

LA POBREZA EN MÉXICO Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Claudia Infante
Loraine Schlaepfer

Resumen

Se estima que existen alrededor de 41 millones de mexicanos viviendo en condiciones de pobreza y, entre ellos, 17 millones en condiciones de pobreza extrema. La población pobre tiene mayores riesgos de enfermarse y, como se demuestra en este trabajo, está sujeta a una menor disponibilidad de servicios de atención a la salud y, en consecuencia, tiene un menor acceso a ellos.

Tomando a la población que reporta tener una enfermedad, se comparan los pobres y no pobres en cuanto a: 1. La disponibilidad de servicios de salud (zona de residencia, derecho-habiciencia). 2. La accesibilidad a los servicios (utilización).

Abstract

Around 41 million Mexicans are poor, and 17 million live in conditions of extreme poverty. Poor people tend to become ill more often and, as shown in this paper, they have lesser availability, so health services access to medical care is reduced as well.

Taking as the study population those individuals who reported having an illness, poor and non poor people were compared with regards to their: 1. Health services availability (place of residence and entitlement to social security). 2. Access to health services (utilization).

Introducción

Se estima que existen alrededor de 41 millones de mexicanos viviendo en condiciones de pobreza y, entre ellos, 17 millones en condiciones de pobreza extrema.¹ En términos de salud, la población pobre tiene mayores riesgos de enfermarse y, como se demuestra en este trabajo, está sujeta a una menor disponibilidad de servicios de atención a la salud y, en consecuencia, tiene un menor acceso a ellos.

¹ *El combate a la pobreza*, México, Consejo Consultivo del Programa Nacional de Solidaridad, *El Nacional*, 1990.

La accesibilidad se refleja directamente en la demanda y la utilización de los servicios.² De esta manera, se habla de que hay inequidad en el acceso cuando se pueden identificar diferencias en la demanda de los servicios entre grupos poblacionales con las mismas necesidades de salud y diferentes niveles socio-económicos.³ Idealmente, la proporción de personas con una carga determinada de enfermedad y que demanda servicios de salud debería ser semejante en todos los estratos socio-económicos, si la disponibilidad y el acceso a los servicios fuera igual en todos ellos. Si se analiza por nivel socio-económico al subconjunto de la población que reporta tener una enfermedad, y se encuentra que los pobres utilizan menos los servicios de salud en comparación con los no pobres, se estaría demostrando que los servicios de salud no han logrado responder equitativamente a las necesidades de salud y que, de hecho, lo que hacen es privilegiar a la población no pobre.⁴

Con el fin de comprobar esta hipótesis, en este estudio se desarrollan dos líneas de análisis: la primera se refiere a dos de los factores que afectan en forma más relevante la disponibilidad de los servicios de salud en nuestro país: la zona de residencia (rural o urbana) y la derechohabencia a los servicios de seguridad social. La segunda línea de análisis se aboca al examen de la accesibilidad a los servicios, misma que se evidencia a través de la demanda y utilización de los servicios. Los resultados documentan la forma como se presenta la inequidad en la atención a la salud en México, a la vez que identifican los mecanismos básicos a través de los cuales ésta se produce.

Metodología

Para documentar con precisión el efecto de la pobreza en la utilización de los servicios de salud, se desarrolló un análisis basado en la información generada por la Encuesta Nacional de Salud (ENS), levantada en 1986-1987. Para construir los niveles de pobreza era necesario tener información sobre los ingresos del hogar. Ya que la ENS, al igual

² J. Frenk, "El concepto y la medición de accesibilidad", en *Salud Pública de México*, núm. 27, vol. 5, 1985, pp. 438-453.

³ J. Frenk, C. Infante, R. Lozano, "Equidad y salud en México", en R. Béjar, H. Hernández (coord.), *Población y desigualdad social en México*, Cuernavaca, Morelos, CRIM/UNAM, 1993, pp. 271-298.

⁴ H. Hansduwka, "Measuring the health of populations, indicators and interpretations", *Soc Sci & Med*, no. 20, vol. 12, 1985, pp. 1207-1224.

que la mayoría de las encuestas de su tipo, cuenta con información poco confiable al respecto, se aplicó un procedimiento indirecto para imputar los niveles de pobreza a los hogares. Para tal efecto se seleccionaron como predictores del ingreso, variables socio-económicas que fueran comunes a la Encuesta Nacional de Ingreso-Gasto de Hogares (ENIGH) y a la ENS. Estas variables fueron: la edad, sexo y escolaridad del jefe del hogar, región y zona de residencia y número de miembros del hogar. A partir de estas variables, se desarrolló un modelo de regresión múltiple para predecir el ingreso de los hogares de la ENIGH, el cual sirvió de instrumento para la imputación del ingreso de los hogares de la muestra de la ENS.

Finalmente, se ordenaron los hogares de acuerdo a su ingreso y se clasificaron por niveles de pobreza, según su posición con respecto a la línea de pobreza, basada en los criterios de la Canasta Normativa de Satisfactores Esenciales sugerida para México por COPLAMAR y actualizada por Hernández Laos. El procedimiento utilizado para clasificar a los hogares de la ENS en las categorías de no pobres, pobres y en pobreza extrema, contempló dos etapas: la primera fue la identificación del porcentaje de hogares en cada una de estas categorías en la ENIGH, y la segunda etapa fue la aplicación de tales porcentajes a los hogares de la ENS, ordenados por ingreso. Cabe mencionar que el 11.5% de los hogares de la ENS no pudo ser clasificado por falta de información sobre alguna de las variables predictoras del modelo de regresión. A pesar de ello, se pudo comprobar que el procedimiento no ocasionó un sesgo hacia el subregistro de la población en pobreza extrema.⁵

Resultados

Efecto de la disponibilidad de los servicios en la demanda

Dos características estructurales básicas del sistema de salud en México afectan la disponibilidad de los servicios. La primera tiene que ver con la distribución geográfica de la población y su relación con la asignación de recursos a las entidades federativas, la regionalización de cada uno de

⁵ R. Lozano, C. Infante, I. Schlaepfer, J. Frenk, *Desigualdad, pobreza y salud*, Cuernavaca, Morelos, Instituto Nacional de Salud Pública, 1992 (documento mimeografiado).

los subsistemas de salud (por ejemplo, de la SSA, del IMSS, del ISSSTE) y la distribución de sus tres niveles de atención. Por ejemplo, la población rural en México tiene, consabidamente, una mucho menor disponibilidad de servicios públicos, incluyendo a los de salud, que la población urbana. Dicha disponibilidad es también muy heterogénea a través de las entidades federativas. La segunda característica del sistema de salud se refiere a la división de la población con relación a si tienen o no derecho a los servicios de las instituciones de seguridad social. La derechohabiencia, al estar ligada al trabajo asalariado, discrimina totalmente al trabajo agrícola y, por ende, a la población en áreas rurales, así como a la población que subsiste de la industria doméstica y del pequeño comercio, entre otros grupos vulnerables, los cuales no tienen acceso a los servicios de estas instituciones. Dichos grupos predominan en la población pobre y extremadamente pobre. En este sentido, se vuelve importante analizar cómo la distribución geográfica de la población con respecto a los servicios de salud y la derechohabiencia afectan la utilización de estos últimos y cómo estos factores, en lugar de coadyuvar a una equidad en el acceso a los servicios de salud, están de hecho profundizando la inequidad (ver esquema a continuación).

DISTRIBUCIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN* POR:	EFECTO DE LA DISPONIBILIDAD EN LA UTILIZACIÓN**:
GEOGRÁFICA ENTIDAD FEDERATIVA ZONA DISPONIBILIDAD DERECHOHABIENCIA	GEOGRÁFICA ENTIDAD FEDERATIVA DERECHOHABIENCIA

* N = Toda la población

** N = Toda la población que reportó haber tenido alguna enfermedad en los quince días previos a la entrevista

Si bien cada una de las dos vías a través de las cuales se manifiesta la disponibilidad de servicios de salud en México -la distribución geográfica de los recursos y la derechohabiencia- tiene un efecto específico e independiente sobre la utilización de los servicios, ambas están asociadas con determinantes socio-económicos, como el nivel de pobreza de la

población,⁶ y se encuentran, además, relacionadas entre sí. Esto último significa que su presencia combinada tiene un efecto mayor en la utilización de servicios de salud, que la suma de los efectos independientes.

Con objeto de tener una mejor comprensión de la forma como se presentan estos mecanismos, describiremos la distribución de la población en los distintos niveles de pobreza, según zona de residencia y entidad federativa, así como por derechohabiencia. En primera instancia, se observa en el cuadro 1 que la población en pobreza extrema vive predominantemente en las áreas rurales (65.1%), que los pobres se distribuyen en forma similar en ambas zonas y que los no pobres predominan en zona urbana (80.1%).

Cuadro 1
Zona de residencia y nivel de pobreza
Distribución porcentual

<i>Pobreza</i>	<i>Rural</i>	<i>Zona urbana</i>	<i>Total</i>
<i>Copiamar</i>			
Pobreza extrema	65.1	34.9	100.0
Pobres	42.8	57.2	100.0
No pobres	19.9	80.1	100.0
TOTAL	38.8	61.2	100.0

FUENTE: Análisis secundario de la Encuesta Nacional Salud 1986-1987.

En el cuadro 2 se observa cómo varía el derecho a los servicios de las instituciones de seguridad social entre poblaciones pertenecientes a diferentes estratos socio-económicos. En el cuadro aparecen las tasas de derechohabiencia sobre el total de la población de cada estrato, en general, y en cada una de las zonas de residencia. Como se puede observar, a nivel nacional sólo el 35.3% de los que viven en extrema pobreza son derechohabientes, siendo que entre los pobres la tasa de derechohabiencia es de 43.5% y entre los no pobres de 63.8%. Al comparar zonas de residencia, vemos que en las áreas rurales la tasa de derechohabiencia es la mitad que en las áreas urbanas (31.3% vs 62.8%).

⁶C. Infante, L. Schlaepfer, "Las variables socio-económicas en la investigación en salud pública en México", en *Salud Pública*, núm. 36, México, 1994, pp. 364-373.

También es posible distinguir una interacción entre el nivel socio-económico y la zona de residencia en cuanto a su efecto sobre la derechohabiciencia. En general, los diferenciales de derechohabiciencia por nivel socio-económico son mayores en las áreas urbanas que en las rurales. La diferencia porcentual entre los dos niveles extremos es de 11.7 puntos en el caso de las últimas (28.3% y 40.0%) y de 21.4 para el de las primeras (48.3% y 69.7%). Por otro lado, los diferenciales de derechohabiciencia por zona de residencia se incrementan conforme se eleva el estrato socio-económico (diferencia rural-urbana en puntos porcentuales: pobreza extrema = 20, pobres = 25.3, no pobres = 29.7). La consecuencia de todo lo anterior es que existe en el país una variación muy grande en el porcentaje de personas con derecho a utilizar los servicios de salud de las instituciones de seguridad social. Este margen en la disponibilidad de los servicios oscila entre 28.3% para la población en pobreza extrema que vive en área rural, y 69.7% para los no pobres de las áreas urbanas. Dicho en otras palabras, la disponibilidad efectiva de servicios de salud es mucho menor para los pobres que para los no pobres, y esta brecha entre estratos socio-económicos se amplía todavía más si se toma en consideración el área de residencia.

Cuadro 2
Derechohabiciencia por pobreza:
total por nivel de pobreza y por zona de residencia
Tasas porcentuales sobre el total de la población

<i>Pobreza</i> <i>COP1-AMAR</i>	<i>Total</i>	<i>Zona rural</i>	<i>Zona urbana</i>
Total	54.3	31.3	62.8
Pobreza extrema	35.3	28.3	48.3
Pobres	43.5	29.0	54.3
No pobres	63.8	40.0	69.7

FUENTE: Análisis secundario de la Encuesta Nacional Salud 1986-1987

En el cuadro 3 se observa cómo varían las tasas de derechohabiciencia en las distintas entidades federativas. En parte esto se debe al distinto grado de "ruralidad" que éstas presentan, pero se debe principalmente a otras cuestiones, en las que juegan un papel central las de carácter

económico y político. En este cuadro, en forma excepcional, los datos se presentan a nivel de hogar, es decir, se muestra el porcentaje de hogares con jefe de familia derechohabiente con respecto al total de hogares de la entidad. A nivel nacional, el 54.3% de los jefes de hogar no son derechohabientes. Sin embargo, la distribución de la derechohabiencia entre los Estados no es homogénea. En 17 entidades federativas la proporción de jefes derechohabientes es inferior a la de todo el país, y oscila entre 25.0% (Guerrero) y 53.4% (Querétaro), es decir, hay una variación de 29.9 puntos porcentuales en el derecho a la seguridad social entre los Estados con tasas inferiores a la nacional. En contraste, quince entidades federativas tienen una tasa de derechohabiencia mayor a la promedio y la variación entre ellas es de 17.1, fluctuando los porcentajes

Cuadro 3
Derechohabiencia por entidades federativas
Encuesta Nacional de Salud
Distribución porcentual de los jefes de hogar

<i>Federativas</i>	<i>Derechohabiencia</i>	
	<i>no</i>	<i>si</i>
<i>Total</i>	45.7	54.3
Guerrero	75.0	25.0
Zacatecas	68.7	31.3
Tlaxcala	67.6	32.4
Guanajuato	67.2	32.8
Michoacán	62.6	37.4
Chiapas	61.2	38.8
Tabasco	55.7	44.3
Oaxaca	54.4	45.6
Jalisco	53.6	46.4
Puebla	52.7	47.3
Hidalgo	52.6	47.4
Campeche	52.6	47.4
Morelos	51.2	48.8
Nayarit	50.8	49.8
Veracruz	47.6	52.4
Durango	47.1	52.9
Querétaro	46.6	53.4
Quintana Roo	44.8	55.2
San Luis Potosí	44.3	55.7
Chihuahua	43.2	56.8

Continúa cuadro 3

México	43.1	56.9
Aguascalientes	41.1	58.9
Colima	39.6	60.4
Baja Calif. Nte.	38.8	61.2
Baja Calif. Sur	37.3	62.7
Tamaulipas	36.7	63.3
Yucatán	36.7	63.3
Sinaloa	32.4	67.6
Sonora	31.3	68.7
Nuevo León	30.7	69.3
Distrito Federal	29.1	70.9
Coahuila	27.7	72.3

FUENTE: Análisis secundario de la Encuesta Nacional Salud 1986-1987.

entre 55.2% (Quintana Roo) y 72.3% (Coahuila). Estas cifras muestran, por un lado, la gran heterogeneidad existente en el país en las tasas de derechohabiencia, ya que, por ejemplo, mientras en Guerrero tres cuartas partes de los jefes de hogar -y de sus familias- *no* son elegibles al esquema de seguridad social (75.0%), en Coahuila prácticamente la misma proporción (72.3%) *si* lo son. Muestran, por otro lado, que entre los Estados con las tasas de derechohabiencia más elevadas hay una mayor homogeneidad (diferencia de 17 puntos porcentuales entre los estados extremos) que entre aquellos con las tasas más bajas (25 puntos porcentuales de diferencia).

Hasta este momento hemos mostrado las grandes variaciones que prevalecen en cuanto a la disponibilidad de los servicios de salud, enfocándonos para ello en la distribución de la población por zona de residencia, entidad federativa y derechohabiencia. El paso siguiente de este análisis es el examen de la demanda de atención médica, con objeto de identificar el efecto de estas diferencias en disponibilidad y de conocer cómo varía este efecto en poblaciones de distinto nivel socio-económico.

En el cuadro 4 se presenta el porcentaje de personas con alguna necesidad de salud que demandó atención médica, estratificado por derechohabiencia y por nivel de pobreza. El objeto de centrarse en esta población es el de poder identificar los efectos de la derechohabiencia en la demanda de atención, ajustando por las diferencias en la prevalencia de necesidades de salud -y en su percepción- que existen entre los diferentes estratos socio-económicos.

Cuadro 4
Atención médica por necesidad de salud
y derechohabiencia, según pobreza COPLAMAR
Tasas porcentuales entre enfermos

MOTIVO	Pobreza extrema			Pobres			No pobres			Total		
	Si DH	No DH	Total	Si DH	No DH	Total	Si DH	No DH	Total	Si DH	No DH	Total
TOTAL	62.5	41.0	49.5	66.2	45.6	55.5	64.8	51.1	60.2	61.2	45.1	55.5
AGUDAS	37.6	20.3	26.5	50.5	29.3	37.1	53.0	38.6	48.1	49.0	29.4	39.8
CRÓNICAS	86.5	66.4	75.3	87.4	78.3	83.2	90.7	79.2	87.1	88.7	72.4	81.5
LESIONES	71.0	60.4	66.7	86.3	72.0	79.7	81.7	80.4	81.5	80.6	69.9	76.3
INCAPACIDAD	82.6	65.4	71.6	83.7	72.4	78.8	88.1	75.7	83.8	85.2	69.1	78.0

FUENTE: Análisis secundario de la Encuesta Nacional Salud 1986-1987.

Cuadro 5
Atención médica por necesidad de salud
y derechohabiencia, según pobreza COPLAMAR
Diferencias porcentuales de las tasas (%) entre enfermos

Motivo	Pobreza extrema	Pobres	No pobres	Total
	Diferencia %	Diferencia %	Diferencia %	Diferencia %
AGUDAS	17.3	21.2	14.4	19.6
CRÓNICAS	20.1	9.1	11.5	16.3
LESIONES	14.5	13.4	1.3	10.1
INCAPACIDAD	17.2	11.3	12.4	16.1

FUENTE: Análisis secundario de la Encuesta Nacional Salud 1986-1987.

En el cuadro se presentan la tasa general de utilización de servicios médicos, así como las tasas de utilización específicas por tipo de necesidad de salud (enfermedades agudas, enfermedades crónicas, lesiones e incapacidades). Las tasas que aparecen en las columnas marcadas con el término *Total* se refieren a los porcentajes de utilización sobre el total de enfermos. Los demás porcentajes se refieren a la distribución de la atención médica por derechohabiencia, en cada estrato socio-económico y en la población *Total* de enfermos. Los resultados muestran que:

1. Con respecto al efecto del nivel socio-económico, la demanda de atención, tanto general como específica, aumenta conforme el nivel

de pobreza disminuye. Así, por ejemplo, para las enfermedades agudas, las tasas de atención aumentan de 26.5% para los pobres extremos a 37.1% para los pobres y 48.1% para los no pobres.

2. En relación a la derechohabiencia, se observa que dentro de cada nivel socio-económico, los no derechohabientes siempre se atienden menos, independientemente del tipo de enfermedad. Como un ejemplo, entre los enfermos crónicos en pobreza extrema, tan sólo el 66.4% de los que no son derechohabientes buscan atención médica, en comparación con el 86.5% de los que sí lo son. Además de confirmarse que la disponibilidad de los servicios, por lo menos en términos de derechohabiencia, tiene un fuerte efecto sobre la demanda de atención, los datos sugieren que el impacto es mucho mayor en la población (enferma) pobre que en la no pobre (Diferencias en atención entre derechohabientes y no derechohabientes, pobres extremos: $62.5 - 41.0 = 21.5\%$; pobres: $66.2 - 45.6 = 20.6\%$; no pobres: $64.8 - 51.1 = 13.7\%$).

En el cuadro 5 se examina más de cerca la demanda de atención médica por motivo de atención y cómo varía dicha demanda con la derechohabiencia y en cada estrato de pobreza. Si bien las diferencias en utilización específica van, en todos los casos, en el sentido de que los derechohabientes siempre causan una mayor demanda, la "magnitud" de las diferencias tienen un comportamiento diferente según el tipo de enfermedad para el cual se busca la atención. Para ilustrarlo en forma más clara, se presentan en el cuadro las diferencias en puntos porcentuales de las tasas de utilización general y específicas entre los derechohabientes y los que no lo son, en vez de los resultados presentados en forma de tasas de atención mostrados en el cuadro 4. De haber equidad en la disponibilidad de los servicios, se esperaría que las diferencias en atención fueran nulas y en el mejor de los casos negativas para los más pobres, ya que equidad significa dar más a quien más necesita. Al respecto, es preocupante constatar que los más pobres son los que presentan las diferencias porcentuales más fuertes de utilización de servicios, pero en su contra, en particular para las enfermedades crónicas.

En este sentido, las cifras muestran que para las enfermedades agudas, la derechohabiencia no tiene un efecto sustantivo en utilización de servicios de la población en pobreza extrema, ya que el diferencial de demanda por derechohabiencia es similar entre los extremadamente pobres (17.3 puntos porcentuales: $37.6\% - 20.3\%$) y los no pobres (14.4 puntos porcentuales: $53.0\% - 38.6\%$). Lo mismo sucede para el caso de

la utilización de servicios por incapacidad, en donde las diferencias porcentuales por derechohabencia en cada nivel de pobreza no son tan disimilares: 17.2, 11.3 y 12.4. En contraste, para las enfermedades crónicas, los diferenciales correspondientes son de 20.1 y 11.5 puntos porcentuales, para las lesiones de 14.5 y 1.3, demostrándose con esto el gran efecto de la derechohabencia en la utilización de servicios para atención a estos dos padecimientos, según el nivel de pobreza del enfermo. Aun en el mejor de los casos, cuando los diferenciales de atención por derechohabencia son similares entre los pobres extremos y los no pobres (como para las enfermedades agudas y la incapacidad), el hecho es que la población pobre siempre tiene una doble desventaja: además de tener recursos muy limitados, el sistema de salud mexicano determina que no sean elegibles para utilizar cualquier servicio de salud.

El análisis de los motivos por los cuales los enfermos entrevistados reportaron no haber demandado atención médica, ayuda a comprender los mecanismos a través de los cuales la disponibilidad (en este caso la derechohabencia) tiene un efecto en las tasas de utilización arriba analizadas. En la entrevista, se les preguntó cuál era el motivo por el que, a pesar de haber reportado una necesidad de salud, no acudieron con el médico a atenderse. Los motivos de no atención fueron clasificados en cuatro categorías: la percepción de que la atención no era necesaria, es decir, el pensar que la necesidad de salud (enfermedad), por su tipo o su gravedad, no ameritaba una demanda de atención. Los demás motivos de no atención tienen que ver con tres aspectos de la accesibilidad: los de tipo geográfico (distancias y/o tiempo de traslado demasiado grandes, etcétera); los de tipo económico (costos inaccesibles de transporte, del servicio, etcétera); y aquellos de tipo organizacional en donde se incluyeron todas aquellas características internas de los servicios que dificultan u obstaculizan la obtención de la atención (falta de confianza en el servicio, percepción de maltrato por parte del personal, horarios no convenientes, etcétera). Una de las hipótesis que se exploró es que los motivos de no atención difieren según el tipo de necesidad de salud del que se trata.

Los derechohabientes se distinguen de los que no lo son en que reportan mucho más frecuentemente que el motivo por el cual no solicitaron atención médica fue que no consideraron necesario hacerlo. Esto es cierto independientemente del tipo de enfermedad (cuadro 6). De hecho, para todas las enfermedades, la principal razón por la cual los derechohabientes no demandaron atención es justamente el no haberlo

considerado necesario, es decir, no por problemas de accesibilidad. En el caso de los no derechohabientes esto también sucede, pero sólo para las enfermedades agudas y las lesiones. Los enfermos crónicos y los que padecen de algún tipo de incapacidad reportaron cuestiones de accesibilidad económica a los servicios como principal motivo de no atención.

Con respecto a la accesibilidad, los motivos relacionados con la accesibilidad organizacional son los que se reportan con menor frecuencia y son mencionados más comúnmente por los derechohabientes.

Cuadro 6
Motivo de no atención médica por derechohabiencia
Enfermedades agudas, crónicas, lesiones, incapacidad
Distribución porcentual*

<i>Enfermedades/ motivos de no atención</i>	<i>Derechohabiencia</i>		<i>Total</i>
	<i>Si</i>	<i>No</i>	
Agudas	51.0	70.6	60.2
Consideró no necesario	78.5	63.3	70.1
Accesib. geográfica (1)	12.4	13.5	13.0
Accesib. económica (2)	4.7	20.1	13.4
Accesib. organizac. (3)	4.4	3.0	3.5
Crónicas	11.3	27.6	18.5
Consideró no necesario	44.9	29.4	34.3
Accesib. geográfica (1)	21.4	20.2	20.7
Accesib. económica (2)	15.2	42.3	33.7
Accesib. organizac. (3)	18.5	8.1	11.3
Lesiones	20.0	30.1	23.7
Consideró no necesario	74.6	49.5	60.0
Accesib. geográfica (1)	8.4 **	21.5	16.0
Accesib. económica (2)	3.1 **	20.6	13.2
Accesib. organizac. (3)	14.0	8.4	10.8
Incapacidad	14.8	30.9	21.1
Consideró no necesario	53.5	27.0	34.2
Accesib. geográfica (1)	16.7	22.0	20.6
Accesib. económica (2)	16.7	42.1	35.2
Accesib. organizac. (3)	13.0	8.9	10.0

FUENTE: Análisis secundario de la Encuesta Nacional Salud 1986-1987.

* porcentajes verticales para cada indicador.

** menos de 30 casos.

(1) lejos, falta de tiempo, no hay servicio

(2) caro

(3) falta de confianza, le tratan mal

Los no derechohabientes, por su parte, refieren que el principal motivo por el que no utilizaron los servicios tiene que ver con factores de tipo geográfico y, sobretodo, económico. Para los cuatro tipos de enfermedades específicas analizadas, en comparación con los derechohabientes, los no derechohabientes siempre refieren con más frecuencia que no demandaron atención médica debido al costo del servicio: enfermedades agudas: 20.1% vs 4.7%; enfermedades crónicas: 42.3% vs 15.2%; lesiones: 20.6% vs 3.1%, y limitación de actividad (incapacidad) 42.1% vs 16.7%. Esto indica que cuando hay la oportunidad de utilizar el servicio sin pagar por él en ese momento, la demanda se incrementa.

Como lo demuestran las respuestas de los derechohabientes, una vez superados obstáculos como la falta de disponibilidad de servicios (por derechohabiencia) y el costo de la atención, factores tales como la accesibilidad geográfica (que se derivan de la distribución y regionalización de los servicios) y las características de la relación usuarios-prestadores, se vuelven más determinantes de las tasas de utilización. Así, el derecho a utilizar las instituciones de la seguridad social, la ubicación y el costo de los servicios son atributos de la atención que pueden ser modificados por el sistema de salud a fin de lograr una mayor equidad en la accesibilidad a la atención médica.

Por lo general, la disponibilidad de servicios de atención a la salud está asociada con la de los demás servicios públicos. Ambas decaen rápidamente conforme aumenta el nivel de marginación de las regiones. La disponibilidad de servicios tales como las vías de comunicación y los medios de transporte facilitan la accesibilidad geográfica y económica a los servicios de salud y afectan, por tanto, la utilización de servicios médicos. Esto se puede comprobar si ordenamos las entidades federativas del país de mayor a menor marginalidad³ y analizamos la proporción de enfermos que fueron atendidos en cada una de ellas, como se muestra en el cuadro 7, para cada tipo de enfermedad. Se observa que independientemente del tipo de enfermedad, las tasas de atención médica inferiores al promedio nacional tienden a concentrarse en los primeros estados de la lista. Es decir, hay menor utilización en los estados con menor disponibilidad de servicios en general. Por otro lado, las tasas de atención superiores al promedio nacional corresponden a los estados con menor marginalidad.

³ Con base en el índice de CONAPO, y utilizado para los análisis de mortalidad.

Efecto de la pobreza en la demanda de atención médica por enfermedades específicas

El análisis desarrollado en esta sección consistió en comparar la utilización de servicios de salud de la población pobre y no pobre que reportó tener alguna enfermedad crónica o aguda, o que adolece de algún tipo de incapacidad. Esto con el fin de documentar la inequidad en el acceso a los servicios existente entre estos grupos poblacionales. Los indicadores de utilización de servicios estudiados para cada uno de estos problemas de salud fueron la demanda de atención médica y los motivos de no atención. Para los tres tipos de problema de salud, los resultados encontrados muestran la misma tendencia, aunque con diferentes magnitudes.

Cuadro 7
Con atención médica por entidad federativa
por enfermedades crónicas y agudas, por incapacidad
y por accidente
Tasas por cien

<i>Con atención médica</i>	<i>Variables/categorías</i>			
	<i>Crónicas</i>	<i>Agudas</i>	<i>Incapacidad</i>	<i>Accidente</i>
<i>Total</i>	82.0	39.4	76.9	75.8
OAXACA	71.7	29.5	78.5	55.3
CHIAPAS	75.1	28.6	67.0	57.1
GUERRERO	55.3	27.7	55.0	52.7*
HIDALGO	73.0	33.9	65.9	66.4
TABASCO	84.1	40.7	66.9	62.6*
ZACATECAS	67.2	36.8	71.5	82.5*
VERACRUZ	79.1	32.1	69.0	63.7
SAN LUIS POTOSÍ	76.1	66.8	68.2	70.0
PUEBLA	74.7	34.6	66.9	69.7
MICHOACÁN	83.5	34.3	69.2	66.0
QUERÉTARO	80.3	63.2	76.6	76.0*
QUINTANA ROO	72.2	37.3	84.9*	89.1*
NAYARIT	85.9	40.4	86.7	80.8
TLAXCALA	81.9	48.8	76.5*	56.5*
YUCATÁN	76.9	53.8	71.6	74.3
SINALOA	88.5	43.4	83.2	87.3
CAMPECHE	79.9	39.6	78.7*	71.8*

Continúa cuadro 7

GUANAJUATO	76.1	30.7	70.0	75.5
DURANGO	90.2	70.8	91.7	82.3
MORELOS	85.8	42.8	81.3	74.7
COLIMA	77.2	33.2	79.5*	92.2*
CHIHUAHUA	84.7	36.8	82.2	88.6*
TAMAULIPAS	83.8	39.1	72.5	89.7
BAJA CALIF. SUR	89.0	45.2	75.9*	79.9*
JALISCO	83.0	29.2	84.2	75.7
SONORA	91.1	42.1	86.5	88.7
COAHUILA	89.7	42.2	93.5	84.4
AGUASCALIENTES	84.3	33.8	94.3*	86.2*
MÉXICO	75.8	51.0	74.5	84.5
BAJA CALIF. NORTE	81.4	32.5	90.4	87.0
NUEVO LEÓN	92.3	49.0	86.2	80.7
DISTRITO FEDERAL	91.5	50.2	86.8	76.6

FUENTE: Análisis secundario de la Encuesta Nacional Salud 1986-1987.

* Menos de 30 casos

En cuanto a las enfermedades agudas, los resultados de la ENS arrojan, a nivel nacional, una prevalencia de 13.4% para las infecciones respiratorias, una de 1.6% para la diarrea y una de 1.4% para las demás enfermedades agudas, en los 15 días previos a la entrevista. Cabe notar que el levantamiento de esta encuesta ocurrió durante el invierno, época de máxima incidencia de las enfermedades respiratorias. En cuanto al efecto de los niveles de pobreza, se encontró que estas patologías se incrementan a medida que el nivel de pobreza aumenta. Sin embargo, sucede lo contrario en cuanto a la demanda de atención: como se observa en la figura 1, la tasa de utilización de servicios por enfermedades agudas disminuye conforme aumenta el nivel de pobreza. En esta forma tenemos que de la población en pobreza extrema, sólo el 26.5% recibió atención médica, mientras que el 37% de la población pobre y el 48% de la no pobre fue atendida médicamente. Entre los motivos de no atención, el 42% de los extremadamente pobres reportó no haberse atendido por problemas de acceso a los servicios, mientras que esto es el caso sólo para 18.7% de los no pobres que padecieron una enfermedad aguda y no solicitaron atención por tal motivo. Esta situación ilustra claramente la existencia de una patente inequidad en el acceso a la atención por enfermedades agudas.

Es un hecho que las enfermedades agudas que se reportan en encuestas poblacionales tienen una baja demanda de atención médica porque la

mayoría de las veces se resuelven favorablemente por sí solas y en un periodo corto; es decir, son autolimitadas. Sin embargo, también es cierto que cuando son graves, la falta de atención oportuna puede derivar en la muerte. Ante las enfermedades agudas, la población en pobreza extrema presenta una serie de desventajas: por un lado, además de que tiene menor acceso a servicios no personales de salud, como agua potable y drenaje, las condiciones en las que vive provocan desnutrición, baja higiene e inadecuado abrigo, factores que la ponen en un riesgo mayor de contraer una enfermedad aguda y de que ésta sea de mayor gravedad. Esto se refleja en el hecho de que entre los enfermos que no se atendieron, la percepción de la gravedad de la enfermedad varía en forma directamente proporcional al nivel de pobreza. En otras palabras, a medida que el nivel de pobreza aumenta, menor es la proporción de los enfermos que consideran no necesario el demandar atención médica. Como se observa en la figura 1, entre los pobres extremos, tan sólo el 58% consideraron no necesaria la atención; entre los pobres, el 70.4%, y entre los no pobres, el 81.3%.

Por otro lado, como se menciona anteriormente, cuando se enferma de un padecimiento agudo la población en pobreza extrema tiene una probabilidad 80% mayor de no acudir al médico, en comparación con los no pobres. Todo esto apunta hacia un mayor riesgo de muerte por enfermedades agudas entre los económicamente más desfavorecidos. En este sentido, cabe hacer notar que en las encuestas poblacionales no se registran los casos de personas que ya murieron. Esto implica un subregistro de enfermedades agudas en dichas encuestas, que muy probablemente se concentra en la población pobre por las razones antes descritas.

El estudio del efecto de la pobreza en la demanda de atención médica por enfermedades crónicas presenta un panorama distinto. La ENS reporta que las enfermedades crónicas más frecuentes en la población general fueron la hipertensión arterial, la artritis y la diabetes, con prevalencias de 1.9, 1.4 y 1.1 por ciento, respectivamente. El uso de servicios de salud por este tipo de enfermedades es aproximadamente el doble que para las enfermedades agudas, hecho en gran parte debido a que, como su nombre lo indica, su duración es mucho mayor. Para este tipo de enfermedades, se encontró que las diferencias de demanda de atención médica entre los enfermos de la población pobre (75.3%) y la no pobre (87.1%) son relativamente pequeñas (figura 2).

En cuanto al motivo de no atención, persisten las diferencias de percepción entre los pobres y los no pobres que se encontraron para el

caso de las enfermedades agudas. Comparativamente, con mayor frecuencia los no pobres dicen que no se atienden porque la enfermedad no lo amerita, mientras que los pobres extremos no lo hacen por falta de acceso a los servicios. Muestra de esto es el hecho de que entre los enfermos crónicos en pobreza extrema que no demandaron atención médica, el 74% reportó que fue por problemas de accesibilidad a los servicios, mientras que entre los no pobres, únicamente el 52% no solicitó atención médica por esta razón. Pareciera ser que los pobres, en *comparación con los no pobres, tienen menos recursos para el control y curación de cierto tipo de enfermedades y/o que perciben que la atención de las mismas es un proceso costoso y prolongado, con bajas probabilidades de mejoramiento, por lo que compite con otras necesidades, más inmediatas, de sobrevivencia.*

En resumen, como se observa en el cuadro 8, la tasa de atención médica es menor para las enfermedades agudas que para las crónicas, aunque los diferenciales de atención por niveles de pobreza son mayores para los padecimientos agudos que para los crónicos. Esto no sólo sucede si se analizan globalmente las enfermedades agudas y las crónicas, sino también al analizar enfermedades específicas como la ceguera y la sordera, la desnutrición, la artritis y la epilepsia o el retraso mental. Así, por ejemplo, para los hipertensos (cuadro 9), los cuales se atienden con el médico en un 89%, la variación de demanda entre los pobres extremos y los no pobres es de 2 puntos porcentuales. En contraste, para la ceguera-sordera, en cuyo caso la tasa de atención médica es de 61%, esta diferencia es de 16 puntos.

Finalmente, describiremos la situación de la población que reporta incapacidad. Se denomina incapacidad a la limitación de actividades de la vida diaria que resulta de un problema de salud que puede ser congénito o adquirido. En nuestro país, aproximadamente 2% de la población general presenta este problema de salud, siendo más frecuente la limitación de actividades de origen adquirido. La población en pobreza extrema tiene una probabilidad 50% mayor de tener alguna incapacidad debida a enfermedades congénitas y una alrededor de 150% mayor de tener una incapacidad debida a problemas de salud adquiridos o por accidentes. Probablemente la mayor frecuencia de estos problemas en los grupos sociales menos favorecidos es consecuencia de condiciones de vida que conducen a padecimientos que al no ser atendidos oportuna y adecuadamente, producen secuelas incapacitantes.

Cuadro 8
Atención médica de enfermedades crónicas por niveles de pobreza

<i>Tasas por cien</i>					
	<i>Hipertensión</i>	<i>Epilepsia</i>	<i>Artritis</i> <i>Retr. Ment.</i>	<i>Desnutrición</i>	<i>Ceguera</i> <i>Sordera</i>
<i>menor utilización general de servicios</i>					
Con atención médica	89	75	70	65	61
no pobres*	89	88	79	80	71
pobres	89	82	74	73	66
pobres extremos	87	71	60	52	55
Diferencia porcentual	2	17	19	28	16
<i>mayores diferenciales entre niveles de pobreza</i>					

FUENTE: Análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud 1986-1987.

Cuadro 9
Atención médica de enfermedades agudas y de enfermedades crónicas por niveles de pobreza
Tasas por cien

	<i>Enfermedades crónicas</i>	<i>Enfermedades agudas</i>
<i>menor utilización general de servicios</i>		
Con atención médica	82	39
no pobres*	87	48
pobres	83	37
pobres extremos	75	27
Diferencia porcentual	12	21
<i>mayores diferenciales entre niveles de pobreza</i>		

* Categoría de referencia

FUENTE: Análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud 1986-1987

El hecho de que los pobres tengan una probabilidad dos veces mayor de tener una incapacidad por cualquiera de estas causas, indica que tienen mayores necesidades de atención por este problema de salud. Sin embargo, los resultados muestran que se atienden mucho menos (figura 3). De hecho, los pobres extremos tienen una probabilidad dos veces mayor de no haber recibido atención médica (28.4%), comparado con los incapacitados no pobres (16.2%). Tanto la limitación de actividades como la muerte son eventos tardíos en la evolución de determinadas patologías. En consecuencia, su prevención es secundaria y su atención es esencialmente en unidades de tercer nivel y requiere de servicios de rehabilitación, mismos que son, por definición, más escasos y concentrados en las grandes urbes.

Esto se refleja en los motivos de no atención que fueron reportados, ya que se encontró que el 75.2% de las personas en pobreza extrema con alguna incapacidad no solicitó atención por problemas de acceso a los servicios de salud, en comparación con tan sólo el 35.8% de las personas no pobres con el mismo problema. Esto contrasta remarcadamente con el patrón de los que no buscaron atención porque no lo consideraron necesario: la proporción es de 21.4% para los pobres extremos de 24.8% para los pobres y para los no pobres de 64.2%. Es decir, existe una necesidad sentida del servicio mucho mayor entre los pobres y, sin embargo, para ellos, los problemas de acceso son mucho mayores.

El análisis de la incapacidad, además de ilustrar el efecto de la inequidad en la salud y en el acceso a los servicios de salud, permite proyectar dichas consecuencias. La población pobre tiene una probabilidad mucho menor de tener derecho a las prestaciones de seguridad social, las cuales protegen al trabajador y a sus familias en casos de incapacidad: según la ENS, las tasas de derechohabiencia son de 35% para la población en pobreza extrema, de 44% para la población pobre y para la no pobre de 64%. De esta manera, la población en condiciones de pobreza extrema tiene una menor protección, a la vez, de su salud y de sus ingresos y, por otra parte, el hecho de tener un problema de salud discapacitante le genera menores oportunidades de trabajo y, en consecuencia, de lograr una mínima calidad de vida para su sobrevivencia. En conclusión, la pobreza no sólo ocasiona mayores riesgos de salud y una menor probabilidad de atención, sino que estas desventajas conllevan, a su vez, a una mayor probabilidad de ser aún más pobres, los más pobres dentro de los que ya viven en pobreza extrema.

Debido a esta situación, los programas sociales orientados a disminuir los efectos de la pobreza en la salud deben incluir estrategias no sólo para elevar la accesibilidad general de los servicios y buscar la equidad en el acceso a los servicios de salud, tanto preventivos como curativos y de rehabilitación, sino que también deben integrar acciones para elevar la calidad de vida y, básicamente, para ofrecer mayores oportunidades de empleo.

Figura 1
ENFERMEDADES AGUDAS
ATENCIÓN MÉDICA Y CAUSAS DE NO ATENCIÓN POR POBREZA
 Fuente: análisis secundario de la ENS (1986-1987)

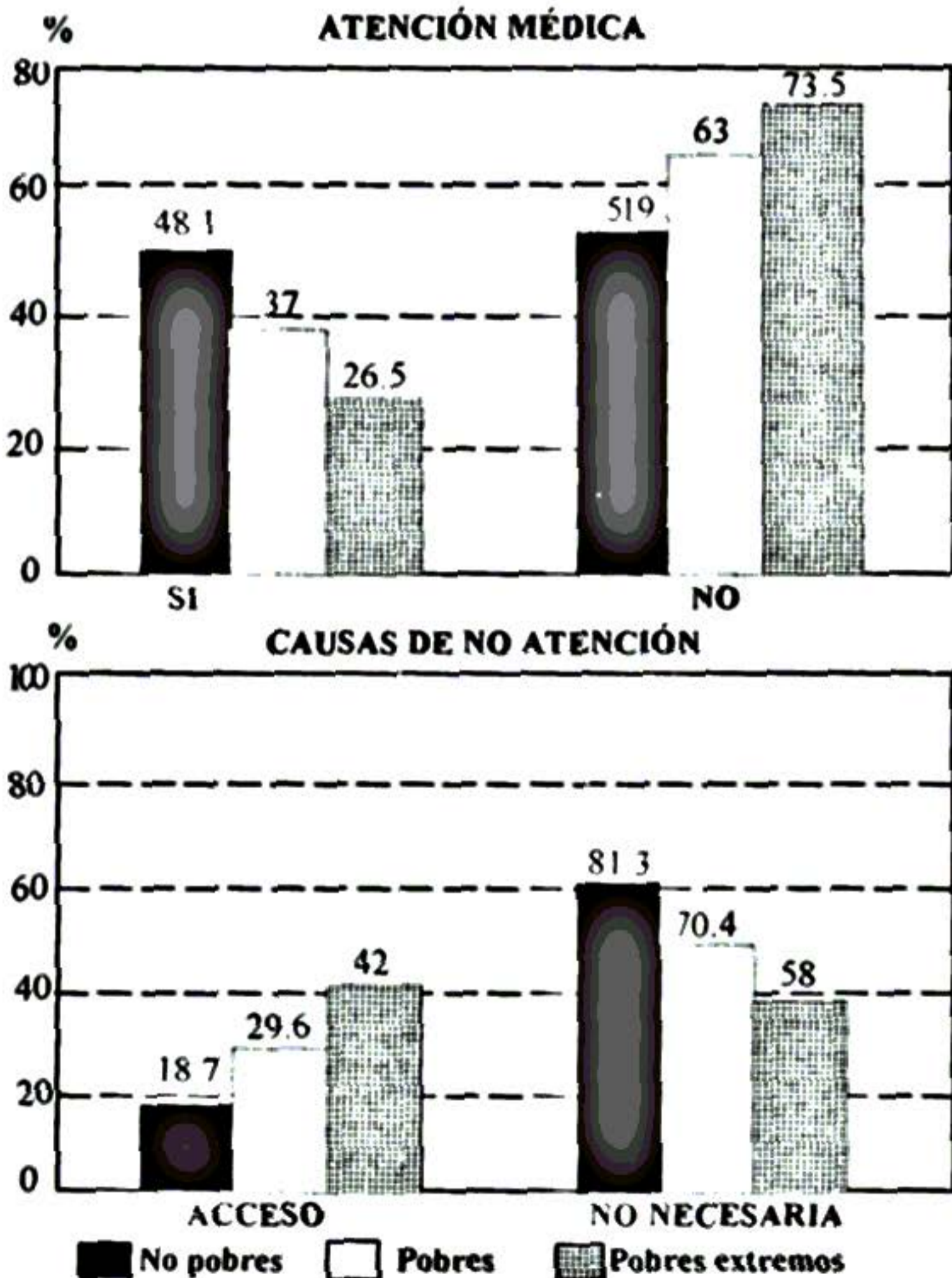


Figura 2
ENFERMEDADES CRÓNICAS
ATENCIÓN MÉDICA Y CAUSAS DE NO ATENCIÓN POR POBREZA
 Fuente: análisis secundario de la ENS (1986-1987)

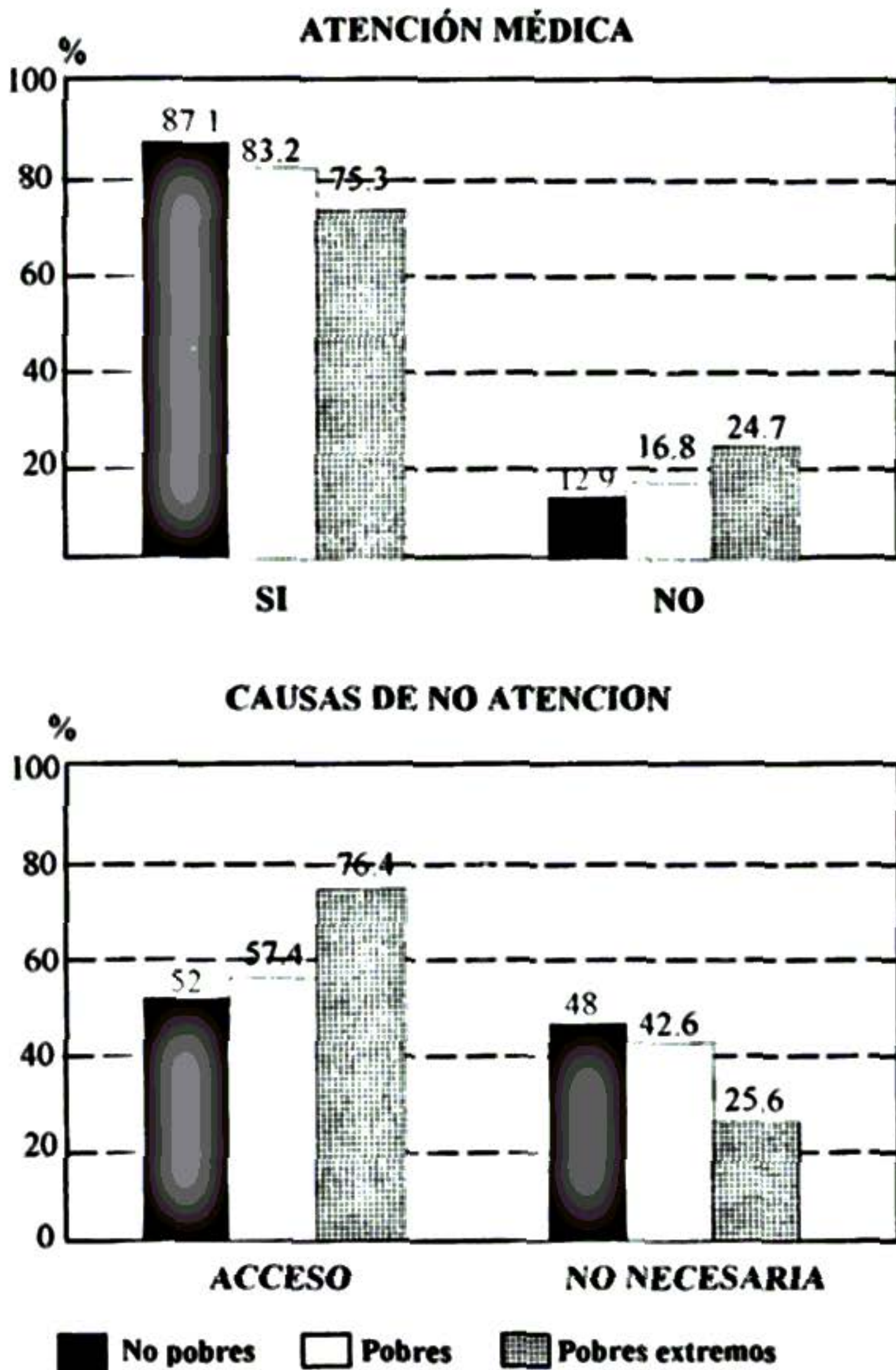


Figura 3
INCAPACIDAD POR POBREZA
ATENCIÓN MÉDICA Y CAUSAS DE NO ATENCIÓN
Fuente: análisis secundario de la ENS (1986-1987)

