

Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud

José de Jesús Vértiz-Ramírez, M en Invest de Serv de Salud,^(1,2) Paula Ramírez-Palacios, D en C,⁽¹⁾ Gabriela Ríos-Cázares, D en C,⁽³⁾ Mario Salvador Sánchez-Domínguez, D en C,⁽⁴⁾ María del Pilar Ochoa-Torres, M en Pobl y Desarrollo,⁽⁵⁾ Armando Antonio De Negri-Filho, PhD,⁽⁶⁾ Pedro Jesús Saturno-Hernández, PhD.⁽¹⁾

Vértiz-Ramírez JJ, Ramírez-Palacios P, Ríos-Cázares G, Sánchez-Domínguez MS, Ochoa-Torres MP, De Negri-Filho AA, Saturno-Hernández PJ.
Vulnerabilidad y barreras de acceso a los servicios de salud.
Salud Publica Mex. 2024;66:555-569.
<https://doi.org/10.21149/16199>

Vértiz-Ramírez JJ, Ramírez-Palacios P, Ríos-Cázares G, Sánchez-Domínguez MS, Ochoa-Torres MP, De Negri-Filho AA, Saturno-Hernández PJ.
Vulnerability and barriers to access to health services.
Salud Publica Mex. 2024;66:555-569.
<https://doi.org/10.21149/16199>

Resumen

Objetivo. Identificar diferencias en las barreras de acceso a los servicios de salud entre población con y sin condiciones de vulnerabilidad a partir de resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023 (Ensanut Continua 2023). **Material y métodos.** Se definieron cuatro categorías de vulnerabilidad entre la población con necesidades de salud que no buscó atención y utilizadores de los servicios de salud que acudieron a instituciones que no les correspondía. Los motivos para no solicitar atención y para solicitar atención en una institución que no les correspondía se agruparon por tipo de barrera de acceso. Se analizaron las diferencias entre las barreras reportadas según la categoría de vulnerabilidad, así como el gasto para atender necesidades de salud. **Resultados.** Independientemente de su situación de vulnerabilidad, una parte importante de la población debe superar barreras para buscar u obtener la atención que requiere. Las barreras más frecuentes fueron la personal y la organizacional. La población con más condiciones de vulnerabilidad reportó más barreras de tipo personal y económico. **Conclusiones.** Para

Abstract

Objective. To identify differences in the barriers to access health services between the population with and without vulnerable conditions based on the results of the *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023* (Ensanut Continua 2023). **Material and methods.** Four categories of vulnerability were defined between the population with health needs that did not seek care and users of health services who went to institutions that did not correspond to them. The reasons for not requesting care and for requesting care in an institution that did not correspond to them were grouped by type of access barrier. The differences between the barriers reported according to the vulnerability category were analyzed, as well as the expenditure to address health needs. **Results.** Regardless of their vulnerable situation, an important part of the population must overcome barriers to seek or obtain the care they require. The most frequent barriers were personal and organizational. The population with more vulnerable conditions reported more personal and economic barriers. **Conclusions.** To advance in the

- (1) Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- (2) Programa de Doctorado en Estudios Organizacionales, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa. Ciudad de México, México.
- (3) Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Ciudad de México, México.
- (4) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.
- (5) Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Secretaría de la Salud. Ciudad de México.
- (6) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Ciudad de México, México.

Fecha de recibido: 23 de julio de 2024 • **Fecha de aceptado:** 6 de agosto de 2024 • **Publicado en línea:** 22 de agosto de 2024
Autora de correspondencia: Paula Ramírez-Palacios. Centro de investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública.
Avenida Universidad 655, Santa María Ahuacatitlán, 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: ramirezpaula@gmail.com

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

avanzar en la satisfacción del derecho a la salud es necesario fortalecer la capacidad organizacional de los servicios de salud para mejorar su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y disminuir las condiciones de vulnerabilidad de la población.

Palabras clave: derecho a la salud; vulnerabilidad en salud; barreras de acceso a los servicios de salud; accesibilidad a los servicios de salud

satisfaction of the right to health, it is necessary to strengthen the organizational capacity of health services to improve their availability, accessibility, acceptability and quality, and reduce the vulnerability conditions of the population.

Keywords: right to health; health vulnerability; barriers to access to health services; health services accessibility

México está en proceso de transformación de su sistema de salud con la finalidad de avanzar en la satisfacción del derecho a la protección de la salud. El Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar)¹ es el instrumento central para dicho proceso. En octubre de 2023, 23 entidades federativas firmaron convenios de colaboración y coordinación, iniciando así su implementación. En este contexto, el objetivo del presente trabajo es identificar, a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023 (Ensanut Continua 2023), diferencias en las barreras de acceso a los servicios de salud reportadas por población con y sin condiciones de vulnerabilidad. Se proponen elementos para la mejora de la política pública para avanzar en la garantía del derecho a la protección de la salud (DPS) en México, específicamente, para el acceso equitativo a los servicios de salud.

La accesibilidad en el derecho a la protección de la salud

Los derechos humanos (DDHH) enuncian principios universales referidos a la dignidad humana, la igualdad y la libertad.^{2,3} Están expresados en tratados y protocolos internacionales, así como en normas, leyes y reglamentos nacionales. Los Estados tienen las obligaciones de respetar, proteger y cumplir los DDHH, lo que implica que deben adoptar medidas positivas para favorecer su plena realización⁴ y dotarlos de contenido específico. Para orientar esta labor se han propuesto cuatro elementos esenciales: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Respecto de la accesibilidad se han formulado además cuatro dimensiones: no discriminación, acceso físico, acceso económico y acceso a la información.⁵ En el cuadro I se presentan las definiciones de los elementos esenciales de los DDHH, así como de las dimensiones específicas de la accesibilidad.

El derecho a la salud (DS) es parte de los DDHH, específicamente, de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) y, entendido como el "derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud y principio primario y ordenador de los sistemas de salud",⁶ com-

prende los determinantes sociales de la salud, es decir, tanto las condiciones de vida de las personas como la provisión de servicios de salud (SS), ya que afectan el nivel de salud que las poblaciones pueden alcanzar.⁶

Una forma de expresar el DS es el DPS, orientándose fundamentalmente a la obligación del Estado de proveer SS.⁷ En el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se establece el DPS para todas las personas; para las personas sin seguridad social dispone la creación de un sistema de salud para el bienestar que les garantice la atención integral y gratuita.⁸

Acceso y barreras de acceso en el marco de los sistemas y servicios de salud

Con base en Levesque y colaboradores⁹ y Saturno,¹⁰ se define el acceso como la facilidad y oportunidad con que las personas se acercan y obtienen servicios de atención médica adecuados cuando perciben que los necesitan y sin esfuerzos onerosos (en alineación con el DPS en México). El acceso resulta de la interacción entre características de las personas, los hogares, los entornos sociales y físicos, así como de los sistemas, organizaciones y proveedores de salud.⁹ Esta interacción puede ser analizada sobre la base de las etapas del modelo de provisión del servicio propuestas por Tanahashi:¹¹ disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y cobertura efectiva. Hírnas y colaboradores¹² utilizan las primeras cuatro para identificar las barreras que enfrentan las personas para obtener la atención necesaria. Saturno¹⁰ coincide con Hírnas y colaboradores¹² al identificar los siguientes tipos de barreras de acceso a los SS: geográficas, económicas, organizacionales, culturales y personales.

En este trabajo se considera que enfrentan una barrera de acceso quienes, teniendo una necesidad de salud, no buscan atención, o bien deciden atenderse en una institución que no les corresponde. El gasto ejercido para atender una necesidad de salud es tomado como una aproximación a la barrera económica.

El cuadro I muestra, de lo general a lo específico, las definiciones de y las correspondencias entre los

elementos del DPS, las etapas del proceso de acceso y las barreras de acceso, así como ejemplos de preguntas y respuestas de la Ensanut Continua 2023 consideradas para definir las barreras reportadas por la población.

Vulnerabilidad

Se define vulnerabilidad como una condición de riesgo que padece una persona, una familia o un grupo, resultado de la acumulación de desventajas sociales, de manera que esa situación dificulta o impide que esas condiciones no sean superadas por ellos mismos y queden limitados para incorporarse a las oportunidades de desarrollo.¹³ Lejos de considerar la vulnerabilidad como un atributo intrínseco de personas o poblaciones, debe considerarse como una situación que se configura cuando se enfrentan entornos adversos que limitan o impiden de manera injusta el desarrollo de uno o varios aspectos vitales, de modo que las personas en tales condiciones enfrentan mayores riesgos de ver afectados sus derechos.¹⁴

Material y métodos

Se trata de un estudio trasversal descriptivo. Se utilizó información de la Ensanut Continua 2023, que tiene un diseño probabilístico con representatividad nacional y urbano/rural. Los detalles de diseño de la encuesta han sido publicados previamente.¹⁵

Se encuestó a un total 20 018 personas de 5 965 hogares que representan a 129.8 millones de personas (N expandida) de todos los grupos etarios. Para este estudio se analizaron dos grupos poblacionales específicos: 1) población que reportó una necesidad de salud en los últimos tres meses previos a la encuesta, pero no buscó atención (PNA), conformado por 558 personas; 2) utilizadores de servicios de salud (USS), conformado por 1 059 personas que refirieron haber acudido a una institución que no les correspondía.

El protocolo y los formatos de consentimiento informado de la Ensanut Continua 2023 fueron revisados y aprobados por el Comité de Ética, Investigación y Bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública

VARIABLES DE INTERÉS

Vulnerabilidad

Para aproximarse al estudio de la vulnerabilidad, con base en el índice de vulnerabilidad social (IVS) propuesto por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval),¹³ se seleccionaron variables de la Ensanut que identifican condiciones de vulnerabilidad y se integraron cuatro categorías: familiar

(VF), individual (VI), familiar e individual (VF-VI) y sin vulnerabilidad (SV) (cuadro II).

Para VF se agregó la presencia de algún grado de inseguridad alimentaria en el grupo familiar ya que la Ensanut Continua 2023 no mide la vulnerabilidad infantil por salud y nutrición, sí considerada en IVS. En VI se incluyó ser hablante exclusivo de lengua indígena, condición no contemplada por el Coneval, considerando las desventajas que el entorno supone para esta población.

Barreras de acceso

Las barreras de acceso a los servicios de salud fueron evaluadas a partir de los marcos conceptuales de Hirmas y colaboradores¹² y Saturno.¹⁰ Se identificaron elementos relacionados con las barreras de tipo organizacional, geográfico y económico con base en las respuestas a las preguntas: a) para PNA, “¿Por qué motivo... no buscó atención?”, y b) para USS, “¿Por qué motivos no se... atendió... en el lugar que le correspondía por su... derechohabencia?”, o “¿Por qué motivos no se... atendió en el centro de salud u hospital de la Secretaría de Salud?” (se asumió la Secretaría de Salud como institución de correspondencia para la población sin seguridad social). La ausencia de variables específicas impidió analizar las barreras cultural y emocional, sin embargo, se identificaron algunas respuestas que fueron consideradas en la barrera que denominamos “personal” cuando reflejaban una dificultad u opinión particulares sobre los servicios (cuadros I y III).

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Tanto para PNA como para USS se analizó la proporción de personas por cada condición y categoría de vulnerabilidad, se exploraron los motivos de no búsqueda de atención o de no haber acudido a la institución que correspondía y se clasificaron de acuerdo con el tipo de barrera. Para el grupo USS se revisaron además los gastos para atender sus necesidades de salud.

A partir del análisis de las muestras ponderadas para PNA y USS se obtuvieron porcentajes e intervalos de confianza (IC95%) para cuantificar la incertidumbre de los estimadores. Asumiendo que los datos provienen de muestras aleatorias representativas, se realizaron pruebas de diferencia ji cuadrada y t-student en las proporciones y medias aritméticas obtenidas para las categorías de vulnerabilidad y por estratos urbano/rural considerando los ponderadores muestrales para cada grupo poblacional. Para las variables de gastos se obtuvieron medianas y rango intercuartil (percentiles 25 y 75). El análisis estadístico se realizó utilizando el programa Stata versión 15.

Cuadro II
CONDICIONES Y CATEGORÍAS DE VULNERABILIDAD EN LOS GRUPOS ESTUDIADOS.
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN CONTINUA 2023. MÉXICO

Tipo de localidad	Población con necesidades de salud que no buscó atención n=558				Población con necesidades de salud que utilizó servicios de salud que no se atendió donde le corresponde n=1 059			
	Urbana n=392 (70.3%)		Rural n=166 (29.7%)		Urbana n=763 (72.1%)		Rural n=296 (27.9%)	
Condiciones de vulnerabilidad	N exp en miles	% [IC95%]	N exp en miles	% [IC95%]	N exp en miles	% [IC95%]	N exp en miles	% [IC 95%]
Vulnerabilidad familiar (VF)								
Sin agua entubada dentro de la vivienda	47.1	2.1 [0.8,5.4]	90.8	13.3 [2.9,44.0]*	128.1	2.7 [1.1,6.3]	90.7	6.0 [2.5,13.7]
Sin energía eléctrica	1.2	0.01 [0.0,0.4]	74.4	10.9 [1.7,46.3]‡	41.0	0.9 [0.1,5.7]	43.7	2.9 [0.6,12.6]
Sin drenaje	20.2	0.9 [0.3,3.1]	92.5	13.5 [3.0,43.8]‡	17.4	0.4 [0.1,1.4]	83.0	5.5 [1.5,18.5]*
Piso de tierra	40.9	1.9 [0.7,4.9]	25.2	3.7 [1.1,11.2]	7.1	0.1 [0.1,0.4]	24.4	1.6 [0.4,6.4]
Vivienda con techo endeble	1.2	0.1 [0.0,0.4]	20.0	2.9 [0.8,10.1]‡	0.9	0.0 [0.0,0.1]	12.8	0.8 [0.1,5.7]
Vivienda con muros de material endeble	14.0	0.6 [0.2,2.3]	19.6	2.9 [0.7,10.6]	190.0	4.0 [0.6,21.7]	2.5	0.2 [0.0,1.2]
Hacinamiento	71.9	3.3 [1.3,8.2]	45.4	6.6 [2.5,16.5]	166.0	3.5 [1.9,6.1]	45.7	3.0 [1.1,7.9]
Jefe de familia desempleado	201.5	9.1 [6.2,13.2]	79.2	11.6 [5.5,22.9]	435.1	9.1 [6.3,13.0]	148.0	9.8 [5.8,16.0]
Hogar con jefatura femenina	889.4	40.3 [30.3,51.3]*	139.9	20.4 [10.5,36.1]	1 835.4	38.3 [32.4,44.7]*	409.1	27.0 [19.2,36.7]
Sin seguridad social	1 434.6	65.1 [57.4,72.0]	506.4	74.0 [54.5,87.1]	2 862.9	59.8 [51.3,67.6]	1 132.1	74.8 [61.7,84.5]
Inseguridad alimentaria	711.1	32.2 [23.0,43.2]	287.1	41.9 [25.5,60.4]	1 102.9	23.0 [16.9,30.6]	395.4	26.1 [14.8,41.9]
Vulnerabilidad individual (VI)								
Tiene alguna discapacidad	651.6	29.6 [22.7,37.5]	227.4	33.2 [19.3,50.9]	1 293.6	27.0 [18.7,37.4]	1076.7	28.9 [18.6,41.9]
Tiene 60 años o más	357.9	16.2 [10.9,23.4]	205.0	30.0 [19.2,43.4]*	925.3	19.3 [13.7,26.6]	412.6	27.3 [17.5,39.9]
Embarazada	18.5	0.8 [0.1,5.9]	-	-	28.7	0.6 [0.2,1.7]	4.1	0.3 [0.0,2.0]
Adolescente embarazada	-	-	-	-	0.7	0.01 [0.0,0.1]	-	-
No asiste a la escuela (<15 años)	-	-	-	-	2.8	0.1 [0.0,0.4]	5.9	0.4 [0.1,2.9]
Primaria incompleta o menos (>=15 años)	156.3	7.1 [3.8,12.9]	202.2	29.5 [18.9,42.9]	421.7	8.8 [5.9,13.0]	390.0	25.8 [19.4,33.3]‡
Hablante de lengua indígena, no español	-	-	-	-	2.9	0.1 [0.0,0.3]	2.4	0.2 [0.0,1.2]
Categoría de vulnerabilidad§								
Sin vulnerabilidad	278.9	12.7 [7.9,19.8]	43.3	6.3 [2.1,17.7]	580.8	12.1 [8.2,17.5]	180.0	11.9 [5.0,25.7]
Al menos una condición de VF	908.9	41.2 [32.3,50.8]‡	211.1	30.8 [19.6,45.0]	2 189.4	45.7 [34.3,57.6]‡	562.3	37.1 [28.3,47.0]
Al menos una condición de VI	143.3	6.5 [3.7,11.0]	78.4	11.4 [3.1,34.1]	373.3	7.8 [4.4,13.6]	63.5	4.2 [2.0,8.4]
Al menos una condición de VF-VI	874.2	39.6 [31.1,48.9]	351.9	51.4 [35.6,67.0]‡	1 644.6	34.4 [24.2,46.1]	708.1	46.8 [33.5,60.5]‡

* Diferencia significativa ($p < 0.05$) entre lugar de residencia por condiciones de vulnerabilidad en las dos poblaciones estudiadas.

‡ Diferencia significativa ($p < 0.01$) entre lugar de residencia por condiciones de vulnerabilidad en las dos poblaciones estudiadas.

§ Categorías mutuamente excluyentes. Ji cuadrada para diferencia de proporciones entre lugar de residencia para cada una de las condiciones de vulnerabilidad y las cuatro categorías de vulnerabilidad en las dos poblaciones estudiadas.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023.

Cuadro IIIa

TIPOS DE BARRERA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPORTADOS POR LA POBLACIÓN CON NECESIDADES DE SALUD QUE NO BUSCÓ ATENCIÓN SEGÚN CATEGORÍAS DE VULNERABILIDAD Y LUGAR DE RESIDENCIA. CUESTIONARIO DE HOGAR. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN CONTINUA 2023. MÉXICO (N=558)

Tipos de barrera [‡]	Sin vulnerabilidad (SV)			Sólo vulnerabilidad familiar (VF)			Sólo vulnerabilidad individual (VI)			VF-VI			
	Total %*	Urbano %*	Rural %*	Total %*	Urbano %*	Rural %*	Total %*	Urbano %*	Rural %*	Total %*	Urbano %*	Rural %*	
	11.2%*			38.8%*			7.7%*						42.4%*
Organizacional	16.1	15.3	21.3	11.2	11.4	10.3	26.9	41.6	0.0	11.9	7.4	10.7	23.2
Geográfica	0.5	0.3	1.2	6.5	6.8	5.1	0.0	0.0	0.0	9.9	0.0	10.7	7.8
Personal	78.2	78.3	77.5	78.8 ^{&}	80.5	71.6	59.9	39.4	97.4 [‡]	53.3	56.8	56.8	44.4
Económica	0.8	0.30	4.2 [‡]	9.5	9.4	9.6	0.4	0.4	0.0	22.2 ^{&}	22.3	22.3	21.9

Cuadro IIIb

TIPOS DE BARRERA DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD REPORTADOS POR LOS UTILIZADORES DE SERVICIOS DE SALUD QUE NO SE ATENDIERON DONDE LES CORRESPONDE SEGÚN CATEGORÍAS DE VULNERABILIDAD. CUESTIONARIO DE UTILIZADORES, ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN CONTINUA 2023. MÉXICO (N=1059)

Tipos de barrera [‡]	Sin vulnerabilidad (SV)			Sólo vulnerabilidad familiar (VF)			Sólo vulnerabilidad individual (VI)			VF-VI			
	Total %*	Urbano %*	Rural %*	Total %*	Urbano %*	Rural %*	Total %*	Urbano %*	Rural %*	Total %*	Urbano %*	Rural %*	
	12.1%*			43.7%*			6.9%*						37.3%*
Organizacional	78.4	74.1	92.2	76.2	79.8	62.3 [‡]	72.1	69.7	85.9	75.2	70.6	85.8 [‡]	85.8 [‡]
Geográfica	38.2	41.7	26.6	36.5	38.8	27.6	19.6	19.1	22.6	32.3	36.7	22.1 [*]	22.1 [*]
Personal	52.6	43.9	80.9 [‡]	43.8	46.1	34.9	50.1	46.8	69.4	44.0	44.6	42.8	42.8
Económica	0.08	0.0	0.3	1.7	1.4	2.8	11.7 [#]	13.7	0.0	2.7	0.5	7.8 [‡]	7.8 [‡]

* Cálculos en valores expandidos.

[‡] **Organizacional:** No había servicio en el horario en que lo necesitaba; Los trámites son muy tardados; El tiempo de espera para pasar a consulta, por lo común, es muy largo; Me programaron la cita. **Geográfica:** No hay dónde atenderse; Está muy lejos el lugar más cercano donde se brinda atención. **Económica:** Es caro/No tenía dinero. **Personal:** Decidió que no era necesario buscar atención; No tuvo tiempo; No tuvo quien lo(a) llevara o acompañara; Quien brinda la atención no me inspira confianza/no es amable; Miedo a contraer Covid-19/miedo a salir de casa.

[§] **Organizacional:** Me tengo que formar para recibir una ficha para que me den cita; No tienen el servicio que necesito; No había servicio en el horario en que lo necesitaba; Me dan cita dentro de mucho tiempo; El tiempo de espera para pasar a consulta es muy largo. **Geográfica:** Está muy lejos el lugar donde me toca ir. **Económica:** Me hacen pagar consultas, medicamentos, laboratorios, otros. **Personal:** Mi necesidad de salud ya está siendo atendida por un médico privado; En general no confío en el diagnóstico/tratamiento; No me gustan las instalaciones/equipo del lugar; No dedican suficiente tiempo a la consulta; No me gusta la atención que dan/no son amables

Diferencia significativa (p<0.05) entre categorías de vulnerabilidad por barreras de acceso.

& Diferencia significativa (p<0.01) entre categorías de vulnerabilidad por barreras de acceso.

* Diferencia significativa (p<0.05) entre lugar de residencia (urbano vs rural) por barreras de acceso.

‡ Diferencia significativa (p<0.01) entre lugar de residencia (urbano vs rural) por barreras de acceso.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023.

Resultados

Se identificaron 4 956 personas que reportaron necesidades de salud. De ellas, 4 398 (88.7%) buscaron atención y 558 (11.3%) no lo hicieron (PNA). De las primeras, 4 362 (99.2%, datos no mostrados en cuadros) informaron haberla recibido. En una submuestra de este grupo ($n=2\ 149$), 1 059 (49.3%) se atendieron donde no les correspondía (USS) (cuadro IV). Considerando resultados de Ensanut anteriores, puede asumirse que casi todos fueron atendidos en establecimientos privados, principalmente en consultorios particulares y adyacentes a farmacias.¹⁶

Enseguida, se analizan los resultados según los grupos de población estudiados (PNA y USS). Para cada categoría de vulnerabilidad se revisan las condiciones de vulnerabilidad específicas más relevantes, así como las prevalencias de las barreras observadas. Se plantean algunas interpretaciones con base en el contenido de las respuestas a las preguntas de la Ensanut Continua 2023 que fueron tomadas para definir cada categoría.

Población con necesidades de salud que no buscó atención (PNA)

Al comparar prevalencias urbano-rural por categoría de vulnerabilidad, las prevalencias más altas ($p<0.01$) estuvieron en VF-urbano y VF-VI-rural. Asimismo, se identificaron diferencias relevantes entre las condiciones que integran las categorías de vulnerabilidad según tipos de localidad (cuadro II). En VF urbano (U) y rural (R), las mayores proporciones se observan en jefatura femenina de hogar (U-40.3, R-20.4, $p<0.05$), falta de seguridad social (U-65.1, R-74.0) e inseguridad alimentaria (U-32.2, R-42.9). En el ámbito rural, la VF tiene mayores y significativas prevalencias en las características precarizantes de las viviendas y la jefatura familiar desempleada (11.6) es la más alta de todos los subgrupos analizados, incluidos USS. VI-rural se caracteriza por presentar al menos una de las siguientes condiciones en aproximadamente una tercera parte de su población: rezago educativo, discapacidad o ser persona mayor de 60 años, proporción que en el ámbito urbano sólo presenta la población con discapacidad.

En PNA, la barrera personal fue la más prevalente independientemente de la presencia o no de vulnerabilidad. Las categorías en que se observaron prevalencias significativamente más altas ($p<0.01$) fueron SV (78.8) y VF (78.2) en comparación con VI (59.9) y VF-VI (53.3). Estas cifras se diferencian entre 33 y hasta 66 pp con respecto de la segunda barrera reportada y muestran proporciones urbano-rural similares, excepto en el grupo VI, en el que hay diferencia significativa ($p<0.01$)

entre el área rural (97.4) y el área urbana (39.4) (cuadro IIIa). Este grupo (PNA-R), donde el 65% son hombres (cuadro IV), tiene la mayor proporción de condiciones para VI por discapacidad (33.2), ≥ 60 años (30, $p<0.05$) y con rezago educativo (29.5) (cuadro II). Este perfil poblacional cobra mayor relevancia al analizar las respuestas para esta barrera: "Decidió que no era necesario buscar atención", si bien supone capacidad de agencia, también puede referir falta de reconocimiento de las propias necesidades de salud o del derecho a la salud; "No tuvo quién lo(a) llevara o acompañara" habla de una red social insuficiente como ha sido documentado para personas mayores y con discapacidad;¹⁷ "Miedo a contraer Covid-19/miedo a salir de casa" refleja una probable insuficiencia de la orientación e información en salud, situación documentada durante y tras la pandemia en áreas rurales;¹⁸ "Quien brinda la atención no me inspira confianza/no es amable" refleja trato inadecuado en los servicios de salud que puede desincentivar la búsqueda de atención;^{19,20} y la razón "no tuvo tiempo" podría explicarse por las actividades, remuneradas o no, que ante la falta de seguridad social imponen formas de trabajo y exigencia que se constituyen en una barrera para el acceso a SS, particularmente si se relaciona lo documentado en otros estudios en cuanto a la menor asistencia de varones a los SS, con el hecho de que la población en este grupo mayoritariamente masculino desempeña el rol de proveedor.^{18,21,22} Al respecto, sobresale la alta proporción de población sin seguridad social en PNA-rural. En el caso de la PNA-VI-urbana, la jefatura femenina se caracteriza, como se ha descrito en otros trabajos, por empleos informales y dobles y triples jornadas que limitan el ejercicio de derechos de las personas de estos hogares.²¹

La segunda barrera más prevalente para tres categorías de vulnerabilidad (SV, VF y VI) fue la organizacional (tercer lugar para VF-VI). Sólo en el grupo VI-urbano la proporción fue mayor (41.6) que para la barrera personal (39.4) (cuadro IIIa). El análisis detallado de la barrera organizacional se comentará junto con la población USS donde fue la más frecuente en las cuatro categorías de vulnerabilidad.

La barrera económica ocupa el tercer lugar para tres categorías de vulnerabilidad (SV, VF y VI), pero el segundo para VF-VI (22.2) con diferencia significativa <0.01 (cuadro IIIa). Esta prevalencia fue la más alta incluso considerando las del grupo USS (cuadro IIIb). Lo anterior coincide con estudios que muestran que la barrera económica se concentra en población con mayor vulnerabilidad.^{12,20}

En la PNA, la barrera geográfica fue notoriamente baja en las cuatro categorías de vulnerabilidad (cuadro IIIa). Sin embargo, aunque bajas, las mayores prevalencias

Cuadro IV
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.
ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN CONTINUA 2023. MÉXICO

Área de residencia	Población con necesidades de salud que no buscó atención (PNA) n=558				Población con necesidades de salud que utilizó servicios de salud que no se atendió donde le corresponde (USS) n=1 059			
	Urbana n=392 (70.3%)		Rural n=166 (29.7%)		Urbana n=763 (72.1%)		Rural n=296 (27.9%)	
Edad, Media [IC95%]	38.2	[34.3,42.1]	43.4	[36.2,50.61]	35.1	[30.5,39.7]	40.0	[34.3,45.7]
Características	N exp. en miles	% [IC95%]	N exp. en miles	% [IC95%]	N exp. en miles	% [IC95%]	N exp. en miles	% [IC95%]
Grupo de edad								
Niños preescolares (0-4)	47.4	2.1 [1.0,4.4]	17.5	2.6 [0.7,8.4]	485.5	10.1 [6.1,16.4]	143.2	9.5 [4.6,18.4]
Niños escolares (5-9)	96.5	4.4 [1.6,11.2]	32.1	4.7 [1.9,11.3]	466.7	9.7 [6.4,14.6]	127.2	8.4 [3.7,18.0]
Adolescentes (10-19)	270.1	12.3 [6.9,20.7]	118.8	17.4 [10.8,26.7]	696.6	14.6 [8.8,23.2]	181.3	12.0 [7.0,19.7]
Adultos (20-59)	1 433.5	65.0 [55.4,73.5]	311.3	45.5 [35.8,55.5]	2 214.0	46.2 [41.4,51.2]	649.6	42.9 [32.3,54.2]
Adultos (60 y más)	357.9	16.2 [10.9,23.5]	205.0	29.9 [19.0,43.7]	925.3	19.3 [13.7,26.6]	412.6	27.3 [17.3,40.1]
Sexo								
Hombre	1 021.1	46.3 [38.8,54.0]	444.8	65.0 [52.3,75.8]*	2 292.4	47.9 [42.3,53.5]	743.9	49.1 [43.3,55.0]
Mujer	1 184.3	53.7 [46.0,61.2]	239.9	35.0 [24.2,47.7]	2 495.6	52.1 [46.5,57.7]	770.1	50.9 [45.0,56.7]

* Diferencia de proporciones significativa ($p<0.05$) entre las características presentadas por lugar de residencia en las dos poblaciones estudiadas.
Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023.

cias se observaron en la categoría VF-VI (U-10.7, R-7.8) (cuadro IIIa).

Es importante resaltar que, en la PNA, las prevalencias de VF-VI general (42.4) y específicas por tipo de localidad (urbano, 39.6; rural, 51.4) son las más altas de toda la población estudiada (cuadros II y IIIa). En este grupo, las barreras personal (53.3) y económica (22.2) representan, en conjunto, 75.5% de las barreras reportadas; adicionalmente, la barrera geográfica es más alta que en los otros tres grupos de vulnerabilidad, lo que constituye un perfil de barreras particular y diferenciado. Además, si bien respecto del reporte de barreras no hay diferencias significativas entre el ámbito urbano y rural, sí las hay en las características que integran su vulnerabilidad VF-VI, es decir, la VF-VI es diferente entre ambos territorios y, dado que las condiciones de vulnerabilidad reflejan los determinantes sociales de salud (DSS), es indispensable su análisis por parte de los SS.

Población usuaria de los servicios de salud que se atendió donde no le correspondía (USS)

Esta población comparte con PNA las tres condiciones de VF más frecuentes tanto en medio urbano como rural: falta de seguridad social (U-59.8, R-74.8), hogar con jefatura femenina (U-38.3, R-27.0, $p<0.05$) e inseguridad

alimentaria (U-23.0 y R-26.1). Las condiciones precarias de la vivienda fueron menos prevalentes con respecto a PNA, aunque se observó diferencia significativa en la falta de drenaje en el medio rural (5.5, $p<0.05$). Para VI, las condiciones más prevalentes en los ámbitos urbano y rural fueron: tener alguna discapacidad (27.0, 28.9), ≥ 60 años (19.3, 27.3) y primaria incompleta (8.8, 25.8, $p<0.01$). Las categorías de vulnerabilidad según tipo de localidad más frecuentes fueron VF (U-45.7, R-37.1) y VF-VI (U-34.4, R-46.8), ambas con diferencia altamente significativa ($p<0.01$) (cuadro II).

La barrera más frecuente en todas las categorías de vulnerabilidad fue la organizacional (entre 70-80%, cuadro IIIb). Las respuestas consideradas en esta barrera (cuadro III) dejan clara la necesidad de mejorar aspectos de diseño, organización y conducción de los servicios de salud (por ejemplo, ampliación de horarios, redistribución de servicios). Es probable que en este grupo la percepción de la necesidad de atención haya sido más prominente que en el que no buscó atención, razón por la cual decidieron acudir a una institución distinta de la que les correspondía, sorteando así situaciones que perciben como barreras en las instituciones a las que debieron haber asistido²³ (cuadro IIIb). Se observaron diferencias significativas ($p<0.01$) entre ámbitos rural y urbano en las categorías VF (79.8, 62.3, respectivamente) y VF-VI (U-70.6, R-85.8), lo que refuerza la necesidad de fomentar la mejora organizacional de las unidades médicas esta-

Cuadro V
GASTOS GENERADOS PARA RECIBIR ATENCIÓN POR CATEGORÍA DE VULNERABILIDAD EN POBLACIÓN QUE SE ATENDIÓ DONDE NO LES CORRESPONDE. CUESTIONARIO DE UTILIZADORES, ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN CONTINUA 2023. MÉXICO (N=1 059)

	Sin vulnerabilidad (SV) 12.1%*		Sólo vulnerabilidad familiar (VF) 43.7%*		Sólo vulnerabilidad individual (VI) 6.9%*		VF-VI 37.3%*	
	Urbano [†]	Rural [†]	Urbano [†]	Rural [†]	Urbano [†]	Rural [†]	Urbano [†]	Rural [†]
Transporte								
No gastó %	34.3	0.0	28.7	8.3	30.3	25.4	31.0	6.4
Sí gastó %	65.7	100.0 [‡]	70.3	91.7 [‡]	69.7	74.6	68.8	93.0 [‡]
Mediana de gasto (p25, p75) [§]	80.0 (50.0,100.0)	100.0 (50.0,400.0)	100.0 (40.0,777.0)	100.0 (40.0,200.0)	100.0 (60.0,220.0)	600.0 (30.0,600.0)	100.0 (30.0,777.0)	200.0 (60.0,500.0)
Consulta								
No gastó %	15.1	19.4	19.6	16.5	11.5	28.2	27.1	22.6
Sí gastó %	84.9	80.6	80.4	83.5	88.5	71.8	71.9	77.4
Mediana de gasto (p25, p75) [§]	160.0 (50.0,600.0)	100.0 (80.0,500.0)	100.0 (50.0,500.0)	200.0 (50.0,500.0)	500.0 (150.0,1000.0)	500.0 (100.0,500.0)	100.0 (50.0,300.0)	300.0 (100.0,600.0)
Medicamentos								
No le recetaron %	11.7	0.0	13.0	8.6	2.3	2.8	5.2	5.6
Le recetaron, pero no los consiguió %	2.6	16.4	0.7	1.1	9.6	0.0	3.9	4.2
Los consiguió sin gastar %	1.8	18.8	6.1	6.9	8.5	18.4	6.4	16.4
Los consiguió y gastó %	83.9 [#]	64.8	80.2	83.4	79.6	78.8	84.8	76.9
Mediana de gasto (p25, p75) [§]	468.0 (220.0,650.0)	925.0 (300.0,1200.0)	350.0 (150.0,600.0)	400.0 (250.0,550.0)	500.0 (350.0,2000.0)	300.0 (200.0,300.0)	400.0 (250.0,1000.0)	600.0 (280.0,1500.0)
Laboratorio								
No le solicitaron %	80.7	70.6	72.9	74.8	33.2	93.0	72.0	50.2
Le solicitaron, pero no se los realizó %	8.7	0.0	8.4	2.3	14.1	2.7	6.9	15.3
Se los realizó sin gastar %	1.0	0.3	2.5	0.9	9.2	4.3	2.7	12.6
Se los realizó y gastó %	9.6	29.1	16.2	22.0	43.5	0.0	18.5	33.3 [*]
Mediana de gasto (p25, p75) [§]	500.0 (180.0,2000.0)	1200.0 (1200.0,9000.0)	777.0 (500.0,2000.0)	700.0 (200.0,800.0)	500.0 (450.0,700.0)	-	950.0 (420.0,1300.0)	777.0 (500.0,2000.0)

* Porcentaje ponderado por cada categoría de vulnerabilidad (suma horizontal = 100%)
 † Porcentajes ponderados por cada respuesta en cada tipo de gasto. La suma vertical de los porcentajes en cada tipo de gasto = 100%. Donde no suma 100%, se debe a respuestas "No sabe", "No responde"
 ‡ Información en pesos mexicanos de 2023
 § Diferencia significativa (p<0,05) entre lugar de residencia (urbano vs rural) por tipo de gasto
 & Diferencia significativa (p<0,01) entre lugar de residencia (urbano vs rural) por tipo de gasto.
 Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023.

blecidas en comunidades habitadas por poblaciones que acumulan más condiciones de vulnerabilidad.

La barrera personal fue la segunda con mayor prevalencia (entre 43.8-52.6) para todas las categorías de vulnerabilidad, observándose una diferencia significativa ($p<0.05$) entre los medios urbano (43.9) y rural (80.9) para la categoría SV (cuadro IIIb). En este caso, se puede notar que todas las respuestas consideradas para definir esta barrera (cuadro III), desde acudir con médicos privados hasta no confiar en el diagnóstico o tratamiento, también remiten a aspectos de la organización de los servicios susceptibles de mejora que terminan afectando la percepción y la opinión de la población sobre la atención que reciben en las instituciones que les corresponden.¹²

La barrera geográfica fue reportada en tercer lugar, mostrando una frecuencia mayor que en PNA. En tres categorías de vulnerabilidad (SV, VF, VF-VI) superó el 30% en el resultado general y en el medio urbano (cuadro IIIb). Es decir, este grupo buscó atención y priorizó acudir a una institución diferente de la que le correspondía para sortear la distancia y probablemente otro tipo de dificultades en el territorio, como la topografía, acceso a transporte y seguridad en el camino, entre otras,²⁴ circunstancias que deberían ser contempladas, de la mano de la comunidad, en la planeación y operación de los servicios de salud.

La barrera económica mostró prevalencias menores en USS que en PNA para tres categorías de vulnerabilidad (SV, VF y VF-VI); en VI, fue mayor y significativamente más alta (11.7, $p<0.05$) que las otras tres del grupo, lo cual es consistente con lo observado en otros trabajos.²⁰ Además, en VF-VI fue más alta ($p<0.01$) en el medio rural (7.8) que en el urbano (0.5).

La proporción de la población que gastó para recibir la atención, así como las medianas para cada tipo de gasto, muestran un panorama muy homogéneo. En casi todos los grupos y tipos de gasto una proporción mayor de la población pagó para tener acceso a la atención: 64.8 a 84.8 para medicamentos, 71.8 a 88.5 para consulta y hasta 100% para transporte. Las prevalencias de la población que gastó en laboratorios fueron más bajas, entre 9.6 (SV-urbano) y 43.5 (VI-urbano); en VF-VI se observó diferencia significativa urbano-rural (18.5, 33.3, $p<0.01$) (cuadro V).

Destaca también que el porcentaje de la población que no tuvo acceso a medicamentos y estudios de laboratorio fue relativamente reducido, aunque en SV-rural llegó al 16.4% para los medicamentos y en VF-VI-rural al 15.3% para estudios de laboratorio. En cuanto a las medianas de gasto, nueve de 16 fueron mayores en el medio rural, lo que sugiere mayor gasto de esta población para acceder a los servicios de salud y muestra mayor vulneración del derecho a la salud en el medio rural.²⁰

En general, este análisis coincide con otros trabajos^{20,25} al revelar una relación estrecha entre las condiciones consideradas para categorizar la vulnerabilidad y las barreras de acceso reportadas por la población para obtener la atención cuando percibe que la necesita. Es necesario tener en cuenta las características específicas de cada población al interior de cada categoría de vulnerabilidad de forma que las acciones del sector salud estén centradas en las personas, las poblaciones y los territorios.¹⁶

Conclusiones

La materialización del derecho a la protección de la salud exige que el Estado disponga para toda la población programas y servicios de salud que tomen en cuenta sus necesidades, sean respetuosos de sus creencias, valores y costumbres, tengan un adecuado nivel de calidad que resuelva y prevenga los problemas de salud, y a los cuales se acceda sin que ello represente una carga desproporcionada, particularmente para los sectores marginados.

Casi la totalidad de la población con necesidades de salud tiene acceso a servicios de salud, pero la mayor parte debe superar barreras para buscar u obtener la atención que requiere. Los niveles de acceso de la población a los servicios de salud y las barreras que se enfrentan reflejan las brechas para la garantía del DPS.

La barrera personal ocupó el primer y segundo lugar en la PNA y la USS, respectivamente. En la primera, el mayor peso estuvo en sus condiciones de vulnerabilidad y, en la USS, en el desempeño de los servicios de salud. Aunado a ello, la barrera organizacional fue la primera en USS y segunda en PNA en la mayoría de las categorías de vulnerabilidad, lo que implica que la mejora del desempeño de los SS podría resolver la mayor proporción de las barreras reportadas.

En términos generales, puede concluirse que las barreras reportadas guardan un comportamiento similar a través de las cuatro categorías de vulnerabilidad contempladas. Sin embargo, los tipos de condiciones de vulnerabilidad y su combinación determinaron la jerarquía de las barreras. Por ejemplo, aunque las barreras geográfica y económica tuvieron frecuencias bajas, afectaron mayormente el grupo PNA VF-VI.

Aun perteneciendo a la misma categoría de vulnerabilidad, el perfil de condiciones marca una complejidad específica para cada grupo y dado que las condiciones de vulnerabilidad refieren a determinantes sociales de la salud, deben ser incorporados para un análisis detallado que permita el diseño y ejecución de acciones específicas, equitativas e intersectoriales por parte del SS.

PRINCIPALES RESULTADOS Y RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA PÚBLICA

Resultados principales del estudio	Recomendación	Resultados esperados de la recomendación	Responsable (s) Órdenes de gobierno
<p>11% de la población con necesidades de salud decidió no buscar atención.</p> <p>99% de la población que sí buscó atención la recibió.</p> <p>49% de la población que recibió atención acudió a una institución que no le correspondía.</p>	<p>Los Distritos de Salud para el Bienestar (DSB) y los Centros Coordinadores de Salud para el Bienestar (Cecosabi) deben consolidarse como instancias que mejoren la disponibilidad de servicios de salud y promuevan la accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los mismos.</p> <p>Además de las acciones para mejorar aspectos clínicos de la atención, es necesario fomentar la participación solidaria de la comunidad para apoyar a la población con limitaciones para desplazarse a los establecimientos médicos cuando tiene necesidad de atención.</p> <p>Es indispensable evitar que requisitos de tipo administrativo (por ejemplo, no contar con el documento de gratuidad) sean un factor que desaliente la búsqueda de atención.</p> <p>Los responsables de la planeación y dirección operativas de las distintas instituciones deben dialogar sobre la forma de coordinarse para asegurar que la población tenga acceso irrestricto a servicios de salud con un adecuado nivel de calidad. El principio de la coordinación debe ser el derecho a la salud, y el eje operativo la relación interinstitucional colaborativa para la combinación de los recursos disponibles en los DSB. Para lograr la coordinación, es indispensable que no se antepongan al derecho a la protección a la salud, los temas administrativos y financieros (como la facturación cruzada).</p>	<p>Reducción del porcentaje de población que no busca atención cuando la necesita.</p> <p>Aumento del porcentaje de la población que acude a las instituciones públicas de salud en función de su necesidad específica y de su ubicación geográfica (no por su situación laboral).</p>	<p>Secretaría de Salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector ◊ Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud • Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud <ul style="list-style-type: none"> ◊ Servicio Nacional de Salud Pública <ul style="list-style-type: none"> » Dirección General del Servicio Nacional de Salud Pública » Líder de Gerencia y Rectoría en Salud » Líder de brigadas y territorio » Líder de inteligencia e información » Líder de logística e infraestructura » Servicio Nacional de Salud Pública (estatal) » Coordinadores estatales <p>IMSS-Bienestar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Titular de la Unidad de Atención a la Salud <ul style="list-style-type: none"> ◊ Coordinación de Normatividad y Planeación Médica • Titular de la Unidad de Infraestructura • Titular de la Unidad Jurídica • Coordinación de Acción Comunitaria • Coordinación de Planeación Estratégica <p>IMSS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección de Prestaciones Médicas • Dirección de Planeación para la Transformación Institucional <p>ISSSTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirección Médica • Dirección de Delegaciones • Titular de la Unidad de Desarrollo Institucional

(continúa...)

(continuación)

En siete de ocho grupos (categorías de vulnerabilidad/PNA-USS), las barreras personal y organizacional fueron las dos más frecuentes con amplia diferencia con respecto de las barreras geográfica y económica.

Las razones consideradas en la barrera personal de la población que buscó atención en una institución que no le correspondía (principalmente del sector privado), incluyen aspectos directamente relacionados con la organización y operación de los servicios.

Es urgente emprender iniciativas para fortalecer la capacidad organizacional de todas las instituciones y establecimientos de salud públicos. Una prioridad es el desarrollo de capacidades directivas para emplear formas participativas y colaborativas para la identificación de problemas estructurales, organizacionales y relacionados con los procesos de atención a las necesidades de salud de la población, así como el diseño e implementación de sus soluciones. Se debe prevenir que la carencia de recursos elementales afecte la operación de los establecimientos. La planeación de la estructura (instalaciones, equipamiento, insumos y personal), fundamentada en la información generada en los DSB y sistematizada por los Cecosabi, será fundamental. En tanto ésta se consolida, habrá que establecer mecanismos para responder a las emergencias estructurales que puedan surgir.

El fortalecimiento de las instituciones de salud debe incluir la capacidad para la mejora integral de la calidad de los servicios para la atención a problemas o condiciones de salud prioritarios que afectan a la población. Se debe promover que el nivel de calidad de los servicios de salud sea aceptable y homogéneo en todo el territorio nacional.

Las instituciones deben transparentar las acciones que realizan para mejorar la calidad y los resultados que obtienen en la salud de la población. Se sugiere revisar los modelos y sistemas que no hayan logrado una mejora evidente en la calidad de los servicios o que no puedan demostrar que las acciones emprendidas han tenido un efecto positivo en la salud de las personas.

La mejora de la atención clínica exige la coordinación de diversas acciones y actores en todos los niveles del sistema. Se recomienda el uso colaborativo, multidisciplinario y participativo de herramientas como las vías de atención integrada, las cuales son una forma de expresión de las rutas de atención médica continua (RAMC), definidas en el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar). Su implementación requiere del trabajo conjunto para la revisión y adaptación de las recomendaciones derivadas del conocimiento y la evidencia científica para su aplicación en entornos institucionales y organizacionales específicos.

Reducir la frecuencia con que la población enfrenta barreras de tipo organizacional que la desalientan a buscar atención o que la llevan a buscarla en establecimientos privados.

Consejo de Salubridad General

- Dirección de Certificación
- **Secretaría de Salud**
 - Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector
 - ◊ Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
 - ◊ Dirección General de Calidad y Educación en Salud
 - Subsecretaría de Promoción y Prevención de la Salud
 - ◊ Servicio Nacional de Salud Pública
 - » Dirección General del Servicio Nacional de Salud Pública
 - » Líder de Gerencia y Rectoría en Salud

IMSS-Bienestar

- Titular de la Unidad de Atención a la Salud
 - ◊ Coordinación de Normatividad y Planeación Médica
 - ◊ Coordinación de Educación e investigación

IMSS

- Dirección de Prestaciones Médicas
- Dirección de Planeación para la Transformación Institucional

ISSSTE

- Dirección Médica
- Dirección de Delegaciones
- Titular de la Unidad de Desarrollo Institucional
 - ◊ Jefatura de Servicios de Gestión de la Calidad

(continúa...)

(continuación)

El perfil de condiciones de vulnerabilidad de cada grupo poblacional, y no sólo la categoría de vulnerabilidad a la que pertenece, refleja sus determinantes sociales de salud (DSS) y configura una jerarquía particular de las barreras de acceso.

Disminuir las brechas en la satisfacción del DPS relacionadas con los DSS mediante:

- Acción intersectorial, particularmente, con el sector social y educativo, así como con las comunidades asegurando la participación horizontal e igualitaria e involucrando a las poblaciones más vulneradas tanto para la generación y actualización de diagnósticos comunitarios integrales, incluidos los censos, como para la definición, planeación, monitoreo y evaluación de acciones, programas y actividades intersectoriales en salud, en el marco de la atención primaria de salud.
- Incrementar las acciones con los sectores social, educativo y laboral a nivel de los DSB para la integración de sistemas de información acerca de las poblaciones y sus características, intervenciones conjuntas y optimización de recursos materiales y de capital humano, así como la generación de indicadores intersectoriales que orienten el actuar interinstitucional
- Incluir, en el análisis situacional de salud, un análisis detallado de los DSS y su peso específico en el acceso para cada población en particular; y para las personas en lo singular, dada la sinergia entre condiciones de vulnerabilidad familiares e individuales lo que implica, además de las consideraciones por género, etnia, cultura, deben incluirse la condición de discapacidad, ser persona mayor y el bajo nivel educativo, así como las características del territorio.

Enfatizar las acciones extramuros de promoción, prevención y atención médica en viviendas, centros educativos, centros de trabajo informal, oficios, comercios o de trabajo por personal interdisciplinario de salud y apoyo de telemedicina en consulta especializada, especialmente, en las poblaciones con barreras de acceso personales y económicas.

Acciones intersectoriales y comunitarias en todo el proceso de la política y programa de salud.

Secretaría de Salud

- Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector
 - ◊ Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
 - ◊ Servicio Nacional de Salud Pública
 - » Dirección General del Servicio Nacional de Salud Pública
 - » Líder de Gerencia y Rectoría en Salud
 - » Líder de brigadas y territorio
 - » Líder de inteligencia e información
 - » Líder de logística e infraestructura
 - » Servicio Nacional de Salud Pública (estatal)
 - » Coordinadores estatales

IMSS-Bienestar

- Titular de la Unidad de Atención a la Salud
 - ◊ Coordinación de Normatividad y Planeación Médica
- Titular de la Unidad de Infraestructura
- Titular de la Unidad Jurídica
- Coordinación de Acción Comunitaria
- Coordinación de Planeación Estratégica

Aumento significativo en la proporción de personas que tiene acceso a los servicios de salud ya sea en las unidades médicas públicas o en sus propias viviendas, espacios de educación o trabajo mediante las acciones comunitarias de los SS.

(continúa...)

(continuación)

La población con mayor vulnerabilidad (PNAV) no buscó atención a la salud principalmente por barreras personales y económicas.

Tanto los servicios de atención personal como el SNSP deben llegar a los sitios específicos donde transcurre la vida de las personas con la mayor vulnerabilidad -viviendas, centros informales de trabajo, escuelas- de forma que el esfuerzo para superar las barreras de acceso recaiga en los SS y no en la población.

En la atención personal debe incluirse el análisis del núcleo familiar o de la red principal de cada persona de forma que en una consulta se incluya, en lo posible, en otros integrantes, o al menos, el mapeo inicial permita identificar condiciones de vulnerabilidad, así como a los miembros más vulnerables dentro de ese núcleo para un seguimiento en coordinación con las áreas específicas dentro del MAS-Bienestar.

En el mismo sentido se recomienda verificar los puentes de intercambio de información y acciones coordinadas entre el despliegue de la atención personal y el correspondiente a la salud colectiva en el SNSP.

Trabajar con el sector social de bienestar de forma que los programas sociales fortalezcan la protección a la población con empleo informal (o desempleada) generando condiciones similares a las que brinda la seguridad social en cuanto a la protección del empleo o salario en caso de necesitar atención médica, protección ante la discapacidad por condición de salud o por edad.

Acceso a las acciones de salud en unidades médicas o en los sitios donde transcurre la vida de las personas como consecuencia del abordaje integral e intersectorial de la salud y los determinantes sociales de las poblaciones con mayor vulnerabilidad.

Secretaría de Salud

- Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector
 - ◊ Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
 - ◊ Servicio Nacional de Salud Pública
 - » Dirección General del Servicio Nacional de Salud Pública
 - » Líder de Gerencia y Rectoría en Salud
 - » Líder de brigadas y territorio
 - » Líder de inteligencia e información
 - » Líder de logística e infraestructura
 - » Servicio Nacional de Salud Pública (estatal)
 - » Coordinadores estatales

IMSS-Bienestar

- Titular de la Unidad de Atención a la Salud
 - ◊ Coordinación de Normatividad y Planeación Médica
- Titular de la Unidad de Infraestructura
- Titular de la Unidad Jurídica
- Coordinación de Acción Comunitaria
- Coordinación de Planeación Estratégica

Acción intersectorial efectiva, coordinada, clara, verificable y evaluable que favorece el ejercicio del derecho a la PS especialmente en los grupos con mayor condición de vulnerabilidad.

El proceso de transformación del sistema mexicano de salud, si bien incipiente, apunta en la dirección correcta y responde a la problemática revisada en este trabajo. Los resultados en cuanto al avance efectivo en el DPS dependerán en gran medida de la implementación adecuada del MAS-Bienestar.

Dado que la Ensanut Continua 2023 se realizó antes del inicio de la implementación del MAS-Bienestar, nuestros resultados aportan una línea basal, por lo que no deben considerarse con carácter evaluativo.

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

Referencias

1. Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se emite el Modelo de Atención a la Salud para el Bienestar (MAS-Bienestar). 25 de octubre de 2022 [citado julio 23, 2024]. Disponible en: https://dof.gob.mx/index_113.php?year=2022&month=10&day=25#gsc.tab=0
2. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. ¿Qué son los derechos Humanos? México: CNDH, 2024 [citado julio 22, 2024]. Disponible en: <https://www.cndh.org.mx/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos>
3. Aguilera-Portales RE, López-Sánchez R. Los derechos fundamentales en la teoría jurídica garantista de Luigi Ferrajoli. En: Aguilera-Portales RE. Nuevas perspectivas y desafíos en la protección de los derechos humanos. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2004. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/6/2977/4.pdf>
4. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. ¿Qué son los Derechos Humanos? OACNUDH, 2024 [citado julio 22, 2024]. Disponible en: <https://www.oacnudh.org/derechos-humanos/que-son-los-derechos-humanos/>
5. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. Curso Fundamentos teóricos de los derechos humanos. Ciudad de México: Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal: 2011. Disponible en: https://piensadh.cdhdh.org.mx/images/publicaciones/material_de_capacitacion/curso/2011_Fundamentos_teoricos_dh.pdf
6. Organización Panamericana de la salud. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Washington DC: OPS, 2020 [citado abril 2, 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275322642>
7. Lopez-Arellano O, Lopez-Moreno S. Derecho a la salud en México. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana, 2015. Disponible en: https://publicaciones.xoc.uam.mx/TablaContenidoLibro.php?id_libro=637
8. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 4o. Diario Oficial de la Federación. 8 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPEUM.pdf>
9. Levesque J-F, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12:1-9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
10. Saturno-Hernández PJ. Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2015. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-antiguas-2010/4071-mejora-calidad-servicios-salud.html>
11. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 1978;56(2):295-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/>
12. Hirmas-Aday M, Poffald-Angulo L, Jasmen-Sepúlveda AM, Aguilera-Sanhueza X, Delgado-Becerra I, Vega-Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Pública*. 2013;33(3):223-9. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v33n3/a09v33n3.pdf
13. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Índice de vulnerabilidad social. Elementos para su actualización metodológica. Ciudad de México: Coneval, 2021. Disponible en: https://sitios1.dif.gob.mx/alimentacion/docs/Indice_Vulnerabilidad_Social_DIF_CONEVAL_2021.pdf
14. Lara-Espinosa D. Grupos en situación de vulnerabilidad. Ciudad de México: CNDH, México, 2015. Disponible en: https://appweb.cndh.org.mx/biblioteca/archivos/pdfs/fas_CTDH_GruposVulnerabilidadLaReimpr.pdf
15. Romero-Martínez M, Cuevas-Nasu L, Gaona-Pineda EB, Shamah-Levy T. Nota técnica de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023: resultados del trabajo de campo. *Salud Publica Mex*. 2024;66(3):604-6. <https://doi.org/10.21149/15604>
16. 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):s15-22. <https://doi.org/10.21149/14813>
17. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS, 2015 [citado julio 23, 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
18. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Pobreza y cuidado infantil: un estudio cualitativo en hogares en México. Ciudad de México: Coneval, 2022 [citado julio 23, 2024]. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/InformesPublicaciones/Paginas/Mosaicos/Pobreza_y_cuidado_infantil.aspx
19. Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud: Síntesis de resultados y recomendaciones. OPS, 2023 [citado abril 3, 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/analizar-superar-barreras-acceso-para-fortalecer-atencion-primaria-salud-sintesis>
20. Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, del Riego A, et al. Barreras de acceso a los servicios de salud para mujeres, niños y niñas en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2023;46:e94. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.94>
21. Ferreyra M. El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas. Ciudad de México: ONU Mujeres, 2018. Disponible en: <https://seminarioenvejecimiento.sdi.unam.mx/media/attachments/2023/12/04/b6.pdf>
22. Marcos-Marcos J, Mateos JT, Gasch-Gallén À, Álvarez-Dardet C. El estudio de la salud de los hombres desde una perspectiva de género: de dónde venimos, hacia dónde vamos. *Salud Colect*. 2020;16:e2246. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2246>
23. Arredondo A. Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socio-económico. *Salud Ment*. 2010;33(5):397-408. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252010000500004&script=sci_abstract&tlng=pt
24. Sánchez-Torres DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2017;55(1):82-9. Disponible en <https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A2%3A7070194/detail?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A120944325&rl=c>
25. Santoyo-Sánchez G, Arredondo-López AA. Revisión y análisis sobre los determinantes de acceso a los servicios de atención primaria en población adulta mayor rural y urbana. *Horiz Sanit*. 2020;19(2):175-84 [citado julio 23, 2024]. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n2.3275>