

Factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México

Miguel Ángel González-Block, D Sc,⁽¹⁾ Alma Lucila Saucedo-Valenzuela, M en C,⁽¹⁾
Yared Santa Ana-Téllez, M en C.⁽²⁾

González-Block MA, Saucedo-Valenzuela AL, Santa Ana-Téllez Y.
Factores asociados a la demanda de servicios para la atención del parto en México.
Salud Publica Mex 2010;52:416-423.

González-Block MA, Saucedo-Valenzuela AL, Santa Ana-Téllez Y.
Factors associated with the demand for delivery care in Mexico.
Salud Publica Mex 2010;52:416-423.

Resumen

Objetivo. Analizar los factores asociados a la utilización de la institución de atención del parto en México para documentar el proceso de integración funcional de instituciones de salud. **Material y métodos.** Se utilizó información de mujeres con último parto entre 2000 y 2005 en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Se aplicó la prueba de ji cuadrada para probar diferencias entre institución utilizada y aseguramiento. Se usó regresión logística para identificar factores que favorecieron la demanda de instituciones diferentes a las de afiliación de la mujer. **Resultados.** El 62.6% de mujeres con seguridad social utilizó instituciones de afiliación y 13.4% instituciones públicas. Entre no aseguradas 43.3% utilizó instituciones públicas y 19% seguridad social; 64.3% de afiliadas al Seguro Popular se atendieron en instituciones públicas. Variables de acceso, nivel socioeconómico y condiciones de vida influyeron en la demanda referida. **Conclusiones.** El traslape para atención de partos institucionales documenta la existencia de integración funcional *de facto* entre instituciones de salud mexicanas.

Palabras clave: demanda; servicios de salud; atención; parto; integración funcional; México

Abstract

Objective. Analyze the factors associated with the utilization of delivery care institutions in Mexico in order to document the functional integration of health institutions. **Materials and Methods.** Based on the 2006 National Health and Nutrition Survey, information from women whose last birth was between 2000 and 2005 was used. Chi square was used to test differences between institutions used and health insurance type. A logistic regression was carried out to identify factors associated with the demand for institutions with which women were not affiliated. **Results.** Women with social security used in 62% of the cases the institution of their affiliation and 13.4% used public institutions. For uninsured women, 43.3% used public institutions and 19.0% social security institutions; 64.3% of the Seguro Popular affiliates were treated in public institutions. Variables related to access, socioeconomic status and living conditions influenced said demand. **Conclusions.** The utilization of an institution of delivery that differed from the one with which the women were affiliated indicates the existence of a *de facto* functional integration between health institutions in Mexico.

Key words: demand; health services; attention; delivery; functional integration; Mexico

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

(2) Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México.

Fecha de recibido: 26 de enero de 2010 • **Fecha de aceptado:** 29 de julio de 2010
Solicitud de sobretiros: Dr. Miguel Ángel González-Block. Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública.
Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: miguel.gonzalezblock@insp.mx

La mortalidad materna es un indicador fundamental del desarrollo social de un país, por lo que su reducción y adecuado control son un objetivo primordial de las autoridades sanitarias en el ámbito global. El sector salud mexicano ha realizado esfuerzos para lograr el cumplimiento de reducción en la mortalidad materna, uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la Organización de las Naciones Unidas para el año 2015. Sin embargo ha habido obstáculos, entre ellos la reciente pandemia de influenza AH1N1, que han retrasado el avance en su reducción.¹

La mortalidad materna se encuentra estrechamente relacionada con la utilización oportuna y eficiente de personal profesional calificado. Sin embargo, la selección del servicio de atención médica, así como la decisión de buscar atención, dependen de factores capacitantes relacionados a la capacidad económica y a la afiliación a esquemas de servicios de salud pre-pagados,^{2,3} ya sean de la seguridad social que ampara a los trabajadores y sus familiares o de la protección social en salud que subsidia la atención para el sector informal de la economía y para los desempleados. En México y la mayoría de los países de América Latina que siguen el modelo segmentado de sistemas de salud, los servicios son propiedad de las instituciones de seguridad social o del Estado, así como de inversionistas privados, y existen pocas o nulas opciones de elección sin necesidad de realizar pagos adicionales. El problema que presenta este modelo es que no refleja el comportamiento real de la población, ya que no necesariamente se respetan las divisiones artificiales entre los tres segmentos y existe un traslape considerable de la demanda, ya que una elevada proporción de la población utiliza servicios diferentes a los que, por prestaciones laborales y apoyos gubernamentales, tiene derecho sin necesidad de pago adicional o sin contravenir la normatividad de acceso a las instituciones de seguridad social. Esto conduce a la realización de múltiples pagos que imponen a familias y empresas una carga financiera desproporcionada,^{4,5} o bien, al acceso no formal a instituciones de seguridad social por personas no afiliadas a las mismas. La magnitud de este problema se ha hecho evidente en las reformas llevadas a cabo en los últimos años en los países de la región, que tienen dentro de sus objetivos lograr la conformación de sistemas de salud menos segmentados y de mayor integración que den respuesta a las preferencias de la población.^{4,6,7} En México por ejemplo, El Programa Nacional de Salud 2007-2012 contempla dentro de su estrategia número 5 organizar e integrar la prestación de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud. Para lo cual, su línea de acción número 5.5 se enfoca en promover una mayor colaboración entre instituciones, entidades federativas

y municipios para mejor aprovechamiento de la capacidad instalada en materia de prestación de servicios de salud.⁸ Entre los esfuerzos nacionales específicos de integración en el ámbito de salud materna se encuentra el convenio firmado por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de Salud (SSa) el 28 de mayo del año 2009, donde se manifiesta que dichas instituciones proveerán atención médica a todas las mujeres en edad gestacional que presenten una emergencia obstétrica.⁹ Asimismo, también se han formalizado convenios de integración interinstitucional para la atención de la salud materna firmados a nivel estatal, como es el caso de los estados de Tabasco, Tlaxcala y Michoacán.¹⁰⁻¹¹

Esta investigación se propone iluminar el escenario de la integración funcional *de facto* en el terreno de la atención del parto antes del arranque de las políticas de integración funcional que están poniéndose en marcha para cubrir estas necesidades.* En términos operacionales, la *integración funcional* se refiere a que un sistema de salud opera funcionalmente como un sistema único, a pesar de que se encuentre conformado por organizaciones independientes para la financiación, la prestación y la regulación de la atención de la salud.¹²

Material y métodos

Se utilizó información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (Ensanut 2006).¹³ En la sección de Salud reproductiva de los cuestionarios para mujeres adultas y adolescentes se preguntó sobre el parto del último hijo nacido vivo desde el año 2000 e incluyó información para 7 561 casos. La sección de datos del hogar preguntó sobre la afiliación a la seguridad social y sobre las condiciones socioeconómicas de los hogares al momento de la encuesta.

Se agrupó el tipo de institución utilizada para atender el parto en: 1) institución pública para población no asegurada: mujeres atendidas en instituciones de: SSa,

* Cabe señalar que aunque desde décadas pasadas se han puesto en marcha algunos esfuerzos de integración interinstitucional para la prestación de servicios de salud –como es el caso del Programa IMSS Coplamar e IMSS Solidaridad, antecedentes del actual Programa Oportunidades–, éstos han sido focalizados básicamente en poblaciones vulnerables, como grupos de mayor pobreza o habitantes de zonas altamente marginadas, firmados principalmente con el respaldo institucional de la SSa y del IMSS, a diferencia de los convenios de integración puestos en marcha en la actualidad; en específico el Convenio para la atención de emergencias obstétricas, que es más incluyente tanto en grupos poblacionales como en instituciones participantes.

IMSS-Oportunidades, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Cruz Roja, Instituto Nacional Indigenista, Hospitales Civiles, Institutos Nacionales; 2) institución de seguridad social: mujeres atendidas en instituciones del IMSS, ISSSTE, ISSSTE Estatal, Marina/Defensa, Petróleos Mexicanos (Pemex); 3) institución privada, y 4) atención en otro sitio, que incluyó las mujeres que tuvieron el parto en su casa, en casa de la partera u otro lugar. Se utilizó ji cuadrada para probar diferencias entre tipo de institución utilizada y tipo de afiliación (con seguridad social, con Seguro Popular, con seguro privado, no aseguradas).

Se procedió a refutar las hipótesis de que las mujeres inscritas a la seguridad social utilizan los servicios médicos correspondientes a su afiliación y de que las mujeres afiliadas al Seguro Popular y no aseguradas utilizan los servicios públicos. Para ello se construyeron modelos de regresión logística para identificar los factores que favorecieron la demanda de servicios institucionales diferentes a la situación de afiliación. La variable dependiente fue la utilización o no utilización de la institución esperada de acuerdo a la afiliación. Los modelos se realizaron de manera separada tanto para usuarias con seguridad social como para no aseguradas. Las afiliadas al Seguro Popular se incluyeron en el grupo de no aseguradas, dado que comparten características similares, siendo su nicho institucional de atención las instituciones públicas. No se generaron modelos para usuarias afiliadas a seguros privados debido a su reducido tamaño de muestra.

Como variables independientes se incluyeron en los modelos las características de las mujeres, tales como edad, agrupada en tres categorías: 12-24 años, 25-34 años y 35-49 años; escolaridad (primaria o menos, secundaria o más) y estado civil, en el que se consideraron dos grupos: solo o unido; en este último se encuentran aquellas que viven en unión libre y casadas. También se incluyó el parentesco de la mujer con el jefe del hogar, ocupación –variable clasificada en si la mujer trabaja o estudia o se dedica al hogar o alguna otra actividad–, y condición de indígena, donde se consideró el auto-asumirse como indígena. Igualmente fue considerada la variable de tipo de parto (vaginal o cesárea).

Además fueron incluidas características del hogar tales como nivel socioeconómico, estrato (urbano, rural), y una variable de nivel estatal de afiliación para medir su influencia sobre el tipo de servicio utilizado. Dicha variable se construyó con datos del aseguramiento por entidad federativa tomados de la misma encuesta, y se clasificó en terciles (bajo, medio, alto). Otra variable incluida fue el índice de desarrollo humano estatal, para el que se usó el Índice de Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo,¹⁴

y se agrupó también en terciles. Para el análisis de la información se tomó en cuenta el diseño de la encuesta utilizándose datos ponderados.

Resultados

Un total de 7 561 mujeres fueron observadas con atención del parto, que representan a 8 563 613 mujeres. La atención del parto ocurrió mayormente a nivel institucional: 36.1% en instituciones públicas, 31.9% en seguridad social, 24.2% en instituciones privadas, y 7.8% se atendió en casa u otro sitio. La forma de nacimiento fue vía vaginal en 62.7% y por cesárea 37.3 por ciento. Personal médico otorgó la mayor atención (93.4%). Contaron con seguridad social 31.5% de las mujeres, mientras que 13.3% mencionó estar afiliada al Seguro Popular; únicamente 1% estaba cubierta con seguro médico privado, y 54.2% no contaba con esquemas formales de aseguramiento (cuadro I). Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la institución utilizada para la atención del parto y el esquema de aseguramiento de las usuarias, $p=0.000$ (cuadro II). El 62.6% de las mujeres afiliadas a la seguridad social se atiende en instituciones del ramo, mientras que 13.4% lo hace en instituciones públicas y 20.9% en privadas. Entre las mujeres no aseguradas, 43.3% se atendió en instituciones públicas y hasta 19.0% en instituciones de seguridad social, con 27.3% que acudió a servicios privados. Las mujeres afiliadas al Seguro Popular se atendieron en 64.3% en instituciones públicas –aquellas en las cuales sus gastos estarían cubiertos por el seguro–, mientras que 12.6% acudió a instituciones de seguridad social y 14.2% a servicios privados. La atención del parto en casa o en otro lugar fue de 3.1% para las mujeres afiliadas, y subió a 8.9% para las afiliadas al Seguro Popular y 10.4% para las no aseguradas (cuadro II).

Respecto a los factores que pudieran explicar la demanda de servicios diferentes a los previstos por el esquema de aseguramiento, las variables de mayor asociación fueron:

De las afiliadas a la seguridad social

Entre las variables de las mujeres afiliadas a la seguridad social asociadas a la utilización de servicios en instituciones públicas está: ser jóvenes de 12 a 24 años, solteras, de localidades rurales, indígenas, con parto vaginal. Los factores asociados a la demanda de servicios privados por mujeres afiliadas fueron: contar con estudios de secundaria o mayores, pertenecer al nivel socioeconómico medio y alto, ser solteras, habitantes de zonas con nivel de afiliación a la seguridad social (NASS) bajo y medio. La pertenencia al nivel socioeconómico medio fue un

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

	n*	N [‡] (1000)	%
Institución de atención			
Pública	3 031	3 067	36.1
Seguridad social	2 403	2 712	31.9
Privada	1 449	2 050	24.2
Otro sitio de atención	613	660	7.8
Total	7 496	8 488	100.0
Tipo de parto			
Vaginal	4 877	5 331	62.7
Cesárea	2 645	3 177	37.3
Total	7 522	8 507	100.0
Personal que atendió			
Médico	7 024	7 992	93.4
Partera	414	431	5.0
Otro / nadie	123	141	1.6
Total	7 561	8 564	100.0
Afiliación			
Seguridad social	2 264	2 687	31.5
Seguro Popular	1 375	1 134	13.3
Seguro privado	50	92	1.0
No asegurada	3 858	4 629	54.2
Total	7 547	8 543	100.0

*Tamaño de muestra

‡Tamaño ponderado dividido entre mil

La suma de las cantidades puede no coincidir con el total debido al redondeo.

Fuente: Referencia 13

factor que favoreció la utilización de las instituciones de afiliación (cuadro III).

De las no afiliadas a la seguridad social

Las variables que incrementaron las probabilidades de demanda en instituciones de seguridad social por no aseguradas fueron: escolaridad de secundaria o más, estar unidas, habitar áreas urbanas, así como vivir en estados con medio y alto NASS, y que se les practicó cesárea. Los factores que desalientan la utilización de instituciones de seguridad social por no afiliadas son la pertenencia al nivel socioeconómico medio, habitar en estados con índice de desarrollo humano (IDH) medio, así como ser jefa del hogar o pareja del jefe (cuadro IV).

Las mujeres no aseguradas que demandaron atención en instituciones privadas compartieron algunas características comunes a las mujeres atendidas en instituciones de seguridad social, resaltando la escolaridad y estado civil. Se observaron mayores probabilidades de uso de servicios privados en mujeres no aseguradas con residencia urbana y con realización del parto por cesárea. El vivir en zonas de IDH nivel medio y alto resultó factor protector hacia la demanda de servicios privados por no aseguradas. Adicionalmente, la pertenencia al nivel socioeconómico medio y alto resultó fuertemente asociada con mayor demanda de atención en instituciones privadas (cuadro IV).

Independientemente del nivel de aseguramiento, las mujeres de áreas rurales, indígenas, de zonas con moderado y bajo NASS tuvieron mayores probabilidades de atender su parto en casa u otro sitio. Asimismo, entre las no aseguradas, resultó altamente relacionada

Cuadro II
INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN DEL PARTO SEGÚN ESQUEMA DE ASEGURAMIENTO DE LAS USUARIAS. MÉXICO 2000-2005

Institución de atención	Afiliación (%)			
	Seguridad social	Seguro Popular	Seguro privado	No aseguradas
Pública	13.4	64.3	4.6	43.3
Seguridad social	62.6	12.6	13.2	19.0
Privada	20.9	14.2	82.2	27.3
Otro sitio de atención	3.1	8.9	0	10.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Frecuencia N (1000)	2 678	1 117	92	4 579

$\chi^2=1 962.9$ $p=0.000$

Fuente: Referencia 13

Cuadro III
MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA. FACTORES ASOCIADOS
A LA DEMANDA DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO
POR MUJERES AFILIADAS A LA SEGURIDAD SOCIAL. MÉXICO
2000-2005

Variable	RM	IC 95%
Demanda en instituciones públicas		
Edad	12-24 años	2.42 1.38-4.26
	25-34 años	1.43 0.88-2.30
	35-49 años	1
Estado civil	Soltera	2.47 1.35-4.52
	Unida	1
Indígena	Sí	2.06 1.24-3.43
	No	1
Nivel socioeconómico	Medio	0.57 0.37-0.88
	Alto	0.63 0.35-1.14
	Bajo	1
Tipo de localidad	Rural	1.76 1.01-3.06
	Urbana	1
Tipo de parto	Vaginal	1.77 1.21-2.59
	Cesárea	1
Demanda en instituciones privadas		
Escolaridad	Secundaria o más	1.92 1.23-3.01
	Primaria o menos	1
Estado civil	Soltera	1.94 1.07-3.51
	Unida	1
Nivel socioeconómico	Medio	2.00 1.28-3.13
	Alto	2.76 1.63-4.67
	Bajo	1
Nivel de afiliación a la seguridad social de la entidad	Bajo	1.89 0.94-3.78
	Medio	1.91 1.15-3.19
	Alto	1
Otro sitio de atención		
Indígena	Sí	2.98 1.36-6.48
	No	1
Tipo de localidad	Rural	2.51 1.03-6.10
	Urbana	1
Nivel de afiliación a la seguridad social de la entidad	Bajo	3.17 1.15-8.74
	Medio	1.10 0.48-2.55
	Alto	1

n=2 258

Demanda en instituciones públicas. Modelo ajustado por: ocupación, escolaridad, relación con el jefe del hogar, índice de desarrollo humano, nivel de afiliación a la seguridad social

Demanda en instituciones privadas. Ajustado por: condición de indígena, ocupación, edad, relación con el jefe del hogar, tipo de parto, tipo de localidad, índice de desarrollo humano

Otro sitio de atención (incluye las mujeres atendidas en su casa, en casa de la partera o en otro lugar). Ajustado por: ocupación, edad, escolaridad, estado civil, relación con el jefe del hogar, tipo de parto, nivel socioeconómico, índice de desarrollo humano

Fuente: Referencia 13

Cuadro IV
MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA. FACTORES ASOCIADOS
A LA DEMANDA DE SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO
POR MUJERES NO ASEGURADAS. MÉXICO 2000-2005

Variable	RM	IC 95%
Demanda en instituciones de seguridad social		
Escolaridad	Secundaria o más	1.85 1.43-2.39
	Primaria o menos	1
Estado civil	Unida	1.76 1.12-2.76
	Soltera	1
Relación con jefe hogar	Jefe hogar / pareja	0.61 0.43-0.88
	Otro	1
Nivel socioeconómico	Bajo	0.63 0.40-1.00
	Medio	0.57 0.36-0.90
	Alto	1
Tipo de localidad	Urbana	1.46 1.10-1.94
	Rural	1
Índice de desarrollo humano	Medio	0.67 0.50-0.91
	Alto	0.68 0.46-1.02
	Bajo	1
Nivel de afiliación a la seguridad social de la entidad	Medio	1.47 1.11-1.95
	Alto	1.74 1.09-2.76
	Bajo	1
Tipo de parto	Cesárea	1.40 1.09-1.79
	Vaginal	1
Demanda en instituciones privadas		
Escolaridad	Secundaria o más	1.79 1.37-2.33
	Primaria o menos	1
Estado civil	Unida	1.69 1.12-2.55
	Soltera	1
Nivel socioeconómico	Medio	1.49 1.14-1.96
	Alto	2.66 1.74-4.07
	Bajo	1
Tipo de localidad	Urbana	2.09 1.48-2.96
	Rural	1
Índice de desarrollo humano	Medio	0.67 0.46-0.98
	Alto	0.45 0.27-0.74
	Bajo	1
Tipo de parto	Cesárea	2.23 1.71-2.89
	Vaginal	1
Otro sitio de atención		
Escolaridad	Primaria o menos	1.57 1.10-2.25
	Secundaria o más	1
Indígena	Sí	1.92 1.39-2.64
	No	1
Tipo de localidad	Rural	1.39 1.01-1.92
	Urbana	1
Índice de desarrollo humano	Bajo	0.42 0.24-0.76
	Medio	0.56 0.34-0.92
	Alto	1
Nivel de afiliación a la seguridad social de la entidad	Bajo	6.11 2.99-12.49
	Medio	2.01 1.13-3.57
	Alto	1
Tipo de parto	Vaginal	4.00 2.48-6.44
	Cesárea	1

n=5 222

Demanda en instituciones de seguridad social. Modelo ajustado por: condición de indígena, ocupación, edad

Demanda en instituciones privadas. Ajustado por: condición de indígena, ocupación, edad, relación con el jefe del hogar, nivel de afiliación a la seguridad social

Otro sitio de atención. Ajustado por: ocupación, edad, estado civil, relación con el jefe del hogar, nivel socioeconómico

Fuente: Referencia 13

con la atención del parto en casa u otro lugar la baja escolaridad y la resolución del parto vía vaginal, mientras que la residencia en zonas con IDH bajo y medio resultó factor protector para dicha atención (cuadros III y IV).

Impacto en la oferta de servicios

Considerando el total de partos atendidos entre el año 2000 y el fin de la encuesta en 2006, en la seguridad social se ofrecieron 62.1% (1.7 millones) a mujeres aseguradas, y 37.9% (1.0 millones) a mujeres no aseguradas. En instituciones públicas 88.3% de la atención fue ofrecida a mujeres no aseguradas (2.7 millones, incluyendo afiliadas al Seguro Popular), mientras que 11.7% (0.36 millones) fue ofrecido a mujeres aseguradas. Los servicios privados ofrecieron 27.4% de su oferta (0.56 millones) a mujeres aseguradas y 72.6% (1.5 millones) a no aseguradas. Hasta 12.7% de los partos atendidos en casa u otro lugar (0.08 millones) fueron de mujeres aseguradas (cuadro V).

Por cada parto de mujer afiliada a la seguridad social que fue atendido en servicios públicos, las instituciones de seguridad social atendieron 2.85 partos de mujeres no afiliadas. Analizando el balance de la oferta de la seguridad social puede verse que por cada parto de una mujer asegurada atendido en instituciones ajenas a la seguridad social, las instituciones de seguridad social atendieron 1.1 partos de mujeres no aseguradas.

Discusión

La demanda para atención del parto no necesariamente ocurrió respetando los nichos institucionales de atención. Este resultado refleja y refuerza la problemática

de traslapes en la demanda que caracterizan al modelo segmentado de atención a la salud de nuestro país.⁴ Dentro de los problemas presentes en el modelo segmentado figura el caso de las aseguradas que se atienden en instituciones públicas; esta situación reduce las posibilidades de atención de la población blanco de las instituciones públicas, la cual a su vez es la población más carente y con menos probabilidad de acceso a otro tipo de servicios.

Situación similar se presenta para las no aseguradas, dado que en nuestro estudio un número importante de mujeres no inscritas a la seguridad social sortearon la barrera de acceso impuesta por la afiliación y se atendieron en ellas. Sin embargo, en este apartado cabe señalar que la demanda fuera de las instituciones públicas entre las no aseguradas fue diferente entre las adscritas y no adscritas al Seguro Popular, ya que la afiliación al Seguro Popular favoreció la demanda de la atención del parto en instituciones públicas y restringió la utilización en instituciones de seguridad social y privadas.

En concordancia con los modelos logísticos desarrollados, factores relativos al acceso, condiciones de vida, así como al nivel de afiliación de las instituciones de seguridad social en los estados tuvieron una influencia importante para que las usuarias aseguradas utilizaran instituciones diferentes. Llama sobre todo la atención el que mujeres aseguradas jóvenes, solteras, de áreas rurales indígenas y habitantes de estados con menor NASS fueron las que menos probabilidades tuvieron de acceder a sus instituciones de afiliación. En efecto, estas mujeres son también las que mayor riesgo tienen de mortalidad materna. En tanto que las mujeres no afiliadas a la seguridad social que utilizaron instituciones diferentes a las públicas tuvieron en común características de mejor acceso, mayores estudios y con vida de pareja.

Cuadro V

TOTAL DE PARTOS ATENDIDOS SEGÚN AFILIACIÓN A LA SEGURIDAD SOCIAL E INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN. MÉXICO 2000-2005

Afiliación	Institución de atención									
	Pública		Seguridad social		Privada		Otro sitio de atención		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Con seguridad social*	358 237	11.7	1 677 588	62.1	558 879	27.4	83 670	12.7	2 678 475	31.6
Sin seguridad social‡	2 707 485	88.3	1 022 762	37.9	1 484 408	72.6	574 239	87.3	5 789 093	68.4
Total	3 065 722	100.0	2 700 350	100.0	2 043 287	100.0	657 909	100.0	8 467 568	100.0

* Incluye población afiliada al IMSS, ISSSTE, ISSSTE Estatal, Marina/Defensa, Pemex

‡ Incluye población no asegurada y afiliadas al Seguro Popular

Fuente: Referencia 13

Por otro lado, las mujeres atendidas en instituciones privadas –aseguradas y no aseguradas– compartieron características de mejor nivel económico, contaron con mayores estudios y habitaron en lugares de mejor acceso a los servicios; en tanto que las mujeres atendidas en casa u otro lugar presentaron una situación económica, personal y de acceso mucho menos favorecida. Estos resultados concuerdan con otros estudios que han encontrado que la baja escolaridad, las condiciones de pobreza, vivir en áreas rurales marginadas, la multiparidad y la atención del parto vía vaginal son variables que favorecen la atención del parto en casa.¹⁵⁻¹⁷

El traslape en la demanda de servicios entre instituciones públicas y de seguridad social tiende a favorecer a las primeras, pues se atienden más del doble de los partos de mujeres no aseguradas dentro de instituciones de seguridad social que de aseguradas en instituciones públicas. Por otra parte, las instituciones de seguridad social están compensando en la misma proporción la atención del parto de aseguradas fuera de sus instituciones con la atención de no aseguradas dentro de las mismas. En este balance habría que considerar los costos de la atención, pues es probable que éstos sean diferentes entre instituciones, modificando la distribución neta de beneficios.

Los resultados observados representan una tendencia de largo plazo en México. Un estudio realizado con base en la utilización de instituciones públicas y privadas por derechohabientes encontró que de 15 a 30% de los pacientes atendidos en instituciones públicas gozaban de afiliación a seguridad social.⁷ Un estudio posterior a la Encuesta Nacional de Salud de 1988 encontró que entre las mujeres con seguridad social 66% utilizaron servicios de su adscripción para el parto, en tanto que 14% usó servicios privados. Estos resultados presentan una tendencia muy similar 20 años más tarde, con 62.6 y 20.9%, respectivamente. En 1988 sólo 36% de las mujeres no aseguradas usó los servicios públicos, 39% usó servicios privados, y 22% fue atendida en seguridad social. Aquí se notan diferencias mayores con la situación en el primer lustro del presente siglo, pues en el caso de las mujeres no aseguradas hasta 43.3% utilizaron servicios públicos, mientras que 27.3% se atendieron en los servicios privados.¹⁸

Entre las limitantes del presente estudio está el hecho de que no se exploraron las condiciones en las que se presentó el parto –por ejemplo si requirió atención en la clínica más cercana porque ya no tuvo tiempo de acudir al establecimiento de su afiliación–, que tampoco considera variables de calidad que pudieran indicar los motivos de preferencia de la institución de atención, ni el costo del servicio para comparar precios entre instituciones, o bien, sólo recabó la variable de localidad

de residencia de la mujer y no el tipo de localidad de atención del parto, siendo que este último pudo haber tenido lugar en una localidad diferente a la residencia de la usuaria. Consideramos importante incluir las variables mencionadas en posteriores encuestas, ya que proporcionan mayores elementos de análisis. Otra limitante es que no se haya encuestado sobre el estatus de afiliación al momento del parto. No obstante, se espera que este sesgo sea menor debido a la baja fluctuación en la afiliación real durante el periodo.

Conclusiones

A pesar de que una proporción importante de mujeres atendidas por parto utilizó los servicios médicos correspondientes a su nicho institucional, un porcentaje significativo accedió a instituciones distintas. Llama la atención el muy marcado acceso a instituciones de seguridad social que logran las usuarias no aseguradas y el balance que dicha atención significa respecto de las mujeres aseguradas que se atienden fuera de la seguridad social. La atención materna ha sido señalada como un motivo de atención prioritaria para el combate de la mortalidad asociada al embarazo y el parto y se han hecho esfuerzos para reducir las barreras a la atención profesional, incluida la atención en instituciones de seguridad social para mujeres no afiliadas, tal como sucede actualmente con el convenio para la atención de emergencias obstétricas. Es importante realizar mayor investigación sobre los patrones de acceso cruzado a los servicios de las diversas instituciones y analizar la continuidad y calidad de la atención desde la promoción de la salud en la preconcepción, incluyendo la atención del embarazo hasta el parto y el puerperio.

Agradecimientos

A Ma. de la Luz Kageyama-Escobar, que asesoró el diseño estadístico de esta investigación.

Declaración de conflicto de intereses

Declaramos no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Se elevó la mortalidad materna en 9 estados.[Consultado 2010 abril 29] Disponible en: <http://www.milenio.com/node/409906>.
2. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1997;39:442-450.
3. Anderson RA. A behavioral model of families. Use of health services. Centre for Health Administration Studies. University of Chicago. En: Joseph AE, Phillips DR, ed. *Accessibility and utilization. Geographical*

- perspectives on health care delivery. Cambridge (MA): Harper and Row Publisher, 1984.
4. Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. En: Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas, ed. Julio Frenk. México, DF: Funsalud, 1997: 307-346.
 5. González-Block MA. El traslape de la demanda en el sistema nacional de salud de México: Limitaciones a la integración sectorial. *Salud Publica Mex* 1988;30:804-814.
 6. Lechuga-Montenegro J. Las reformas de salud en América Latina. [Consultado 2009 septiembre 20] Disponible en: <http://www.azc.uam.mx/socialesyhumanidades/03/reportes/eco/lec/vlec001.pdf>
 7. Maceira D. Actores y reformas en salud en América Latina. [Consultado 2009 septiembre 20] Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=1442341>
 8. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, DF: SSA, 2007.
 9. SSA, IMSS, ISSSTE. Convenio de atención de la emergencia obstétrica. [Consultado 2010 abril 27] Disponible en: http://www.issste.gob.mx/www/programas/atencionobstetrica/normatividad/convenio_emergencias_obstetricas.pdf
 10. Firman convenio para atención de emergencias obstétricas. [Consultado 2010 mayo 03] Disponible en: <http://www.pulso.ws/periodico/noticias/noticias-del-gobierno/3132-firman-convenio-para-atencion-de-emergencias-obstetricas>.
 11. Firman Convenio de Colaboración Institucional a Favor de la Salud en la Mujer. [Consultado 2010 mayo 03] Disponible en: http://www.michoacan.gob.mx/SMujer/Firman_Convenio_de_Colaboracion_Institucional_a_Favor_de_la_Salud_en_la_Mujer.
 12. Musgrove P, González-Block MA. Retos de la integración del Sistema de Salud en México. Memorias del Foro de Liderazgo en Salud. Cuernavaca, Morelos, México: INSP, 2007:25-34.
 13. Oláiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernandez S, Hernández-Avila M et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
 14. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano en México 2006-2007. [Consultado 2009 septiembre 30] Disponible en: <http://www.undp.org.mx/DesarrolloHumano/informes/index.html>.
 15. Thind A, Mohani A, Banerjee K, Hagigi F. Where to deliver? Analysis of choice of delivery location from a national survey in India. *BMC Public Health* 2008 Jan 24;8:29. [Consultado 2009 octubre 1] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>.
 16. Baraldi A, Daud ZP, Almeida AM, Gomes FA, Nakano AM. Adolescent pregnancy: a comparative study between mothers who use public and private health systems. *Rev Lat Am Enfermagem* 2007;15:799-805.
 17. Ikeako LC, Onah SE, Iloabachie GC. Influence of formal maternal education on the use of maternity services in Enugu, Nigeria. *J Obstet Gynecol* 2006;26:30-34.
 18. González-Block MA. Access policies and utilization patterns in prenatal and child delivery care in Mexico. *Health Policy Plann* 1994;9:204-212.