

Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022

Sergio Bautista-Arredondo, M en Econ de la Salud,⁽¹⁾ Adriana Vargas-Flores, M en C en Econ de la Salud,⁽¹⁾ Luis Alberto Moreno-Aguilar, M en C en Econ de la Salud,⁽¹⁾ M Arantxa Colchero, D en Salud Int.⁽¹⁾

Bautista-Arredondo S, Vargas-Flores A, Moreno-Aguilar LA, Colchero MA. Utilización de servicios de salud en México: cascada de atención primaria en 2022. *Salud Publica Mex.* 2023;65(supl 1):S15-S22. <https://doi.org/10.21149/14813>

Resumen

Objetivo. Presentar un panorama descriptivo de las elecciones de la población mexicana frente a una necesidad de salud en 2022. **Material y métodos.** Se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022. **Resultados.** De 24.6% de la población que informó haber tenido una necesidad de salud en los últimos tres meses, 44% recibió atención en servicios públicos. El uso de servicios privados es extensivo a toda la población, pero fue más elevado en aquellos sin derechohabiencia. Se encontró que 71% de los motivos por los que las personas no se atendieron en el lugar que les correspondía de acuerdo con su derechohabiencia tuvo que ver con el acceso y 21% con la percepción de calidad. Entre los motivos de acceso para elegir el lugar donde se atendieron destacan la afiliación, la cercanía y el costo. En cuanto a la calidad, resaltan la atención rápida y la satisfacción con la atención. **Conclusiones.** Con el fin de reducir la desigualdad de acceso y el gasto de bolsillo asociado con un mayor uso de servicios privados, sobre todo entre la población sin seguridad social, mejorar el acceso (como la distancia, los horarios de atención, las barreras burocráticas) puede ayudar a avanzar en este objetivo.

Palabras clave: servicios públicos de salud; sector privado; prestación de atención de salud; México

Bautista-Arredondo S, Vargas-Flores A, Moreno-Aguilar LA, Colchero MA. Health services utilization in Mexico: the 2022 cascade of care. *Salud Publica Mex.* 2023;65(supl 1):S15-S22. <https://doi.org/10.21149/14813>

Abstract

Objective. To describe the selection of health care providers for a health need among the Mexican population in 2022. **Materials and methods.** We used the *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022*. **Results.** From 24.6% of the population that reported a health need in the last three months, 44% received care in public health facilities. The use of private services was extensive but was higher for the population without social security. We found that 71% of the reasons for not selecting the facility of their affiliation is access and 21%, perceived quality. The reasons to select the facility where they received care included affiliation, distance and cost; quality aspects were rapid care and satisfaction with service. **Conclusions.** Improving access (distance, service hours, bureaucratic barriers) could help reduce the inequalities on health care access and out-of-pocket expenditures associated with the use of private services, particularly among the population without social security.

Keywords: public health services; private sector; delivery of health care; Mexico

Garantizar el derecho a la salud es uno de los propósitos fundamentales del Estado. El ejercicio pleno de este derecho requiere la intervención de múltiples sectores y servicios a lo largo de la vida, dado el carácter multidimensional de la salud, pero es probablemente

cuando las personas enfrentan una necesidad inminente de salud, que se vuelve más claro en qué medida el Estado está respondiendo adecuadamente.

En México, el acceso al derecho a la salud ha estado condicionado al estatus laboral de los ciudadanos y

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

Fecha de recibido: 10 de marzo de 2023 • **Fecha de aceptado:** 3 de abril de 2023 • **Publicado en línea:** 8 de junio de 2023

Autor de correspondencia: M Arantxa Colchero. Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México. Correo electrónico: acolchero@insp.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

ciudadanas.¹ Aquellos que tienen empleo en los sectores formales de la economía gozan de los beneficios de la seguridad social, que incluye el acceso universal a servicios médicos gratuitos. Este grupo conforma aproximadamente 40% de la población. El otro 60%, que son empleados y autoempleados del sector informal de la economía, han tenido acceso a servicios médicos públicos provistos por la Secretaría de Salud (SS) y los servicios estatales de salud. Sin embargo, no todos los servicios están disponibles y, a menudo, las personas han tenido que incurrir en gastos de bolsillo para pagar medicamentos, laboratorios y otros insumos necesarios para su atención.² Entre 2018 y 2021, el porcentaje de personas que reportaron haber resuelto su problema de salud más reciente en el sector público osciló entre 41 y 34%, respectivamente.^{3,4}

Paralelamente, el vasto sector privado atiende las necesidades de salud de la población. Desde que las autoridades mexicanas regularon en 2010 la prescripción de antibióticos que previamente se vendían sin receta médica, los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) han crecido sostenidamente.⁵ Aunque este tipo de establecimientos a menudo cuentan con instalaciones muy básicas,⁶ y el hecho de ser anexos que pertenecen a las farmacias plantea un potencial conflicto de interés para los médicos que atienden en ellos,⁵ la población los utiliza con frecuencia. El uso de CAF entre la población mexicana ha pasado de 17 a 18% entre 2018 y 2021.⁴ Aunque el grupo que más los utiliza es la población sin seguridad social (24% en 2021), incluso 13.1% de beneficiarios del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (sector formal privado) y 10.4% del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (empleados del gobierno), reportaron haber acudido a un CAF la última vez que tuvieron una necesidad de salud.⁴ En ambos casos, es en la presencia de problemas agudos de salud cuando más optan por CAF.⁷ Para atenderse por problemas de salud crónicos, es más probable que regresen al sector público.⁷ Sin embargo, actualmente no hay evidencia que documente los motivos específicos detrás de su elección.

En este estudio se describe la demanda de servicios de salud en México en 2022. Se aborda específicamente la cascada de atención, es decir, se examina la proporción de la población que presentó una necesidad de atención médica, que buscó atención, recibió atención y finalmente se atendió en el sector público. Asimismo, se describe el lugar donde se brindó atención médica a la población que recibió servicios y se contrasta con su derechohabiencia. Finalmente, se analizan los motivos que llevan a la población a elegir un determinado lugar de atención médica y los motivos por los cuales no se atienden en el lugar que les corresponde, de acuerdo con

su derechohabiencia o en las unidades de la SS para la población sin seguridad social.

Material y métodos

El presente estudio describe la demanda de los servicios de salud en México durante el año 2022, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua (Ensanut Continua).⁸ La Ensanut es una encuesta representativa a nivel nacional que incluye una muestra de hogares urbanos/rurales, dividida en nueve regiones. Los objetivos de la encuesta incluyen la estimación de la prevalencia de Covid-19, sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión, la vacunación y la utilización de servicios de salud.⁹

Para describir la cascada de atención, el lugar de atención y la comparación con la derechohabiencia, se utilizó información de una muestra de 10 465 hogares, sobre el uso de servicios de salud de todos los miembros del hogar reportada por el informante clave del hogar designado. Primero, se analizó la cascada de atención para la población que reportó alguna necesidad de salud en los últimos tres meses. Se determinó qué porcentaje buscó atención, cuántos recibieron atención y qué proporción se atendió en el sector público.¹⁰

En un segundo análisis, se describió la distribución del lugar donde se atendió la población, diferenciando entre el sector público (IMSS, SS, ISSSTE y otros públicos para trabajadores de las Secretarías de Defensa [Sedena] y Marina [Semar] o de Petróleos Mexicanos [Pemex]), y el sector privado (consultorios en domicilio del médico, CAF, consultorios en hospitales, consultorios en torres médicas, urgencias/hospitalización en hospital y otros privados).

En un tercer análisis, se describió la distribución de la derechohabiencia, la cual se compone de los afiliados al IMSS, ISSSTE y otros públicos, población sin derechohabiencia y población con seguro médico privado. Se contrastó la derechohabiencia con el lugar donde se atendió la población que recibió atención, considerando que la población sin derechohabiencia puede acudir a las unidades de atención de la SS.

Finalmente, se utilizó una submuestra de 4 229 individuos que recibieron atención con información individual más detallada sobre su experiencia en el servicio al que acudieron. Se analizaron los motivos por los cuales los usuarios eligieron el lugar donde se atendieron, clasificando los motivos en factores asociados con el acceso (como afiliación, cercanía, costo, servicios ofrecidos, horario de atención y no requerir agendar cita) y la calidad (atención rápida y satisfacción).

También se analizaron los motivos por los cuales la población no se atendió en el lugar que le correspondía,

de acuerdo con su derechohabencia o en las unidades de la SS para población sin seguridad social, clasificando los motivos en factores asociados con el acceso (como citas que se dan dentro de mucho tiempo, distancia, servicios no disponibles para la necesidad y trámites excesivos) y la calidad (tiempos de espera, no satisfecho con la atención, poco tiempo de consulta y no satisfecho con las instalaciones).

Se llevaron a cabo los análisis de la cascada de atención, así como de los motivos por los que se eligió el lugar de atención y por los que la población no acudió al lugar correspondiente a su derechohabencia o a las unidades de la SS para la población sin seguridad social. Estos análisis se realizaron para toda la población y se estratificaron por sexo y tipo de localidad.

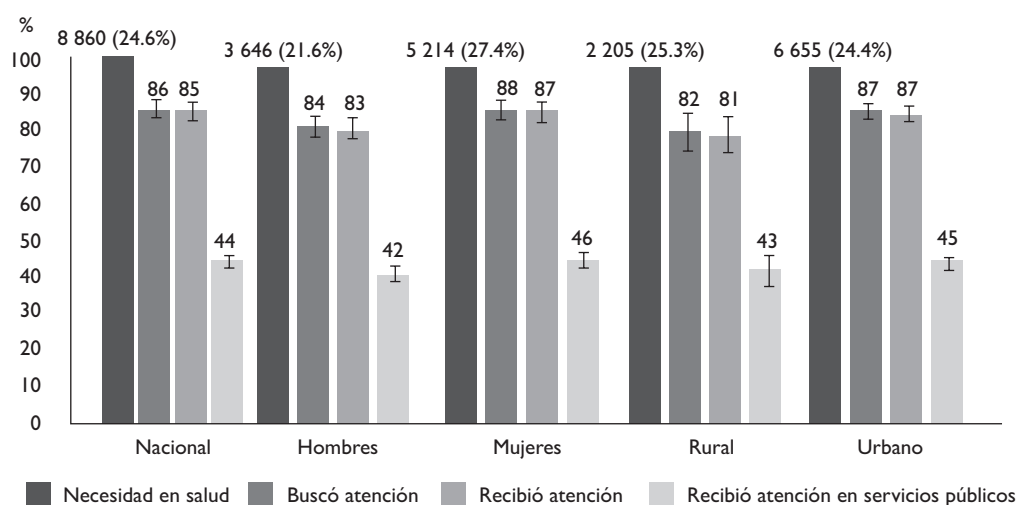
Resultados

La figura 1 presenta la cascada de atención. De 24.6% de la población que informó haber tenido una necesidad de salud en los últimos tres meses, 86% buscó atención, 85% recibió atención y 44% recibió atención en servicios públicos. Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres a lo largo de la cascada. Una mayor proporción de mujeres informó una necesidad de salud (27.4%) en comparación con los hombres (21.6%). Una mayor proporción de mujeres buscó atención, recibió atención y se atendió en el sector público (88, 87 y 46%) en comparación con los hombres (84, 83 y 42%). Tam-

bién, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tipos de localidades: las personas que viven en áreas urbanas buscaron atención, recibieron atención y se atendieron en el sector público en mayor medida que quienes viven en áreas rurales.

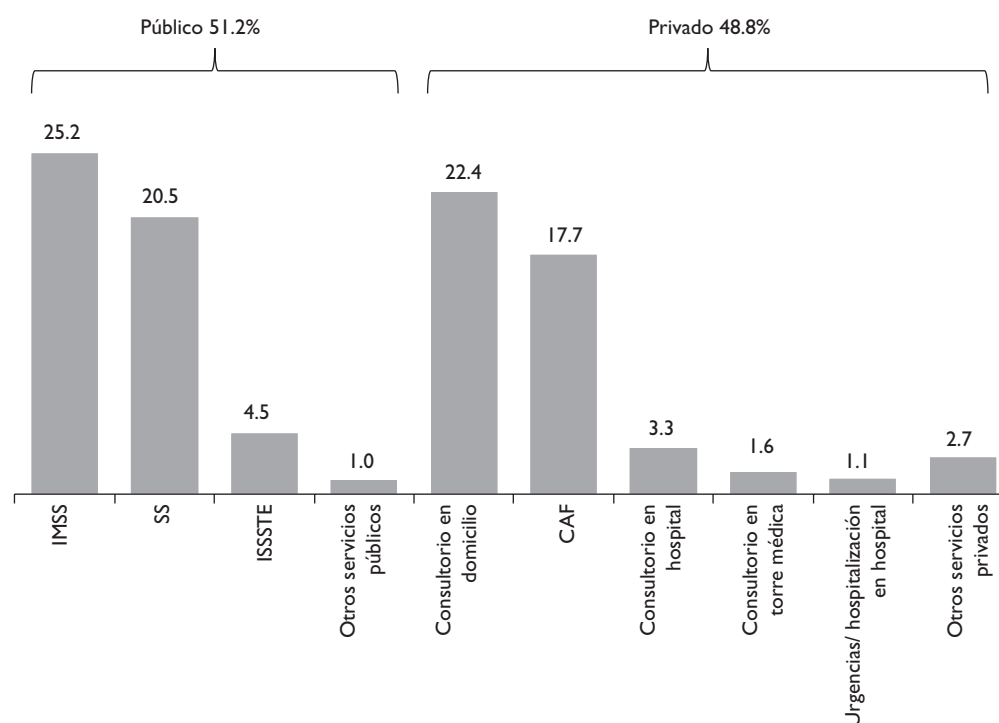
La figura 2 muestra la distribución del lugar donde se atendió la población. De 51.2% que se atendió en el sector público, 25.2% lo hizo en el IMSS, 20.5% en unidades de salud de la SS, 4.5% en el ISSSTE y 1% en otros servicios públicos. De 48.8% que se atendió en servicios privados, 22.4% fue en consultorio en domicilio del médico, 17.7% en CAF, 3.3% en consultorio en hospital, 1.6% en consultorio en torre médica, 1.1% en urgencias/hospitalización en hospital y 2.7% en otros servicios privados.

La figura 3 presenta la distribución del lugar de atención, por tipo de derechohabencia. La primera columna muestra que 41.4% de la población está afiliada al IMSS, 8.1% al ISSSTE, 1.2% a otros servicios públicos, 48.8% no tiene seguridad social y 0.5% tiene un aseguramiento privado. Desde la columna dos a la seis se observa que 59.6% de los afiliados al IMSS se atendió en unidades de salud del IMSS, mientras que 23.2% se atendió en unidades privadas y 11.3% en CAF. De los afiliados al ISSSTE, 50.8% se atendió en sus unidades de salud, mientras que 31.9% se atendió en unidades privadas y 8.9% en CAF. Se encontró que 37.5% de la población sin derechohabencia se atendió en unidades de salud de la SS, 24.9% en CAF y 35.6% en unidades



Nota: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 (Ensanut 2022).⁸ Los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. Existen diferencias estadísticamente significativas por sexo y por tipo de localidad para la proporción que buscó atención, que recibió atención y que utilizó los servicios públicos de salud. IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

FIGURA 1. CASCADA DE ATENCIÓN EN SERVICIOS PÚBLICOS DE LA POBLACIÓN QUE REPORTÓ TENER UNA NECESIDAD DE SALUD EN 2022, POR SEXO Y POR TIPO DE LOCALIDAD. MÉXICO, ENSANUT CONTINUA 2022



Nota: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 (Ensanut 2022).⁸ Los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SS: unidades de salud de la Secretaría de Salud; CAF: consultorios médicos pertenecientes a farmacias. Otros servicios públicos: Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina. Otros servicios privados: organización médico-laboral, atención privada vía remota, practicantes de medicina tradicional.

FIGURA 2. LUGAR DE ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE REPORTÓ TENER UNA NECESIDAD DE SALUD (N=7 621). MÉXICO, ENSANUT CONTINUA 2022

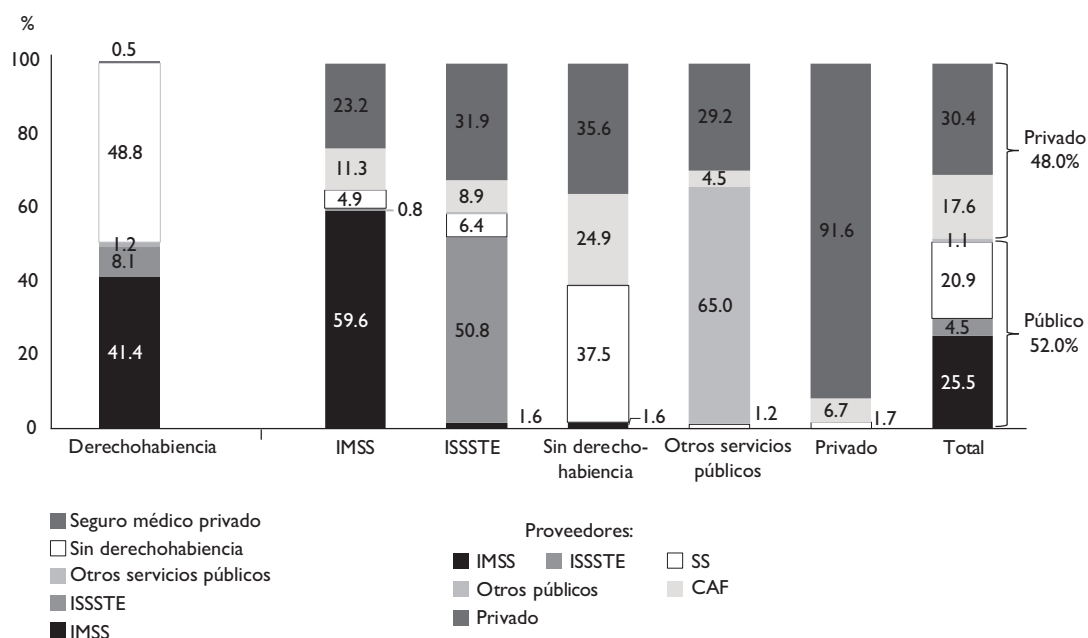
privadas. Además, 65% de la población afiliada a otros servicios públicos se atendió en el lugar correspondiente, mientras que 29.2% se atendió en unidades privadas y 4.5% en CAF. Por último, 91.6% de la población con seguro médico privado se atendió en unidades privadas, 6.7% en CAF y 17% en unidades de salud de la SS. En general, 48% de la población se atendió en unidades privadas, 36% en CAF y 52% en el sector público.

En el cuadro I se presentan los motivos de elección del lugar donde se atendió. Estas preguntas se hicieron a una submuestra de usuarios. Se encontró que 90% de los motivos de elección estaban relacionados con el acceso, mientras que 9% con la calidad. Los motivos principales relacionados con el acceso fueron tener afiliación (36%), cercanía (23%) y bajo costo (8%). Los motivos principales relacionados con la calidad fueron atención rápida (4%) y satisfacción con la atención médica (3%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, pero sí por tipo de localidad. En la población que vive en áreas rurales, los motivos principales relacionados con el acceso fueron cercanía (29%), tener afiliación (19%) y bajo costo (11%). En áreas urbanas,

los motivos principales fueron tener afiliación (40%), cercanía (22%) y bajo costo (8%).

El cuadro II presenta los motivos por los que los usuarios decidieron no atenderse en el sector público, según su derechohabencia. Las respuestas corresponden a los entrevistados que eligieron una única opción. Se observó que 71% de los motivos se relacionaron con el acceso, 21% con la calidad y 8% con otros motivos. Por lo que respecta a los motivos relacionados con el acceso, los principales factores fueron el tiempo de espera para obtener una cita (19%), la distancia al centro de atención (18%), la falta de servicios necesarios (11%) y la falta de disponibilidad de servicios en el horario requerido (10%). Por otro lado, los motivos más importantes en cuanto a la calidad de los servicios fueron que la necesidad del paciente ya estaba siendo atendida por un médico privado (5%), el tiempo de espera para recibir atención médica era excesivo (5%) y la falta de amabilidad del personal de salud (5%).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los sexos, pero sí se observaron diferencias según el tipo de localidad. En las áreas urbanas, los



Nota: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 (Ensanut 2022).⁸ Los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. La primera columna muestra la distribución de derechohabiciencia. Las siguientes columnas agrupan a la población de acuerdo con su derechohabiciencia. Dentro de cada columna se muestra la distribución de los proveedores de atención utilizados para la última necesidad de salud reportada en los últimos tres meses. IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; SS: unidades de salud de la Secretaría de Salud; CAF: consultorios médicos pertenecientes a farmacias. Otros servicios públicos: Pretróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina.

FIGURA 3. DISTRIBUCIÓN DE PROVEEDORES DE ATENCIÓN MÉDICA POR TIPO DE AFILIACIÓN DE LA POBLACIÓN QUE RECIBIÓ LA ATENCIÓN. MÉXICO, ENSANUT CONTINUA 2022 (N=7 516)

principales motivos relacionados con el acceso fueron la tardanza en la obtención de citas (20%), la distancia al centro de atención (20%) y la falta de servicios necesarios (9%); mientras que en las áreas rurales, los motivos más importantes fueron la falta de servicios necesarios (18%), la tardanza en la obtención de citas (17%) y la distancia (14%). Por su parte, en las áreas urbanas, los principales motivos relacionados con la calidad de los servicios fueron que la necesidad ya estaba siendo atendida por un médico privado (6%), el tiempo de espera (6%) y la falta de amabilidad del personal de salud (5%); mientras que en las áreas rurales, los motivos más importantes fueron la falta de confianza en el diagnóstico o tratamiento (5%), que la necesidad ya estaba siendo atendida por un médico privado (4%) y el tiempo de espera excesivo para recibir atención médica (2%).

Discusión

En el presente estudio se describe la cascada de atención primaria en México, que mide algunos pasos clave en el proceso de búsqueda y acceso a la atención, frente a un problema o necesidad de salud. Se analiza el lugar

de atención, la distribución de la derechohabiciencia, los motivos de elección del lugar de atención y los motivos por los cuales la población no se atiende en el lugar que le corresponde, de acuerdo con su tipo de derechohabiciencia. El principal objetivo de este análisis fue presentar un panorama descriptivo de las elecciones de la población mexicana, frente a una necesidad de salud en 2022.

De acuerdo con la cascada de atención, se encontró que 44% de la población que reportó una necesidad de salud se atendió en el sector público, lo cual representa un aumento con respecto a años anteriores de 41% en 2018 y 34% en 2021.^{3,4} Aunque el uso de servicios públicos sigue siendo bajo, el aumento posiblemente refleja que tanto la oferta como la demanda de atención se han recuperado después de la pandemia. Existe una mayor disponibilidad de hospitales públicos que en 2020 se “reconvirtieron” para atender a pacientes con Covid-19.^{11,12} También, durante la pandemia la demanda de atención disminuyó por temor a contagiarse en las instalaciones de servicios públicos.⁴

Se encontraron diferencias en la cascada de atención por sexo y tipo de localidad. En general, las mujeres re-

Cuadro I
MOTIVOS DE ELECCIÓN DEL LUGAR DONDE SE ATENDIÓ. MÉXICO, ENSANUT CONTINUA 2022 (N=4 175)*

Motivo	Total %	Sexo [‡]		Tipo de localidad [§]	
		Hombre %	Mujer %	Rural %	Urbano %
Acceso	90.02	89.02	91.02	91	90.03
Tiene afiliación	36	38	34	19	40
Está cerca	23	24	23	29	22
Es barato/No cuesta	8	6	10	11	8
Esta unidad ofrece el servicio que necesito	5	5	5	9	4
El horario de atención es amplio	5	5	5	6	5
No es necesario agendar cita	5	4	5	7	4
No tuve otra opción	4	4	4	6	3
Se tardan poco en dar cita	3	2	3	2	3
Es fácil agendar una cita	1	1	2	2	1
Otros de acceso [#]	0.02	0.02	0.02	0	0.03
Calidad	9	9	9	9	9
Le atienden rápido	4	5	4	4	4
Le gusta cómo lo(a) atienden	3	2	3	2	3
Otros de calidad [§]	2	2	2	3	2
Otros [‡]	0.4	0.4	0.3	0.3	0.4

Nota: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición).[§] Los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. * Se consideró el primer motivo de elección. [‡] Diferencia no estadísticamente significativa entre hombre y mujer (valor de $p=0.681$). [§] Diferencia estadísticamente significativa entre urbano y rural (valor $p<0.001$). [#] Incluye costo. [§] Incluye conoce al prestador de servicios de salud, recomendación del lugar/prestador, ya tenía cita y vio publicidad del sitio. [‡] Incluye Covid-19 y otros motivos que no se pudieron clasificar.

portaron más necesidades de salud, fue más probable que buscaran atención y que la recibieran en servicios públicos (cuatro puntos porcentuales más), comparadas con los hombres. Por otro lado, aunque el porcentaje de la población que reportó alguna necesidad de salud en los últimos tres meses no fue estadísticamente distinta en las comunidades rurales (25.3%) y urbanas (24.4%). La probabilidad de buscar atención sí fue diferente: 87% en zonas urbanas contra 82% en las rurales. Dado que en zonas rurales es más alta la prevalencia de pobreza,^{13,14} estos resultados sugieren que las familias más pobres siguen enfrentando más barreras para acceder a la atención médica.

A pesar de una ligera reducción, el uso de servicios privados sigue siendo elevado, especialmente entre la población sin seguridad social (60.5%). El análisis de los motivos por los que las personas no se atendieron en el lugar que les correspondía, de acuerdo con su derechohabiencia muestra que 71% son por acceso y 21% por la percepción de calidad.

Entre los motivos de acceso para elegir el lugar donde se atendieron destacan la afiliación, la cercanía y el costo. En cuanto a la calidad, resalta atención rápida y satisfacción con la atención.

El estudio tiene algunas limitaciones. El análisis descriptivo presentado en este trabajo no permite sacar conclusiones causales sobre las decisiones de las y los mexicanos frente a un problema de salud. Los resultados permiten describir las proporciones de dichas elecciones y la distribución de motivos expuestos por ellos mismos, sin embargo, es pertinente conducir análisis más profundos que permitan obtener respuestas más puntuales para el diseño de políticas encaminadas a mejorar el acceso universal a la salud en México.

Los análisis presentados documentan un ligero aumento en el acceso a servicios médicos públicos en México en 2022 respecto a los años anteriores.^{3,4} Sin embargo, también se ha documentado que el uso de servicios privados sigue siendo muy elevado. Con el fin de reducir la desigualdad de acceso y el gasto de bolsillo asociado con un mayor uso de servicios privados, sobre todo entre la población sin seguridad social, los presentes resultados sugieren que existen aspectos que pueden mejorar el acceso (como la distancia, los horarios de atención, las barreras burocráticas) y pueden ayudar a avanzar en este objetivo.

Cuadro II
MOTIVOS PARA NO ATENDERSE EN EL LUGAR DE DERECHOHABIENTIA O EN SECRETARÍA DE SALUD.
MÉXICO, ENSANUT CONTINUA 2022 (N=1 156)*

Motivo	Total %	Sexo [‡]		Tipo de localidad [§]	
		Hombre %	Mujer %	Rural %	Urbano %
Acceso	71	73.4	69	73	71
Me dan cita dentro de mucho tiempo	19	22	17	17	20
Está muy lejos el lugar donde me toca ir	18	17	19	14	20
No tienen el servicio que necesito	11	11	11	18	9
No había servicio en el horario en que lo necesitaba	10	11	10	13	9
Trámites (no cumplimiento)	5	5	5	5	5
Me tengo que formar para recibir una ficha para que me den cita	5	5	4	3	5
Desconocimiento de la existencia del servicio	2	2	2	2	2
Otros de acceso [#]	1	0.4	1	1	1
Calidad	21	20.4	21	15.5	23
Mi necesidad de salud ya está siendo atendida por un médico privado [‡]	5	6	5	4	6
El tiempo de espera para pasar a consulta es muy largo	5	5	5	2	6
No me gusta la atención que dan/no son amables	5	4	5	2	5
En general no confío en el diagnóstico/tratamiento	3	4	3	5	3
No dedican suficiente tiempo a la consulta	2	1	2	2	2
No me gustan las instalaciones/equipo del lugar	1	0.4	1	0.5	1
Otros [‡]	8	6	9	10	7

Nota: Elaboración propia con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 (Ensanut).[§] Los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. * Población que contestó una sola opción de motivo. ‡ Diferencia no estadísticamente significativa entre hombre y mujer (valor de $p < 0.494$). § Diferencia estadísticamente significativa urbano/rural (valor de $p < 0.006$). # Incluye pago de consultas, medicamentos, laboratorios, otros pagos y costo. ‡ De la población que atendió su necesidad de salud con un médico privado: 68% no tenía derechohabencia, 28% era derechohabiente a Instituto Mexicano del Seguro Social y 4% a Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. ‡ Incluye Covid-19 y otros motivos sin identificar.

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

Referencias

- Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril VM, Knaut FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex.* 2011;53(Supl. 2):S220-32 [citado febrero 2023]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5043/4869>
- Sesma-Vazquez S, Pérez-Rico R, Martínez-Monroy T, Lemus-Carmona EA. Gasto privado en salud por entidad federativa en México. *Salud Publica Mex.* 2005;47(Supl. 1):S27-36 [citado febrero 2023]. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/4686/4534>
- Colchero MA, Gómez R, Figueroa JL, Rodríguez-Atristain A, Bautista-Arredondo S. Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018. *Salud Publica Mex.* 2020; 62(6):851-8. <https://doi.org/10.21149/11547>
- Colchero MA, Gómez R, Pineda-Antúnez CJ, Bautista-Arredondo SA. Health care utilization during the Covid-19 pandemic in Mexico: the cascade of care. *Salud Publica Mex.* 2021;63(6):743-50. <https://doi.org/10.21149/12894>
- Funsalud. Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas. México: Funsalud, 2014 [citado febrero 2023]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/305319200_Estudio_sobre_la_practica_de_la_atencion_medica_en_consultorios_medicos_adyacentes_a_farmacias_privadas
- Díaz-Portillo SP, Idrovo AJ, Dreser A, Bonilla FR, Matías-Juan B, Wirtz VJ. Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Publica Mex.* 2015;57(4):320-8 [citado febrero 2023]. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7575/10185>
- Colchero MA, Gómez R, Bautista-Arredondo S. Elección de proveedores de servicios de atención y necesidades de salud de la población mexicana, 2021. *Salud Publica Mex.* 2023;65(1):28-35. <https://doi.org/10.21149/14107>
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2022. Cuernavaca: INSP, 2022 [citado febrero 2023]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/index.php>
- Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, et al. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 y Planeación y diseño de la Ensanut Continua 2020-2024. *Salud Publica Mex.* 2022;64(5):522-9. <https://doi.org/10.21149/14186>
- Colchero MA, Gómez R, Bautista-Arredondo S. Caracterización de la "cascada de atención" en servicios públicos en México en localidades de menos de 100 000 habitantes. *Salud Publica Mex.* 2019;61(6):734-41. <https://doi.org/10.21149/10570>

11. Sheinbaum-Pardo C. Cuarto Informe de Gobierno de la Ciudad de México, 2019-2022. México: Gobierno de la Ciudad de México, 2022 [citado febrero 2023]. Disponible en: https://informedegobierno.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2022/09/Cuarto_Informe_compressed.pdf

12. Sheinbaum-Pardo C. Tercer Informe de Gobierno de la Ciudad de México, Agosto 2020-Julio 2021. México: Gobierno de la Ciudad de México, 2021 [citado febrero 2023]. Disponible en: https://informedegobierno.cdmx.gob.mx/wp-content/uploads/2021/09/Tercer-Informe-de-Gobierno-2020-2021_compressed.pdf

13. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de la pobreza multidimensional en México, 2020. Metodología actualizada 2018-2020. Ciudad de México: Coneval, 2022 [citado febrero 2023]. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Paginas/Mosaicos/Informe_de_pobreza_2020.aspx

14. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Pobreza rural en México. Lo que se mide se puede mejorar. Ciudad de México: Coneval, 2019 [citado febrero 2023]. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/PATP/Pobreza_rural.pdf