

Monitoreo de la desigualdad en protección financiera y atención a la salud en México: análisis de las encuestas de salud 2000, 2006 y 2012

Juan Pablo Gutiérrez, PhD,⁽¹⁾ Sebastián García-Saisó, MD, MSc,⁽²⁾ Rodrigo Espinosa-de la Peña, MSc,⁽³⁾
Dulce Alejandra Balandrán, MD, MSc.⁽³⁾

Gutiérrez JP, García-Saisó S, Espinosa-de la Peña R, Balandrán DA.
Monitoreo de la desigualdad en protección financiera y atención a la salud en México: análisis de las encuestas de salud 2000, 2006 y 2012.
Salud Publica Mex 2016;58:639-647.
<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i6.7920>

Resumen

Objetivo. Analizar la tendencia en desigualdades en protección financiera y acceso a servicios de salud en México entre 2000 y 2012, usando medidas de brecha y de gradiente. **Material y métodos.** Análisis de las encuestas nacionales de salud de 2000, 2006 y 2012, estimando las brechas absoluta y relativa en indicadores de protección financiera y de acceso a servicios de salud y el índice de desigualdad de la pendiente, utilizando como indicador socioeconómico el ingreso imputado, así como las diferencias en resultados por sexo, ámbito de residencia y condición étnica. **Resultados.** Entre 2000 y 2012 se ha eliminado la desigualdad en protección financiera relacionada con condición socioeconómica de forma paralela a la disminución general de la carencia en protección financiera, en tanto que persiste la desigualdad en indicadores de acceso a servicios de salud, tanto por nivel socioeconómico como por otros estratificadores sociales. **Conclusiones.** La reforma de 2003 se ha traducido en la eliminación de la desigualdad en protección financiera; no obstante, persiste la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Se requiere reenfocar acciones hacia la eliminación de las barreras relacionadas con la calidad de los servicios de salud, que promuevan el acceso efectivo a la salud en México.

Palabras clave: desigualdades en salud; seguro de salud; accesibilidad a los servicios de salud; México

Gutiérrez JP, García-Saisó S, Espinosa-de la Peña R, Balandrán DA.
Monitoring of inequality in financial protection and healthcare in Mexico: an analysis of health surveys 2000, 2006 and 2012.
Salud Publica Mex 2016;58:639-647.
<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i6.7920>

Abstract

Objective. To analyze trends in inequality in financial protection and healthcare in Mexico between 2000 and 2012, using simple and complex measures. **Materials and methods.** Analysis of national health surveys 2000, 2006 and 2012, generating estimates of absolute and relative gaps and the slope index of inequality using imputed income as socioeconomic measure, and differences by sex, rural/urban residence, and ethnic background. **Results.** Between 2000 and 2012, socioeconomic inequality in financial protection vanished, while it remains in healthcare access, with larger barriers to access healthcare among those in the lowest socioeconomic condition. These results are consistent with the differences by urban/rural residence and ethnic background. **Conclusions.** The health reform in 2003, aiming to increase health insurance, resulted in the virtual elimination of socioeconomic inequality in financial protection, but there is still inequality in access to healthcare. Actions to eliminate access barriers related to quality of health services are urgent to promote effective access to healthcare.

Keywords: health inequalities; health insurance; health services accessibility; Mexico

- (1) Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
(2) Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud. Ciudad de México, México.
(3) Consultor independiente. México.

Fecha de recibido: 14 de abril de 2016 • **Fecha de aceptado:** 4 de octubre de 2016

Autor de correspondencia: Dr. Juan Pablo Gutiérrez. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública.
Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: jgutier@insp.mx

Las desigualdades en salud han sido propuestas como barreras importantes para el desarrollo de los países. Así, entre los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados en la agenda global se encuentra el relacionado con la reducción de las desigualdades, que reconoce que las diferencias en el acceso a servicios sanitarios entre grupos de población persisten a pesar de los avances en la reducción de la pobreza, e incluso en el propio acceso a servicios de salud,¹ con lo que el reto de la disparidad en el mismo se mantiene.

Un objetivo claro de la búsqueda de cobertura universal en salud es la posibilidad de ofrecer protección a la salud de toda la población y que esta protección sea homogénea. En este sentido, las desigualdades en acceso y resultados de salud pueden considerarse en el conjunto de indicadores para monitorear el progreso hacia la cobertura universal en salud.

Es importante señalar que la medición de la desigualdad se ha propuesto como una medida aproximada de la inequidad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, las inequidades en salud son:

las desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre países. Esas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones sociales y económicas, y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para tratarla.²

En la literatura especializada se han desarrollado aproximaciones alternativas en relación con la medición de las desigualdades en salud, con el propósito de identificar precisamente aquéllas que puedan considerarse *evitables*. Uno de los niveles de mayor relevancia en la presencia de desigualdades son las relacionadas con las condiciones socioeconómicas ya que, de forma general, pueden considerarse tanto evitables como injustas. Esto es, que la presencia de un resultado en salud se asocie con la situación económica del individuo es, en particular, un aspecto que se esperaría que fuera atendido por el sistema de salud.³

La presencia de brechas asociadas con la situación socioeconómica se ha documentado en diferentes contextos, en los que se resalta que, en general, el estado de salud de las personas en los estratos socioeconómicos de menores ingresos se encuentra por debajo del de aquéllas con mayores recursos.⁴ Las razones para esto no se limitan únicamente al acceso diferencial a servicios de salud (que también ocurre),^{5,6} sino que involucran condiciones generales de vida, que exponen a los pobres a mayores riesgos para la salud: falta de

acceso a agua potable, condiciones comunitarias de higiene reducidas por la falta de servicios de alcantarillado, drenaje, disposición de basura, viviendas de baja calidad (tanto por los materiales, que pueden resultar tóxicos o no protectores, como por las condiciones de hacinamiento), entre otros.⁷

No obstante, la evidencia existente para el caso de México es limitada, en tanto que no se ha desarrollado un abordaje de tipo sistemático para documentar la presencia y magnitud de las desigualdades en salud en el país. Documentar las desigualdades, siguiendo las metodologías desarrolladas para este fin es tanto un avance hacia la medición de la inequidad como una herramienta para identificar los retos en la materia hacia el logro de la cobertura universal en salud.⁸

En particular, se ha discutido la relevancia de asegurar el acceso efectivo a servicios de salud como un objetivo para el logro de la cobertura universal en salud; se ha propuesto que este acceso efectivo requiere la eliminación de las barreras, ya sea financieras, geográficas o de efectividad de los servicios de salud.⁹ En México, el análisis que llevó a la reforma de 2003, que a su vez dio lugar al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), priorizó, en el marco de la cobertura universal, alcanzar el aseguramiento universal en salud; esto es, la protección financiera en salud, que se identificó como un ámbito con claros rezagos y marcadas desigualdades.¹⁰

Ciertamente, se han documentado avances importantes en términos de la protección financiera a partir de la creación del SPSS; no obstante, el reto aún permanece.¹¹ Es necesario documentar si estos avances han ocurrido en todos los grupos de la población, con énfasis en las brechas que puedan considerarse como inequidades, y analizar cómo estos cambios se han reflejado en el acceso a los servicios.

Para el caso de México, análisis previos han documentado las brechas por nivel socioeconómico para un conjunto de indicadores, tanto para 2006 como para 2012; sin embargo, se han concentrado en un conjunto acotado de indicadores y no han realizado un análisis sobre la significancia de los cambios en el periodo.¹² El objetivo de este análisis es documentar las desigualdades para un conjunto de indicadores de protección financiera y acceso a servicios de salud considerando principalmente el nivel socioeconómico, en tres momentos en el tiempo.

Material y métodos

Se llevó a cabo un análisis de la Encuesta Nacional de Salud (Ensa) 2000 y de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2006 y 2012. Éstas son, en los tres casos, muestras probabilísticas de las poblaciones en

México para los años señalados. La metodología empleada en cada una de las encuestas se ha descrito en otros documentos.¹³⁻¹⁵ En lo general, se trata de encuestas multitemáticas en salud que se han desarrollado para informar sobre la situación de salud y de cobertura de los servicios de salud en México.

En los tres momentos analizados, la muestra se diseñó para proporcionar información para cada una de las 32 entidades federativas que integran el país, así como para los ámbitos urbano y rural, de manera que cada encuesta es representativa para estos dominios y, en su conjunto, para la población residente en el país y que habita en viviendas no colectivas.

En particular, para este análisis se consideró la información registrada en el instrumento de hogar, en el cual se enlista a todos los integrantes del hogar seleccionado y, a través de un informante (en lo general el cónyuge del jefe de hogar o la jefa de hogar), se recaban las características demográficas, socioeconómicas y de condiciones generales para cada integrante del hogar. Entre la información obtenida para cada integrante se encuentra la afiliación a seguros de salud –que considera las opciones existentes en el país–, así como información sobre problemas de salud en las dos semanas anteriores al momento de la visita al hogar.

Protección financiera en salud

Se define como contar con un esquema de aseguramiento en salud. Para el análisis, se consideró el reporte del informante del hogar sobre la condición de afiliación o inscripción a seguros de salud para cada integrante del hogar. La ausencia de afiliación se identifica como carencia de protección financiera en salud. Un análisis más detallado de los cambios en protección financiera en el tiempo y de la discusión sobre las diferencias de estas cifras con los registros administrativos se presenta en otro documento.¹¹

Uso de servicios de salud

Como medidas de acceso, en un primer momento, se identificó a los individuos para los que el informante del hogar reportó algún problema de salud en el periodo de referencia (dos semanas). Se identificó la atención provista al mismo detallando si no fue atendido en lo absoluto o si no fue atendido por profesionales de la salud. Entre quienes no fueron atendidos por algún profesional de la salud, se identificó cuando el motivo de no atención puede atribuirse a los servicios o al sistema de salud; esto es, la presencia de barreras de acceso, identificadas cuando el motivo para no haberse atendido fue la ausencia de un establecimiento o que la

ubicación del existente es lejana, que el cobro fuera alto desde la perspectiva del informante, trato inadecuado o falta de confianza en el establecimiento, que haya acudido al establecimiento pero no lo hayan recibido, el reporte de que el horario no era adecuado, la saturación del establecimiento o la falta de equipo.⁹

Nivel socioeconómico

Para cada encuesta, se desarrolló un indicador socioeconómico para clasificar a la población por quintiles y se siguió un abordaje análogo para generar una imputación del logaritmo del ingreso per cápita en cada hogar. El abordaje general del indicador se reporta en otro documento.¹⁶ En resumen, se utiliza información de una encuesta de referencia: la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), para identificar, de la información contenida en las encuestas de salud, un conjunto de variables que permiten predecir el decil –y, a través del agrupamiento de los mismos, el quintil– de ingreso per cápita de la distribución nacional para, con el peso específico de estas variables en la encuesta de referencia, aplicarlos a la encuesta de salud e imputar entonces el decil respectivo, para luego agruparlo en quintiles. El mismo abordaje se utilizó para generar la imputación de la variable continua del logaritmo del ingreso per cápita. Para la Ensa 2000, se utilizó como referencia la ENIGH 1998; para la Ensanut 2006, la ENIGH 2004, y para la Ensanut 2012, la ENIGH 2010.

Medición de desigualdad

Se estimaron las diferencias absoluta y relativa para cada indicador de protección financiera y acceso a servicios de salud entre la población en el quintil menos favorecido y el más favorecido; éstas se interpretaron entonces como medidas de la desigualdad. Asimismo, se contrastaron las mismas diferencias en el tiempo para discernir los cambios en la desigualdad. Estas medidas, si bien permiten analizar las diferencias entre los extremos, no identifican el gradiente de la desigualdad.⁸

Por otra parte, como medida de gradiente de desigualdad, se estimó el índice de desigualdad de la pendiente,⁸ a través de modelos de regresión de probabilidad lineal considerando el carácter dicotómico de las variables de resultado. Para estos modelos, se ajustó por sexo y edad de los individuos.

Además del nivel socioeconómico, se consideraron otros tres estratificadores: el sexo, si el individuo habitaba en una zona rural o urbana y si el individuo se consideraba indígena o no indígena.

En todos los casos, los análisis consideraron el efecto de diseño y los ponderadores poblacionales. Todos los

análisis se realizaron utilizando el paquete estadístico Stata. El Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) aprobó la realización de las encuestas analizadas.

Resultados

En el cuadro I se presentan los promedios de las variables de interés para el análisis en los tres momentos en el tiempo. Como se puede observar, el perfil de la población se corresponde con la transición demográfica; esto es, el promedio de edad se incrementa en tres años en el periodo 2000 a 2012. En relación con las variables de resultado de interés, entre 2000 y 2012 se observa una reducción de 33.5 puntos porcentuales (pp) en la población que no cuenta con protección financiera en salud, es decir, que no cuenta con algún esquema de aseguramiento en salud; la prevalencia lápsica de problemas de salud se mantiene relativamente sin cambio (periodo de dos semanas). Asimismo, el porcentaje de la población que presentó problemas de salud y no se atendió se redujo en 14.32 pp (o 37.5%): pasó de 38.15 a 23.83%. La reducción fue menor en el porcentaje de los que no se atendieron por un médico (o profesional de salud), el cual disminuyó 5.3 pp o 12.9%.

Por otra parte, resalta el incremento en el porcentaje de la población que presentó un problema de salud y que no se atendió por barreras de los servicios de salud, el cual pasó de 21.94 a 29.04%, es decir, tuvo un incremento

de 7.1 pp o 32.4%. Esto significa que, en términos generales, las tendencias en los indicadores analizados son favorables al sistema de salud, con excepción de la que se refiere a las barreras de los servicios para la atención de la población.

En relación con el análisis de la desigualdad por nivel socioeconómico, en el periodo estudiado (2000 a 2012), es clara la eliminación de las brechas absoluta y relativa de desigualdad en protección financiera en salud (cuadro II). Ésta pasa de una brecha absoluta de 39.6 pp entre los quintiles 1 y 5 en 2000 a una brecha absoluta de 0.31 pp, y estadísticamente no diferente de 0 en 2012. La virtual desaparición de la brecha ocurre en un periodo en el cual la carencia de protección financiera en lo general también se reduce notablemente, como se observa en el cuadro I.

En el periodo en cuestión no se observan cambios de magnitud relevantes en la probabilidad de reportar algún problema de salud en las dos semanas previas; sin embargo, la brecha que señala una mayor probabilidad en el quintil 5 en comparación con el quintil 1 se hace significativa, con una diferencia de 3.8 pp en 2012. No obstante, en lo que se refiere a la probabilidad de recibir atención para quienes presentaron un problema de salud, la brecha absoluta se incrementó de 6.55 a 7.57 pp, significativa en ambos años. Al precisar específicamente sobre la no atención por un médico o profesional de la salud (considerando como no atención a quienes recibieron atención de un no profesional), la brecha también

Cuadro I
PORCENTAJES DE LAS VARIABLES DE INTERÉS EN RELACIÓN CON PROTECCIÓN FINANCIERA Y ATENCIÓN A LA SALUD. MÉXICO, 2000, 2006 Y 2012

	<i>Ensa 2000</i>	<i>Ensanut 2006</i>	<i>Ensanut 2012</i>
Varones	49.27 (48.99 - 49.55)	47.99 (47.76 - 48.23)	48.81 (48.56 - 49.06)
Edad	26.79 (26.21 - 27.36)	28.71 (28.43 - 28.99)	29.79 (29.41 - 30.16)
Sin protección financiera	58.94 (57.10 - 60.77)	52.66 (51.56 - 53.76)	25.44 (24.77 - 26.11)
Problema de salud	14.59 (13.93 - 15.25)	12.13 (11.77 - 12.50)	14.07 (13.66 - 14.48)
No atendió problema de salud	38.15 (36.76 - 39.54)	32.17 (30.69 - 33.65)	23.83 (22.89 - 24.78)
No atendió problema de salud por médico	41.24 (39.67 - 42.81)	40.19 (38.81 - 41.58)	35.94 (34.89 - 37.00)
No atendió problema de salud por barreras de los servicios	21.94 (20.03 - 23.86)	25.35 (23.46 - 27.25)	29.04 (27.44 - 30.64)
Urbanos			77.39 (76.78 - 78.00)

Cuadro II
MEDIDAS DE DESIGUALDAD EN INDICADORES DE PROTECCIÓN FINANCIERA
Y ATENCIÓN A LA SALUD. MÉXICO, 2000, 2006 Y 2012

	<i>Sin protección financiera</i>			<i>Problema de salud</i>		
	2000	2006	2012	2000	2006	2012
Brecha absoluta	-47.00%	-22.00%	-0.31%	5.71%	4.16%	3.82%
p para la brecha	0.000	0.000	0.716	0.000	0.000	0.000
Brecha relativa	0.47	0.65	0.99	1.57	1.42	44.37
p para la brecha	0.000	0.000	0.714	0	0.000	0.000
Índice de desigualdad de la pendiente	-122.1*	-66.5*	NS*	14.6*	12.4*	17.2*
Error estándar	(0.0243)	(0.0103)	(0.0105)	(0.0158)	(0.0071)	(0.0081)
	<i>No atendió problema de salud</i>			<i>No atendió problema de salud con médico</i>		
	2000	2006	2012	2000	2006	2012
Brecha absoluta	-7.28%	-14.10%	-7.57%	-8.56%	-13.10%	-11.40%
p para la brecha	0.010	0.000	0.000	0.036	0.000	0.000
Brecha relativa	0.83	0.65	0.73	0.82	0.72	0.73
p para la brecha	0.004	0.000	0.000	0.011	0.000	0.000
Índice de desigualdad de la pendiente	-20.7*	-56.5*	-34.8*	-24.4*	-53.9*	-47.6*
Error estándar	(0.0352)	(0.0212)	(0.0171)	(0.0374)	(0.0187)	(0.0166)
	<i>No atendió por barreras de los servicios</i>					
	2000	2006	2012			
Brecha absoluta	-26.20%	-13.60%	-22.80%			
p para la brecha	0.000	0.000	0.000			
Brecha relativa	0.407	0.57	0.41			
p para la brecha	0.000	0.000	0.000			
Índice de desigualdad de la pendiente	-76.6*	-48.4*	-96.9*			
Error estándar	(0.0558)	(0.0457)	(0.0310)			

* $p < 0.01$

Fuente: estimaciones de los autores a partir de la Ensa 2000 y las Ensanut 2006 y 2012

se amplió en el periodo, pues en términos absolutos pasó de 7.40 a 11.40 pp, esto es, un incremento de 54% en los 12 años.

Asimismo, destaca que la brecha sobre las barreras de los servicios como motivo de no atención se mantiene e incluso incrementa ligeramente: pasa de 21.5 a 22.8 pp, 6% adicional. Esto también ocurre con la identificación de un incremento de esta problemática en lo general; una tendencia negativa del indicador se conjunta con una tendencia negativa en la brecha (cuadro I).

Por lo que se refiere al gradiente de desigualdad, en el cuadro II se presentan los valores del índice de desigualdad de la pendiente (IDP) obtenidos a partir de modelos de regresión para los tres momentos. De forma similar a los resultados mostrados para las brechas, en tanto que se observa un cambio importante en relación

con la protección financiera, para los otros indicadores el IDP señala desigualdades que se han mantenido en el tiempo.

En 2012, con excepción del indicador de protección financiera, para las variables relacionadas con la atención a problemas de salud, se identifica un valor significativo y negativo del IDP. Una forma de interpretar estos valores es comparar la probabilidad de ocurrencia de los eventos en los extremos de la distribución del logaritmo del ingreso considerando las características medias en las otras variables. De acuerdo con el cuadro I, 48.81% son hombres, y la edad promedio es 29.79. En el caso de protección financiera, no hay diferencia asociada con ingreso en tanto que el coeficiente no es estadísticamente diferente de cero, en tanto que en 2000 y 2006 resultó significativo y negativo con una magnitud decreciente

entre estos años. Sobre la probabilidad de ocurrencia de un problema de salud, considerando los coeficientes del modelo, ésta es de 3.5% para un individuo en el punto más bajo de ingreso y de 20.7% para un individuo en el punto más alto de ingreso, lo que implica un índice de desigualdad de la pendiente de 17.2 pp, que resulta mayor al valor observado en 2000 de 14.6.

Por otra parte, la probabilidad de no atención ante la presencia de un problema de salud es de 45.5% para un individuo en el punto más bajo de ingreso y de 10.7% para uno en el punto más alto de ingreso (con un índice de desigualdad de la pendiente de -34.8 pp), mayor al

IDP estimado para 2000 de -20.7. Si consideramos la probabilidad de no atención por un profesional de la salud, estas probabilidades son de 65.9 y 18.2%, respectivamente, y un índice de -47.6 pp, cerca del doble del valor de IDP en 2000 (-24.4).

Es en la probabilidad de no atención debido a barreras de los servicios de salud en la que se observa el mayor gradiente, ya que ésta es de 88.7% para el individuo en el punto más bajo del ingreso y cercana a cero para el individuo en el punto más alto de ingreso; esto es, un índice de desigualdad de la pendiente de -96.9 pp, cerca de 20 puntos mayor al observado 12 años

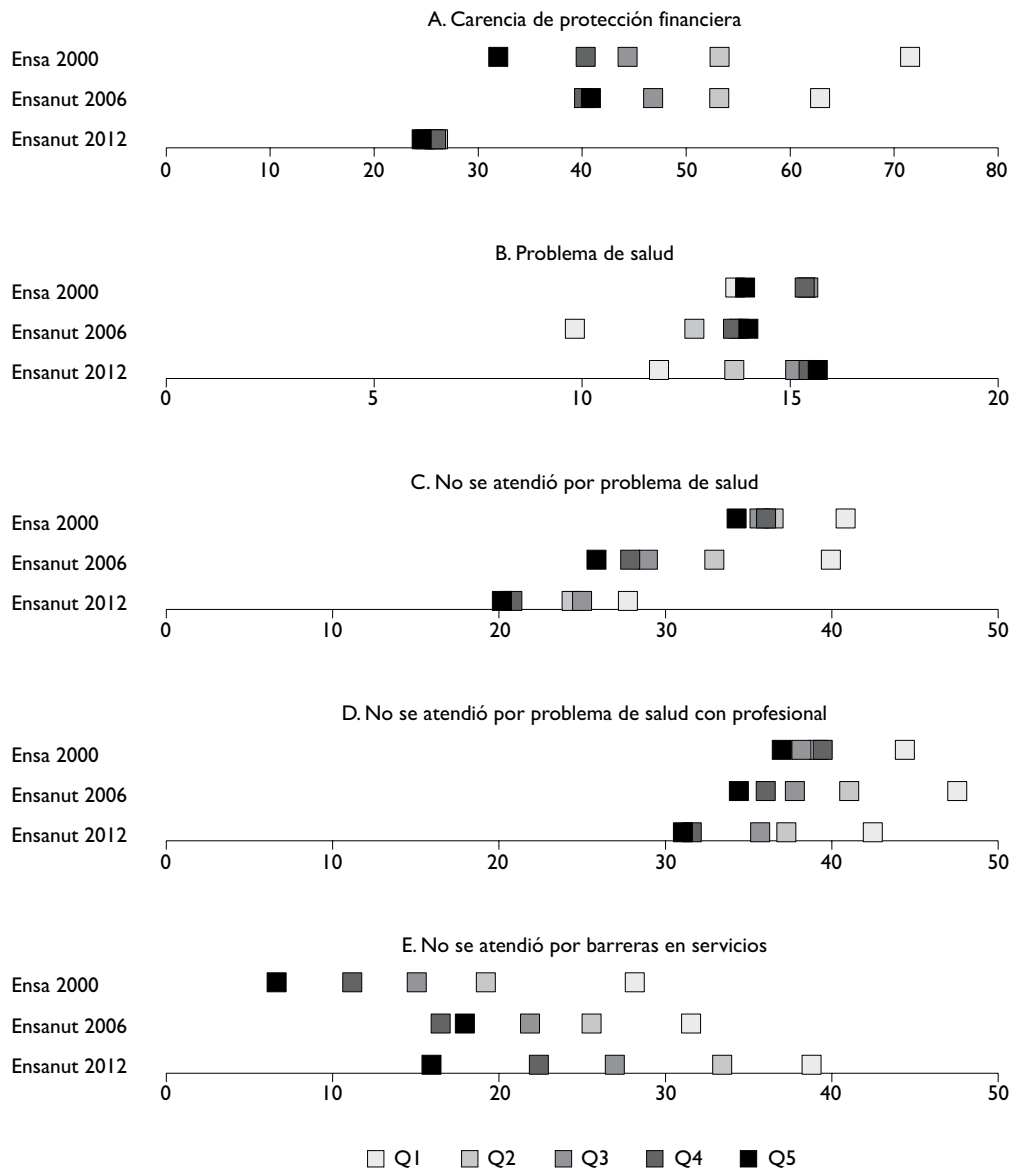


FIGURA I. BRECHAS RELATIVAS EN PROTECCIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO, 2000, 2006 Y 2012

antes de -76.6. En la figura 1 se muestran las distancias entre quintiles para las tres encuestas y para las cinco variables de interés. La distancia entre los quintiles señala la brecha absoluta entre los mismos y mediante la mirada horizontal es posible observar los cambios en estas brechas en el tiempo.

Finalmente, en el cuadro III se presentan los resultados de los análisis considerando otros tres estratificadores (sexo, ámbito de residencia y condición étnica) en las mismas variables de resultado. Como se puede observar, para los tres años de análisis se presentan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en

Cuadro III
PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN CON CARENCIA DE PROTECCIÓN FINANCIERA Y RETOS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD POR ESTRATIFICADORES. MÉXICO, 2000, 2006 Y 2012

	2000		2006		2012	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Sin protección financiera	58.62 (56.74 - 60.51)	59.26 [‡] (57.43 - 61.08)	52.00 (50.88 - 53.11)	53.38 [§] (52.25 - 54.51)	23.46 (22.76 - 24.17)	27.51 [§] (26.78 - 28.23)
Problema de salud	16.28 (15.52 - 17.03)	12.85 [§] (12.21 - 13.49)	12.71 (12.32 - 13.09)	11.51 [§] (11.07 - 11.96)	15.40 (14.91 - 15.88)	12.68 [§] (12.24 - 13.11)
No atendió problema de salud	37.15 (35.77 - 38.53)	39.45 [‡] (37.63 - 41.28)	31.50 (29.93 - 33.07)	32.98 (31.08 - 34.89)	24.43 (23.31 - 25.55)	23.08 [*] (21.85 - 24.31)
No atendió problema de salud por médico	40.06 (38.40 - 41.72)	42.78 [§] (40.98 - 44.58)	38.21 (36.65 - 39.77)	42.56 [§] (40.74 - 44.38)	34.39 (33.14 - 35.65)	37.92 [§] (36.56 - 39.28)
No atendió por barreras de los servicios	23.22 (21.20 - 25.23)	20.39 [‡] (18.20 - 22.58)	27.11 (25.01 - 29.20)	23.47 [‡] (21.18 - 25.76)	29.26 (27.34 - 31.18)	28.79 (26.68 - 30.89)
	<i>Rural</i>	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>	<i>Urbano</i>
Sin protección financiera	83.31 (80.81 - 85.82)	51.90 [§] (50.24 - 53.56)	61.51 (58.81 - 64.21)	49.94 [§] (48.75 - 51.13)	21.39 (20.15 - 22.63)	26.62 [§] (25.84 - 27.40)
Problema de salud	12.86 (11.68 - 14.03)	15.09 [‡] (14.29 - 15.89)	11.16 (10.64 - 11.68)	12.43 [§] (11.98 - 12.89)	13.64 (12.88 - 14.41)	14.20 (13.72 - 14.67)
No atendió problema de salud	40.49 (37.64 - 43.34)	37.58 [*] (36.00 - 39.15)	35.65 (32.57 - 38.72)	31.22 [‡] (29.52 - 32.91)	27.17 (25.34 - 29.00)	22.90 [§] (21.81 - 23.99)
No atendió problema de salud por médico	43.17 (40.18 - 46.16)	40.77 (38.95 - 42.59)	43.69 (40.95 - 46.42)	39.23 [‡] (37.62 - 40.83)	39.02 (37.09 - 40.95)	35.08 [‡] (33.83 - 36.32)
No atendió por barreras de los servicios	32.75 (28.10 - 37.39)	19.13 [§] (17.23 - 21.03)	31.93 (28.09 - 35.77)	23.33 [§] (21.14 - 25.52)	35.58 (32.50 - 38.66)	27.00 [§] (25.14 - 28.85)
	<i>No indígena</i>	<i>Indígena</i>	<i>No indígena</i>	<i>Indígena</i>	<i>No indígena</i>	<i>Indígena</i>
Sin protección financiera	56.44 (54.58 - 58.31)	70.15 [§] (67.32 - 72.98)	51.01 (49.90 - 52.12)	59.34 [§] (57.02 - 61.66)	25.26 (24.58 - 25.95)	27.09 (24.90 - 29.27)
Problema de salud	13.66 (12.93 - 14.39)	18.78 [§] (17.61 - 19.95)	12.07 (11.64 - 12.50)	12.39 (11.72 - 13.07)	14.38 (13.96 - 14.81)	11.10 [§] (10.14 - 12.05)
No atendió problema de salud	40.34 (38.75 - 41.93)	30.97 [§] (29.24 - 32.71)	31.63 (30.04 - 33.23)	34.30 [*] (31.68 - 36.92)	23.43 (22.47 - 24.38)	28.88 [‡] (25.62 - 32.14)
No atendió problema de salud por médico	43.36 (41.52 - 45.19)	34.31 [§] (32.36 - 36.26)	39.24 (37.73 - 40.75)	43.95 [‡] (41.39 - 46.50)	35.58 (34.49 - 36.67)	40.43 [‡] (36.98 - 43.89)
No atendió por barreras de los servicios	21.79 (19.81 - 23.77)	22.58 (19.10 - 26.05)	23.76 (21.68 - 25.85)	30.95 [‡] (26.76 - 35.13)	28.53 (26.89 - 30.18)	34.56 [‡] (29.39 - 39.73)

* p<0.1

‡ p<0.05

§ p<0.001

Fuente: estimaciones a partir de la Ensa 2000 y Ensanut 2006 y 2012

relación con la carencia de protección financiera (mayor entre hombres), la presencia de un problema de salud (mayor entre mujeres) y la no atención del problema de salud por parte de un profesional de salud (mayor entre hombres). A su vez, en 2000 y 2006 se observaba una diferencia en la probabilidad de no atención por barreras por sexo y ésta desaparece en 2012.

Por ámbito de residencia, durante el periodo de análisis se observa un cambio en la diferencia de la carencia de protección financiera, que pasa de ser mayor en el ámbito rural en 2000 y 2006, a ser mayor en el urbano en 2012. Por otra parte, los retos para la atención en los tres momentos analizados son mayores en el ámbito rural, en donde se observa una mayor probabilidad de no atención a problemas de salud, de no atención por un profesional de salud y de no atención debido a barreras de los servicios de salud.

Si bien la probabilidad de carencia de protección financiera por condición étnica no presenta diferencias para 2012, sí se observaban en 2000, con una menor probabilidad entre la población indígena. De forma similar a lo que sucede en el ámbito rural, en 2012 se presenta una mayor probabilidad de no atención cuando se presentan problemas de salud entre la población indígena en comparación con la población no indígena, tanto en lo general como por personal de salud, así como una mayor probabilidad de que la no atención sea resultado de barreras de los servicios.

Discusión

El camino que México ha recorrido a partir de la reforma de 2003, con la que se creó el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), se ha evidenciado entre otros aspectos por el rápido crecimiento de la cobertura del Seguro Popular, principal esquema operativo del SPSS.¹¹ Este incremento en cobertura, que implica la disminución en la carencia de protección financiera, ocurre de forma paralela a la eliminación de la brecha en protección financiera por nivel socioeconómico en el país; esto significa que ha contribuido con la equidad en salud al enfocar el SPSS en la población de menores recursos. La reducción en la desigualdad se debe, primordialmente, al incremento en la protección financiera entre los individuos de menor ingreso.

No obstante, este esfuerzo ha estado claramente centrado en una de las dimensiones de la cobertura universal en salud, la mencionada protección financiera, lo que ha permitido que persistan retos importantes en el acceso a los servicios de salud. Como se ha documentado en otros análisis, el acceso efectivo a los servicios de salud es un reto actual para el sistema de salud en

México, tal como se reconoce en el actual Programa Sectorial de Salud.^{9,17}

Los análisis existentes han señalado que es entre la población de menor nivel socioeconómico donde se observa un mayor acceso efectivo a los servicios y se ha propuesto que la ausencia de alternativas puede ser una explicación a ello, a partir del análisis de la utilización de servicios de salud.^{17,18} En este análisis, a partir de la no atención a problemas de salud y de las razones para la no atención, se identifica que estos retos son claramente mayores entre la población de menor ingreso y que las brechas entre éstos y los de mayor ingreso se han incrementado entre 2000 y 2012.

Por su parte, la probabilidad de no atención en lo general ante la presencia de un problema de salud se ha reducido entre 2000 y 2012. La desigualdad en la misma se ha incrementado, como también se ha incrementado la desigualdad en la no atención por un profesional de salud y en la no atención como consecuencia de barreras en los servicios de salud, identificadas a partir de las razones reportadas para no atenderse y que implican justamente elementos que inciden en la posibilidad de acceso efectivo a los servicios de salud.

Abordar estos retos demanda una visión integral del sistema de salud. Incidir en el acceso efectivo requiere, por un lado, asegurar la infraestructura de servicios considerando no sólo la ubicación —que sigue siendo relevante para un grupo de la población—, sino, de forma muy importante, los horarios y días de operación, los cuales también limitan el uso entre la población.¹⁹ La ubicación debe considerar los tiempos de traslado y la conveniencia para la población tomando en cuenta sus rutas habituales.

Por otra parte, es claro que aún se requiere fortalecer la protección financiera identificando los grupos de población que aún están excluidos de los mecanismos de aseguramiento y ofreciendo esquemas que sean atractivos para esta población.

Finalmente, persiste el reto de la resolutivez de los servicios. Incidir en el acceso efectivo requiere de un esfuerzo nacional para fortalecer y mantener la calidad de los servicios de salud públicos, de forma que respondan a las necesidades de la población y resulten atractivos para la población porque son capaces de atender en un tiempo razonable, solucionan el problema de salud proporcionando información clara y ofrecen un trato respetuoso a la población.

Asegurar el acceso efectivo a intervenciones y acciones sanitarias en el momento que se necesitan es un objetivo claro de los sistemas de salud en la ruta hacia asegurar la cobertura universal en salud.²⁰ A pesar del esfuerzo que ha representado para México el

incremento en la protección financiera en la salud de la población, evidenciada desde el punto de vista de las desigualdades como la eliminación de la brecha en protección, ésta no se ha traducido en una reducción en las brechas de acceso. La persistencia de las barreras de acceso en el tiempo y el incremento en la magnitud de las desigualdades en las mismas es claramente un reto central para la cobertura universal.

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

Referencias

1. ONU. Resolution adopted by the General Assembly 70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. New York: Organización de las Naciones Unidas, 2015.
2. OMS. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.
3. Marmot M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet* 2007; 370(9593):1153-1163. <http://doi.org/cbvdrs>
4. Wagstaff A. Poverty & health. CMH Working Papers Series 2001;WG1:5.
5. Ahmed SM, Petzold M, Kabir ZN, Tomson G. Targeted intervention for the ultra poor in rural Bangladesh: Does it make any difference in their health-seeking behaviour? *Soc Sci Med* 2006; 63(11): 2899-2911. <http://doi.org/bx4m>
6. van Doorslaer E, Masseria C, Koolman X, ftOHER Group. Inequalities in access to medical care by income in developed countries. *Can Med Assoc J* 2006; 174(2):177-183. <http://doi.org/bn8r3f>
7. CMH Commission on Macroeconomics & Health. Final Report: Macroeconomics & Health: Investing in health for economic development. Geneva: World Health Organization, 2001.
8. WHO. Handbook on health inequality monitoring: with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization, 2013.
9. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex* 2015;57:180-186. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v57i2.7415>
10. Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, Lezana MA, Knaul FM. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Publica Mex* 2007;49:s23-s36. <http://doi.org/fsfdn>
11. Gutiérrez JP, Hernández-Ávila M. Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud Publica Mex* 2013;55:S83-S90. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55s2.5102>
12. Gutiérrez JP. Brechas en cobertura efectiva por nivel socioeconómico y condición de pobreza. *Salud Publica Mex* 2013 55(supl 2):s106-s111. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55s2.5105>
13. Palma O, Shamah T, Franco A, Olaiz G, Mendez I. Metodología. En: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
14. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Franco-Núñez A, Villalpando S, Cuevas-Nasu L, Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco JA. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012: diseño y cobertura. *Salud Publica Mex* 2013 55(supl 2):S332-S340. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55s2.5132>
15. Sepúlveda J, Tapia-Conyer R, Velásquez O, Valdespino JL, Olaiz-Fernández G, Kuri P, et al. Diseño y metodología de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Salud Publica Mex* 2007;49:s427-s432. <http://doi.org/b6bs65>
16. Gutiérrez JP. Clasificación socioeconómica de los hogares en la ENSANUT 2012. *Salud Publica Mex* 2013 55(supl 2):S341-S346. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55s2.5133>
17. Gutierrez JP, Garcia-Saiso S, Dolci G, Avila M. Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Serv Res* 2014;14(1):186. <http://doi.org/bn6g>
18. Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Colchero MA, Ramírez-Rodríguez B, Sosa-Rubi 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. <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v56i1.7319>
19. García-Saisó S, Gutiérrez JP, Pacheco-Estrella P, García-Otamandí P. Los retos de la calidad de los servicios de salud como barreras para el acceso efectivo. In: García-Saisó S, Hernández-Torres F. La calidad de la atención a la salud en México a través de sus instituciones. México: S. G Editors, 2015.
20. Victora CG, Hanson K, Bryce J, Vaughan JP. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet* 2004;364(9444):1541-1548. <http://doi.org/dr6c7d>