Esquema de afiliación individual (Ref.: ninguno)				
IMSS		1.54*	2.00*	1.86*
		[1.35-1.75]	[1.48-2.69]	[1.47-2.35]
ISSSTE		1.87*	2.12*	2.25*
		[1.49-2.35]	[1.35-3.33]	[1.48-3.41]
Otro ^a		1.80*	1.86 [‡]	1.84 [§]
		[1.35-2.40]	[1.15-3.02]	[1.09-3.12]
Seguro Popular		1.13 [§]	1.42*	1.32 [§]
		[0.99-1.28]	[1.19-1.70]	[1.05-1.66]
				[0.77-1.15]
Características sociodemográficas				
Hombre vs. Mujer		1.08+	1.02	1.09
		[0.99-1.17]	[0.89-1.16]	[0.91-1.29]
Grupo de edad (Ref.: 0 a 4 años)				
5-19		0.40*	0.37*	0.50*
		[0.34-0.48]	[0.29-0.47]	[0.36-0.69]
20-49		0.18*	0.19*	0.15*
		[0.15-0.22]	[0.15-0.25]	[0.10-0.20]
50-69		0.20*	0.21*	0.14*
		[0.16-0.24]	[0.15-0.30]	[0.09-0.21]
Más de 69		0.29*	0.32*	0.26*
		[0.23-0.38]	[0.21-0.48]	[0.16-0.43]
				[0.20-0.43]
Características del hogar				
Quintil de gasto del hogar (Ref.: I)				
II		1.30*	1.35 [‡]	1.46 [‡]
		[1.11-1.53]	[1.05-1.73]	[1.06-2.02]
III		1.32*	1.31 [‡]	1.75*
		[1.13-1.54]	[1.05-1.64]	[1.26-2.42]
IV		1.34*	1.30 [‡]	1.59*
		[1.14-1.58]	[1.01-1.66]	[1.14-2.21]
V		1.56*	1.35 [§]	1.60*
		[1.31-1.86]	[0.99-1.84]	[1.16-2.23]
				[1.17-1.99]

(Continúa)

(Continuación)

Escolaridad del Jefe del hogar (Ref.: 0 años)

	1.18 [‡] [1.02-1.37]	1.23 [‡] [1.02-1.49]	1.16 [0.85-1.57]	1.14 [0.87-1.50]
1-6				
7-9	1.19 [‡] [1.00-1.41]	1.38* [1.04-1.84]	1.31 [0.88-1.94]	1.05 [0.80-1.38]
10-12	1.37* [1.11-1.68]	1.83* [1.20-2.79]	1.57 [§] [0.96-2.56]	1.20 [0.89-1.62]
Más de 12	1.54* [1.21-1.94]	1.028 [0.64-1.64]	1.86* [1.16-2.97]	1.41 [‡] [1.02-1.95]
Indígena vs. no indígena	1.02 [0.85-1.22]	1.18 [0.92-1.45]	0.84 [0.53-1.32]	0.97 [0.71-1.33]
Beneficiario de Oportunidades en los últimos 12 meses	1.15 [‡] [1.02-1.30]	1.23 [‡] [1.01-1.50]	1.15 [0.92-1.44]	1.08 [0.90-1.31]

Características de la localidad de residencia

Tamaño de localidad (Ref: metropolitana)

Rural	1.12 [0.93-1.36]		
Urbana	0.95 [0.82-1.10]		

Grado de marginación (Ref.: baja/muy baja)

Media	0.89 [0.75-1.07]	0.96 [0.71-1.29]	0.92 [0.70-1.20]	0.79 [§] [0.62-1.02]
Alta / muy alta	0.70* [0.58-0.85]	0.60* [0.47-0.76]	0.93 [0.67-1.28]	0.77 [0.51-1.17]
N	15 742 786	3 462 939	2 931 874	9 347 973
n	25 430	8 431	5 171	11 828

* p < 0.01

‡ p < 0.05

§ p < 0.10. Todos los modelos se ajustaron por el número de miembros del hogar, edad y sexo del jefe del hogar y región geográfica

Las estimaciones incluyeron la corrección por el diseño de la encuesta

& Incluye aquéllas no especificadas o que no se pueden clasificar en crónicas o agudas²³

* Incluye: Pemex, Sedena, Semar, otras instituciones, privado