

La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza

Sergio Flores-Hernández, D en C,⁽¹⁾ Laura Rosario Mendoza-Alvarado, M en Dcia Univ,⁽¹⁾ Waldo Iván Vieyra-Romero, MC,⁽¹⁾ Estephanía Moreno-Zegbe, MC,⁽¹⁾ Arturo Cuauhtémoc Bautista-Morales, M en Gcia y Dir en Salud,⁽¹⁾ Hortensia Reyes-Morales, D en C.⁽²⁾

Flores-Hernández S, Mendoza-Alvarado LR, Vieyra-Romero WI, Moreno-Zegbe E, Bautista-Morales AC, Reyes-Morales H. La condición indígena en los servicios de salud: comparación de la calidad en la atención 2012-2018 para la población en pobreza. *Salud Publica Mex.* 2019;61:716-725. <https://doi.org/10.21149/10562>

Flores-Hernández S, Mendoza-Alvarado LR, Vieyra-Romero WI, Moreno-Zegbe E, Bautista-Morales AC, Reyes-Morales H. Indigenous condition in health services: comparison of quality of care 2012-2018 for poor population. *Salud Publica Mex.* 2019;61:716-725. <https://doi.org/10.21149/10562>

Resumen

Objetivo. Comparar la percepción de la calidad de atención ambulatoria de servicios de salud en 2012 y 2018, por condición indígena y no indígena. **Material y métodos.** Con información de dos encuestas poblacionales (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Ensanut] 2012 y Ensanut 100k) se analizó la calidad de atención con indicadores de estructura, proceso, resultado en salud y satisfacción. **Resultados.** Entre 2012 y 2018 aumentó la utilización de servicios privados, disminuyó la buena opinión sobre las condiciones del lugar y la percepción de tiempo de espera corto para utilizadores no indígenas. Para servicios públicos se mantuvo alto el surtimiento de medicamentos, disminuyó la realización de estudios de laboratorio y gabinete en la unidad de atención y la explicación del tratamiento farmacológico principalmente en no indígenas. La percepción de mejoría y la satisfacción fue buena. **Conclusión.** Es prioritario un modelo de atención ambulatoria acorde con las necesidades y expectativas de la población más vulnerable y, principalmente, indígena.

Palabras clave: calidad de la atención en salud; población indígena; atención ambulatoria; pobreza; poblaciones vulnerables

Abstract

Objective. To compare the perception of the quality of ambulatory care in users of health services in 2012 and 2018, by indigenous and non-indigenous condition. **Materials and methods.** With information from two population surveys (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [Ensanut] 2012 and Ensanut 100k) the quality of care was analyzed based on indicators of structure, process, health outcome and care satisfaction. **Results.** Between 2012 and 2018, the use of private health services increased; favorable opinion about the conditions of the site, and perception of short waiting times decreased among non-indigenous people. In public health services, the supply of medicines remained high, the laboratory and Rx tests in the same care unit and pharmacology treatment explanation decreased, particularly among non-indigenous patients. Perception of health improvement and satisfaction of care was adequate. **Conclusion.** An ambulatory care model aimed to response needs and expectations of the most vulnerable population, mainly the indigenous population, is a priority.

Keywords: quality of healthcare; indigenous population; ambulatory care; poverty; vulnerable populations

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

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

Fecha de recibido: 30 de abril de 2019 • Fecha de aceptado: 30 de septiembre de 2019

Autor de correspondencia: Hortensia Reyes-Morales. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: hortensia.reyes@insp.mx

Los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM),¹ actualmente Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS),² establecen reducir la pobreza y las desigualdades, resaltando la importancia de la cobertura universal en salud basada en equidad y medida como acceso y calidad de los servicios.³⁻⁵

El concepto de calidad de la atención desde una perspectiva integradora comprende el grado en que las propiedades de la estructura y los procesos de los servicios de salud para individuos y poblaciones son efectivos, eficientes, accesibles, equitativos, seguros, aceptables y centrados en la persona.⁶⁻⁸ Este marco conceptual ha sido ampliamente aceptado y permite el análisis de los componentes de estructura, proceso y resultado,⁹ así como de las dimensiones técnica e interpersonal, mediante indicadores para cada atributo.¹⁰

En muchos países en desarrollo¹¹ con altas tasas de morbilidad, principalmente en la población en pobreza, el logro de la calidad en salud sigue siendo un pendiente en la agenda, lo que limita una cobertura efectiva.^{12,13} En México, una de las políticas implementadas para contribuir al cumplimiento de las metas de los ODS es el Sistema de Protección Social en Salud, que mediante el Seguro Popular buscó la cobertura universal en salud para la población sin seguridad social y con menores recursos económicos¹⁴ al ofrecer un esquema de financiamiento para alcanzar el acceso a los servicios. Con este esquema, se disminuyó el gasto catastrófico en salud,¹⁵ aunque el impacto en la reducción de desigualdad fue limitado, en particular en cobertura de servicios con calidad.¹⁶ Políticas sociales adicionales como el programa *Prospera* (transferencias monetarias condicionadas) han contribuido también con efectos positivos en salud en el ámbito rural,^{17,18} aunque aún persisten áreas de oportunidad en equidad de género para comunidades indígenas.¹⁹

Se ha estimado que en alrededor de una quinta parte de localidades en México, la mayoría rurales dispersas, casi la mitad de sus habitantes es población indígena²⁰ y 21.5% de la población total se considera como tal.²¹ En esta población, las deficiencias en los servicios ambulatorios, puerta de entrada al sistema de salud, representan un problema determinado por factores sociales y culturales,²² además del cambiante patrón de utilización de los servicios ambulatorios debido a la transición epidemiológica.²³

Lo anterior evidencia la necesidad de identificar los avances en la atención a la población más vulnerable, por lo que el objetivo de este estudio fue efectuar un análisis comparativo de la calidad de la atención ambulatoria desde la perspectiva de los usuarios de servicios de salud, así como su diferencia por condición indígena y no indígena.

Material y métodos

Análisis secundario de datos con base en la sección de usuarios de servicios de salud de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), a partir de la comparación de la Ensanut 2012 y la Ensanut 100k, 2018.

En breve, Ensanut es una encuesta probabilística, con diseño de muestra polietápico y estratificado. En Ensanut 2012 se obtuvo información de 50 528 hogares en las 32 entidades federativas del país, con una tasa de respuesta de 87% de los hogares.²⁴ En Ensanut 100k²⁵ se obtuvo información de 11 542 hogares, con tasa de respuesta de 89%. En ambas encuestas se exploró el proceso de búsqueda, utilización y satisfacción con los servicios de salud curativos en el ámbito ambulatorio. A cada integrante del hogar se le preguntó si en las dos semanas antes de la entrevista “solicitó o recibió consulta (que no haya requerido hospitalización) por enfermedad, control de la misma, lesión o accidente”. A una submuestra de quienes respondieron afirmativamente se le aplicó el cuestionario de usuarios.

Para hacer comparable la Ensanut 2012, el análisis de ésta incluyó a usuarios de localidades menores de 100 000 habitantes y pertenecientes al primer tercil socioeconómico, medido respecto a carencias de bienes y servicios en la vivienda con los mismos criterios que para la Ensanut 100k. La muestra se estratificó por población indígena y no indígena (de acuerdo con la auto-adscripción de la persona encuestada).

La atención ambulatoria otorgada se analizó mediante indicadores de calidad de la atención en escala binaria, de calidad de la atención en las dimensiones de estructura, proceso y satisfacción de la atención y resultados en salud.

La dimensión de la estructura se evaluó con cuatro indicadores. Dos de ellos indican el acceso a medicamentos; el primero se refiere al informe de los usuarios sobre la obtención de todos los medicamentos recetados y el segundo reporta si éstos fueron obtenidos en la unidad que brindó la atención; el tercer indicador mide si los exámenes de laboratorio o gabinete se realizaron en la misma unidad de la atención y el cuarto expresa la percepción del informante sobre las condiciones del lugar de la atención. Se consideraron dos categorías; en la primera se agrupó la respuesta de buena o muy buena y en la segunda las respuestas de regular, mala y muy mala.

El proceso de la atención incluyó indicadores de percepción del usuario respecto a la consulta *médica*, en particular haber recibido un diagnóstico claro, explicaciones completamente comprensibles sobre la consulta y los medicamentos (la ausencia de información o recibir información parcial o no entendible fueron codificadas como no haber recibido explicaciones totalmente com-

prensibles). Se midió también la apreciación del tiempo desde la solicitud de la cita hasta la atención y el tiempo de espera en recibir la atención en la unidad médica. El tiempo de espera se reclasificó en dos categorías: corto o muy corto y largo o demasiado largo.

La dimensión de resultados en salud analizó la percepción del usuario sobre la mejoría de su estado de salud después de la última atención. Se codificaron como mejoría las respuestas de “mejoró mucho” o “mejoró” y se consideraron como no mejoría los reportes de estado de salud de “no cambió”, “empeoró” o “empeoró mucho”. La satisfacción del usuario se valoró a través de su percepción sobre la atención recibida (positiva con respuesta de “servicio bueno” o “muy bueno” y negativa si fue “regular”, “malo” o “muy malo”) y si regresaría al mismo lugar para atenderse.

En la Ensanut 100k se contó con la calificación global de los utilizadores a la calidad de la atención y a su satisfacción con el servicio, que se midieron en una escala del 1 al 10, donde el 1 refleja la menor calidad o satisfacción y el 10 la más alta.

Otras variables incluidas en el análisis fueron sexo, grupo de edad (0-9, 10 a 19, 20 a 59 y ≥ 60 años), pertenencia del hogar al programa *Prospera* y lugar de la atención, clasificado como: a) servicio público (unidad médica de institución pública de salud); b) servicio privado (médico privado, consultorio dependiente de farmacia) y c) otro tipo de servicio.

El análisis de los indicadores de calidad de atención incluyó la comparación entre las poblaciones indígena y no indígena en cada periodo (2012 y 2018) y entre ambos periodos y por servicios públicos y privados (excepto para los indicadores de acceso a medicamentos o exámenes de laboratorio, no comparables entre ambos tipos de servicio).

Para todos los indicadores se obtuvieron frecuencias absolutas, relativas e intervalos de confianza (IC al 95%). Se contrastaron las proporciones de las variables de la calidad de atención en población indígena y no indígena en cada periodo analizado (2012 y 2018) y entre los dos periodos. Para la comparación se utilizó la prueba *t*, asumiendo que los datos provienen de muestras aleatorias representativas de la población.

Para todas las estimaciones se consideraron los ponderadores y el diseño de cada encuesta y subpoblaciones incluidas. Se utilizó el programa estadístico Stata versión 14.0 (Stata, Stata Corp, College Station, TX). Los comités de investigación, ética y bioseguridad del Instituto Nacional de Salud Pública aprobaron las Ensanut analizadas.

Resultados

Se identificaron 5 071 personas que utilizaron los servicios de salud ambulatorios en los 15 días previos a la encuesta (4 086 en 2012 y 985 en 2018). De ellos, se consideró indígenas a 1 435 (35.1%) y 619 (62.8%), respectivamente.

En ambos periodos predominaron las mujeres y uno de cada tres utilizadores(as) tuvo entre 20 y 59 años. En 2012, la mitad fue residente de hogares *Prospera* y para 2018 esta proporción se redujo, principalmente en la población indígena, en casi 15% de hogares. La utilización de servicios públicos de salud disminuyó entre los dos periodos y aumentó la de médicos privados y de consultorios dependientes de farmacias, siendo mayor en población indígena con un incremento tres veces más grande entre ambos periodos (cuadro I).^{24,25} En la población total, los principales motivos de consulta fueron: 1) infecciones y síntomas respiratorios agudos (52.8 y 61.6%), 2) diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y obesidad (15.1 y 12.8%), y 3) enfermedades y síntomas gastrointestinales (7.9 y 7.4%) en 2012 y 2018, respectivamente. En ambos periodos, la solicitud de atención para enfermedades agudas fue mayor en los servicios privados que en los públicos (74.5 vs. 40.2% en 2012 y 60.8 vs. 50.2% en 2018) y para las enfermedades crónicas fue mayor en los servicios públicos (25.1 vs. 4.6% en 2012 y 18 vs. 6.2% en 2018) respectivamente (datos no mostrados en cuadro).

Los cuadros II, III y IV^{24,25} muestran las diferencias en la calidad de la atención en sus tres dimensiones, para utilizadores de atención ambulatoria en los servicios públicos y en los servicios privados, por condición indígena para ambas encuestas. Con respecto a la estructura, para los servicios públicos se reportó más de 80% de surtimiento del total de medicamentos en los dos periodos, que se incrementó hasta 9.4 puntos porcentuales en 2018; el surtimiento fue principalmente en la unidad de atención. En cuanto a los exámenes de laboratorio o gabinete, en 2012 un poco más de la mitad de la población reportó que se le realizaron en la unidad de atención, con una reducción en los dos grupos; en 2018 hubo una reducción no significativa en los no indígenas. Las condiciones del lugar de atención fueron calificadas como buenas por la mayoría de los utilizadores, con predominio para servicios privados (cuadro II).

En el proceso de atención (cuadro III), el tiempo de espera con cita fue calificado como corto en la mayoría de las personas de ambos grupos de población, con mayor proporción para servicios privados, y perma-

neció sin cambios entre los dos periodos analizados; el tiempo de espera para recibir la atención se percibió corto en 2012 por la mitad de los utilizadores de servicios públicos y por 80% de los de servicios privados. En 2018 mejoró esta percepción por la población no indígena utilizadora de servicios públicos y empeoró para servicios privados. La comunicación también fue bien calificada en los dos periodos; la información del diagnóstico empeoró en 2018 respecto a 2012

para el grupo de indígenas utilizadores de servicios privados. Aunque se mantuvo alta la proporción de personas que recibió explicaciones comprensibles en la consulta para ambos servicios, hubo una disminución en las explicaciones sobre tratamiento farmacológico a no indígenas en servicios públicos y a indígenas en servicios privados.

Respecto a los resultados en salud, en ambas poblaciones se reportó mejoría posterior a la última

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS DE UTILIZADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LOCALIDADES MENORES A 100 000 HABITANTES. MÉXICO, 2012 Y 2018

| Variables | Ensanut 2012 | | | Ensanut 100k 2018 | | |
|--|---------------------|------------------------|-----------------|-------------------|----------------------|---------------|
| | N=4 086 | | Total | N=985 | | Total |
| | Indígena n=1 435 | No indígena n=2 651 | | Indígena n=619 | No indígena n=366 | |
| | n (%) | | | n (%) | | |
| Sexo | | | | | | |
| Mujer | 905 (63.1) | 1 614 (60.9) | 2 519 (61.7) | 379 (61.3) | 205 (56.0) | 584 (59.3) |
| Hombre | 529 (36.9) | 1 037 (39.1) | 1 567 (38.3) | 240 (38.7) | 161 (44.0) | 401 (40.7) |
| Grupo de edad (años) | | | | | | |
| 0-9 | 507 (35.4) | 928 (35.0) | 1 435 (35.1) | 210 (34.0) | 97 (26.5) | 307 (31.2) |
| 10-19 | 168 (11.7) | 343 (12.9) | 511 (12.5) | 50 (8.1) | 91 (24.9) | 141 (14.3) |
| 20-59 | 531 (37.1) | 923 (34.8) | 1 454 (35.6) | 257 (41.5) | 110 (30.0) | 366 (37.2) |
| ≥60 | 228 (15.9) | 459 (17.3) | 686 (16.8) | 102 (16.4) | 68 (18.6) | 170 (17.3) |
| Hogar Prospera | | | | | | |
| Sí | 840 (58.5) | 1 202 (45.3) | 2 041 (50.0) | 274 (44.3) | 157 (43.0) | 431 (43.8) |
| Lugar donde se atendió* | | | | | | |
| Servicios de salud públicos | 1 054 (73.5) | 1 798 (67.8) | 2 852 (69.8) | 255 (41.3) | 151 (41.3) | 406 (41.3) |
| Consultorios dependientes de farmacias | 103 (7.2) | 320 (12.1) | 423 (10.4) | 63 (10.2) | 85 (23.3) | 148 (15.0) |
| Médico privado | 210 (14.6) | 437 (16.5) | 647 (15.8) | 276 (44.5) | 114 (31.3) | 390 (39.6) |
| Otro | 38 (2.7) | 74 (2.8) | 112 (2.8) | 16 (2.7) | 12 (3.3) | 28 (2.9) |

Utilizadores: quienes respondieron a la pregunta si en las dos semanas antes de la entrevista "solicitó o recibió consulta médica".

*En 2018, 13 utilizadores no respondieron a la pregunta respecto al lugar de atención (nueve en población indígena y cuatro en no indígena).

Fuente: Elaboración con base en datos de la Ensanut 2012 y Ensanut 100k 2018^{24,25}

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

Cuadro II
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN INDICADORES DE ESTRUCTURA PARA POBLACIÓN INDÍGENA Y NO INDÍGENA, DE LOCALIDADES MENORES A 100 000 HABITANTES. MÉXICO, 2012 Y 2018

| Indicador | Ensanut 2012 | | | | | | Ensanut 100k 2018 | | | | | | Diferencia pob. ind-igena 2012-2018 (p) | Diferencia pob.no indigena 2012-2018 (p) | |
|--|--------------|------------------|----------|------------------|-------------|------------------|-------------------|------------------|----------|------------------|-------------|------------------|---|--|---------------|
| | Total | | Indígena | | No indígena | | Total | | Indígena | | No indígena | | | | |
| | n | % [IC95%] | n | % [IC95%] | n | % [IC95%] | n | % [IC95%] | n | % [IC95%] | n | % [IC95%] | | | |
| Público | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se obtuvieron todos los medicamentos | 2 192 | 80.4 [78.7-82.0] | 843 | 84.3 [81.8-86.7] | 1 349 | 78.1 [75.9-80.3] | 453 | 83.8 [80.4-87.2] | 278 | 81.6 [77.0-86.2] | 176 | 87.5 [82.6-92.4] | 0.085 | -2.7 (0.307) | 9.4 (0.001) |
| Se obtuvieron todos los medicamentos en la unidad de atención | 1 993 | 89.5 [88.1-90.8] | 760 | 89.5 [87.3-91.7] | 1 232 | 88.7 [87.0-90.5] | 397 | 89.2 [86.1-92.2] | 246 | 90.1 [86.3-93.8] | 151 | 87.8 [82.5-93.0] | 0.485 | 0.6 (0.786) | -0.9 (0.749) |
| Los exámenes de laboratorio o gabinete se realizaron en la unidad de la atención | 221 | 56.3 [49.8-62.8] | 68 | 52.8 [40.9-64.6] | 153 | 58.0 [50.2-65.9] | 52 | 49.2 [35.6-62.8] | 35 | 49.7 [33.1-66.3] | 17 | 48.3 [24.4-72.2] | 0.927 | -3.1 (0.766) | -9.7 (0.448) |
| Las condiciones del lugar de la atención son buenas | 1 949 | 64.8 [62.6-66.9] | 715 | 64.3 [60.8-67.8] | 1 234 | 65.0 [62.4-67.7] | 358 | 60.1 [55.0-65.2] | 221 | 58.1 [51.6-64.6] | 136 | 63.7 [55.6-71.7] | 0.293 | -6.2 (0.101) | -1.3 (0.765) |
| Privado | | | | | | | | | | | | | | | |
| Las condiciones del lugar de la atención son buenas | 737 | 81.7 [78.9-84.5] | 200 | 75.7 [69.7-81.6] | 538 | 84.1 [81.0-87.2] | 247 | 78.0 [72.8-83.2] | 163 | 81.6 [75.6-87.5] | 84 | 71.9 [62.3-81.5] | 0.094 | 5.9 (0.170) | -12.2 (0.018) |

n = número de encuestados con respuesta en el cuestionario
 IC95%= intervalo de confianza al 95

p = valor de p

Pob = población

Fuente: Elaboración con base en datos de la Ensanut 2012 y Ensanut 100k 2018.^{24,25}

Cuadro III
PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO EN INDICADORES DE PROCESO PARA POBLACIÓN INDÍGENA Y NO INDÍGENA, DE LOCALIDADES MENORES A 100 000 HABITANTES. MÉXICO, 2012 Y 2018

| Indicador | Ensanut 2012 | | | | | | Ensanut 100k 2018 | | | | | | Diferencia pob. no indígena 2012-2018 (p) | |
|--|--------------|------------------|----------|-------------------|-------------|------------------|-------------------|-----------|------------------|-----------|-------------------|-----------|---|--|
| | Total | | Indígena | | No indígena | | Total | | Indígena | | No indígena | | | Diferencia pob. indígena 2012-2018 (p) |
| | n | % [IC95%] | n | % [IC95%] | n | % [IC95%] | n | % [IC95%] | n | % [IC95%] | n | % [IC95%] | | |
| Público | | | | | | | | | | | | | | |
| El tiempo desde la solicitud de la cita hasta la atención le pareció corto | 860 | 77.5 [74.7-80.3] | 303 | 75.6 [70.8-80.5] | 557 | 78.6 [75.2-82.0] | 0.330 | 165 | 77.0 [70.5-83.4] | 104 | 75.9 [67.6-84.1] | 61 | 78.9 [68.7-89.2] | 0.647 (0.951) |
| El tiempo de espera para recibir la atención le pareció corto | 1 679 | 55.8 [53.4-58.2] | 650 | 58.4 [54.6-62.2] | 1 030 | 54.3 [51.3-57.3] | 0.098 | 360 | 60.5 [55.5-65.6] | 225 | 59.0 [52.5-65.4] | 135 | 63.3 [55.1-71.4] | 0.6 (0.875) |
| Se informó de un diagnóstico claro en la consulta | 2 532 | 84.2 [82.7-85.6] | 923 | 83.0 [80.5-85.4] | 1 610 | 84.9 [83.1-86.6] | 0.218 | 525 | 88.2 [85.4-90.9] | 332 | 87.0 [83.4-90.7] | 193 | 90.1 [85.9-94.3] | 4.0 (0.072) |
| Se brindaron explicaciones completamente comprensibles en la consulta | 2 584 | 85.9 [84.5-87.2] | 938 | 84.3 [82-86.6] | 1 646 | 86.8 [85.1-88.4] | 0.088 | 503 | 84.5 [81.4-87.7] | 328 | 85.9 [82.2-89.7] | 175 | 82.0 [76.3-87.7] | 1.6 (0.479) |
| Se dieron explicaciones sobre los medicamentos completamente comprensibles | 2 526 | 92.6 [91.6-93.6] | 927 | 92.6 [90.9-94.3] | 1 599 | 92.6 [91.3-93.8] | 0.941 | 473 | 87.4 [84.5-90.4] | 308 | 90.6 [87.4-93.9] | 165 | 82.1 [76.2-87.9] | -2.0 (0.286) |
| Privado | | | | | | | | | | | | | | |
| El tiempo desde la solicitud de la cita hasta la atención le pareció corto | 103 | 92.1 [86.9-97.3] | 42 | 96.6 [91.2-102.1] | 61 | 89.3 [81.5-97] | 0.132 | 29 | 88.3 [76.6-100] | 16 | 98.6 [92.8-104.4] | 13 | 78.1 [55.6-100.6] | 2.0 (0.624) |
| El tiempo de espera para recibir la atención le pareció corto | 748 | 82.8 [80.1-85.5] | 222 | 84.2 [79.5-89.0] | 526 | 82.3 [79-85.5] | 0.501 | 234 | 73.7 [68.1-79.4] | 165 | 82.9 [77.2-88.6] | 68 | 58.2 [46.5-69.9] | -1.3 (0.734) |
| Se informó de un diagnóstico claro en la consulta | 818 | 90.6 [88.6-92.6] | 237 | 89.7 [85.8-93.5] | 581 | 91.0 [88.6-93.3] | 0.577 | 278 | 87.5 [83.7-91.4] | 163 | 81.5 [75.5-87.5] | 115 | 97.9 [95.2-100.5] | -8.2 (0.024) |
| Se brindaron explicaciones completamente comprensibles en la consulta | 828 | 91.7 [89.8-93.6] | 243 | 92.2 [88.8-95.6] | 585 | 91.5 [89.3-93.8] | 0.750 | 300 | 94.5 [91.9-97.1] | 189 | 94.8 [91.6-97.9] | 110 | 94.1 [89.6-98.5] | 2.6 (0.271) |
| Se dieron explicaciones sobre los medicamentos completamente comprensibles | 828 | 94.7 [93.2-96.2] | 244 | 94.8 [92.0-97.5] | 584 | 94.6 [92.8-96.5] | 0.949 | 272 | 88.8 [85.1-92.5] | 168 | 86.0 [80.7-91.2] | 104 | 93.8 [89.2-98.4] | -8.8 (0.004) |

n = número de encuestados con respuesta en el cuestionario
 IC95%= intervalo de confianza al 95%

p = valor de p

Pob = población

Fuente: Elaboración con base en datos de la Ensanut 2012 y Ensanut 100k 2018.^{24,25}

Ensanut: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

atención en un elevado porcentaje sin diferencia en ambas encuestas, pero significativamente mayor para los servicios privados. La opinión de la atención brindada por el personal de salud fue buena, percepción que aumentó significativamente en la población no indígena de 2012 a 2018. Por último, la mayoría de las personas que utilizaron servicios públicos indicó en ambos periodos que regresaría al mismo lugar para atenderse; en contraste, para los servicios privados la población indígena regresaría menos y la no indígena lo haría más en 2018 respecto a 2012 (cuadro IV).

En 2018, ambas poblaciones calificaron la calidad y su satisfacción con más de 8 puntos (8.6 y 8.7 indígenas y 8.7 y 8.8 no indígenas) sin diferencia entre servicios públicos y privados (datos no mostrados en cuadro).

Discusión

Los resultados del análisis efectuado en este estudio reflejan aspectos relevantes en el uso de servicios de salud, que con diferencia de seis años permiten identificar los cambios en la percepción/opinión sobre la calidad de la atención ambulatoria a la salud, tanto de los servicios públicos como de los privados, por parte de la población más vulnerable de México, que es la más pobre y, en particular, la indígena. En primer lugar, es de señalarse la similitud de las características de los utilizadores con estudios en población general, como la frecuencia de uso mayor por las mujeres y por el grupo de adultos en edad productiva,²⁶ aunque también la proporción de menores de 10 años tuvo una representación importante que es congruente con los principales motivos de consulta: los padecimientos infecciosos agudos.

En términos de la utilización por tipo de servicio, destaca la disminución en la atención por los servicios públicos a ambas poblaciones entre los dos periodos analizados; en población indígena, a expensas de la atención por médico de consultorio independiente, y en la no indígena, por la atención en consultorios dependientes de farmacias. Estos resultados contrastan con reportes que han mostrado mayor uso de servicios privados en población que reside en áreas metropolitanas, así como de servicios públicos, principalmente de la población con mayor marginación y beneficiarios del programa *Prospera*.²⁷ El incremento en la demanda de servicios privados advierte sobre el potencial aumento en el gasto de bolsillo en salud, lo cual acentúa la inequidad existente en esta población. Asimismo, la población indígena reportó menor resolución a sus necesidades derivada de carencias en insumos e infraestructura, como se hace evidente cuando refieren un menor surtimiento de medicamentos o de realización de exámenes de laboratorio en la misma unidad.

Respecto al proceso de la atención, es notable la elevada proporción de respuestas satisfactorias en los aspectos analizados, aunque se manifestaron deficiencias en la comunicación del médico y, en particular, en la interacción requerida para asegurar una adecuada comprensión del tratamiento, principalmente en 2018, lo que refleja la necesidad de reforzar las estrategias de mejora en la calidad interpersonal. Si bien este trabajo no tiene el alcance para la medición de calidad técnica, estudios previos que han analizado el proceso de la atención mediante entrevista a pacientes,²⁸ revisión de expedientes clínicos o el cumplimiento de los estándares de atención a través de la aplicación de guías de práctica clínica en el contexto de los servicios ambulatorios en México, han reportado áreas de oportunidad en la calidad otorgada.²⁹ No es reciente el señalamiento de que los programas y políticas dirigidos a la salud de la población deben incluir aspectos de calidad de la atención;³⁰ en específico, cuando estos aspectos no se cubren o no responden a las necesidades de la población, se corre el riesgo de generar o incrementar las inequidades en salud, que se agrava cuando se trata de población vulnerable que habita en áreas marginadas o dispersas como las rurales. Por lo tanto, en estos contextos las estrategias de mejora de la calidad deben considerar las condiciones de la población, pero también de los propios servicios, para mantener infraestructura e insumos adecuados, así como profesionales con las competencias suficientes para dar respuesta a las necesidades de salud a través de programas de educación continua aplicables a dichos contextos, como se ha propuesto en estudios previos.³¹

Un resultado interesante que merece destacarse son las diferencias en la percepción de calidad entre la atención recibida en servicios públicos y en privados. Si bien es explicable una mejor calificación de las condiciones del sitio de la atención y el menor tiempo de espera en consultorios privados, en los que el costo de la atención supone comodidades posiblemente no encontradas en los servicios públicos, es relevante haber documentado también una mejor percepción de calidad en los servicios privados en los indicadores de proceso y resultado, principalmente en 2012. Otros estudios han documentado resultados similares tanto en atención primaria como a nivel hospitalario.^{32,33} Sin embargo, la explicación de estos hallazgos es difícil ya que los datos derivados de la percepción/opinión de los utilizadores sólo permiten la interpretación desde su propia perspectiva y son limitados para profundizar en cada uno de los atributos de la calidad con indicadores objetivos.^{7,34} Adicionalmente, se debe considerar la probabilidad de menores expectativas en poblaciones como la aquí estudiada por sus propias condiciones de

marginalidad y posiblemente por la condición indígena, lo que podría expresarse en un reporte de satisfacción no necesariamente acorde con la calidad de atención recibida, como ha sido propuesto por algunos autores.³⁵ Estas desventajas deben considerarse en la medición de la calidad a partir de encuestas nacionales, aunque es necesario reconocer la ventaja de obtener información rápida y menos costosa. Por último, debe señalarse la probable sobreestimación de población indígena al utilizar el criterio de autoidentificación, principalmente en la Ensanut 100k, cuya población objetivo fueron los habitantes de hogares beneficiarios del programa *Prospera*, a diferencia de la Ensanut 2012, con representatividad al total de la población.

En conclusión, la disminución en la utilización de los servicios públicos ambulatorios a expensas de una mayor demanda de servicios privados por la población tanto indígena como no indígena puede reflejar la percepción de deficiencias en la calidad de la atención. Entre las tareas pendientes del sistema de salud con la población indígena en esta materia, destaca el fortalecimiento de la estructura y la mejora de la comunicación entre los utilizadores y los profesionales de la salud. México, uno de países en Latinoamérica con importante sector de población indígena, tiene el reto de la definición e implementación de un modelo de atención primaria que considere las características, necesidades, preferencias y expectativas de la población más vulnerable, con el propósito de ofrecer una verdadera cobertura efectiva en salud.

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

Referencias

1. Organización de las Naciones Unidas México. Objetivos de Desarrollo del Milenio. México: ONU, 2000 [citado julio 22, 2019]. Disponible en: <http://www.onu.org.mx/agenda-2030/objetivos-de-desarrollo-del-milenio>
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible. México: ONU, 2016 [citado julio 22, 2019]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
3. Marie Ng, Fullman N, Dieleman JL, Flaxman AD, Murray CJL, Lim SS. Effective coverage: a metric for monitoring universal health coverage. *PLOS Med* 2014;11(9): e1001730. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001730>
4. Tangcharoensathien V, Mills A, Palu T. Accelerating health equity: the key role of universal health coverage in the Sustainable Development Goals. *BMC Medicine*. 2015;13(1):101. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0342-3>
5. World Health Organization. Research for universal health coverage: World health report 2013. Luxembourg: WHO, 2013 [citado julio 22, 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2013/report/en/>
6. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC: National Academies Press 2001 [citado 17 abril, 2001]. <https://doi.org/10.17226/10027>
7. World Health Organization, Organization for Economic Co-operation and Development, International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Ginebra: WHO, OECD, IBRD, 2018 [citado julio 11, 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272465>
8. World Health Organization. Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Ginebra: WHO, 2006 [citado abril 17, 2019]. Disponible en: https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf
9. Donabedian A. The quality of medical care. *Science*. 1978;200(4344):856-64. <https://doi.org/10.1126/science.417400>
10. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care*. 2003;15(6):523-30. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg081>
11. Maeda A, Araujo E, Cashin C, Harris J, Ikegami N, Reich MR. Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: A Synthesis of 11 Country Case Studies. Washington DC: World Bank, 2014 [citado julio 22, 2019]. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0297-3>
12. Leslie HH, Malata A, Ndiaye Y, Kruk ME. Effective coverage of primary care services in eight high-mortality countries. *BMJ Global Health*. 2017;e000424. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000424>
13. Kruk ME, Leslie HH, Verguet S, Mbaruku GM, Adanu RMK, Langer A. Quality of basic maternal care functions in health facilities of five African countries: an analysis of national health system surveys. *Lancet Global Health*. 2016;4(11):e845-55. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30180-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30180-2)
14. Valencia E, Foust D, Tetreault D. Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI. Santiago de Chile: CEPAL, 2012 [citado julio 22, 2019]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3979-sistema-proteccion-social-mexico-inicios-siglo-xxi>
15. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *The Lancet*. 2012;380(9849):1259-79. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61068-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61068-X)
16. López M J, Martínez-Valle A, Aguilera N. Reforming the Mexican Health System to achieve effective health care coverage. *Health Systems & Reform*. 2015;1(3):181-8. <https://doi.org/10.1080/23288604.2015.1058999>
17. García-Parra E, Ochoa-Díaz-López H, García-Miranda R, Moreno-Altamirano L, Solís-Hernández R, Molina-Salazar R. Are there changes in the nutritional status of children of Oportunidades families in rural Chiapas, Mexico? A cohort prospective study. *JHPN*. 2016;35(1):1. <https://doi.org/10.1186/s41043-015-0038-5>
18. Knauer HA, Kagawa RM, García-Guerra A, Schnaas L, Neufeld LM, Fernald LC. Pathways to improved development for children living in poverty: A randomized effectiveness trial in rural Mexico. *Int J Behav Development*. 2016;40(6):492-9. <https://doi.org/10.1177/0165025416652248>
19. Gil-García ÓF. Gender equality, community divisions, and autonomy: The Prospera conditional cash transfer program in Chiapas, Mexico. *Current Sociology*. 2016;64(3):447-69. <https://doi.org/10.1177/0011392115593785>
20. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. Programa Especial de los Pueblos Indígenas 2014-2018. México: CDI, 2014 [citado marzo 29, 2019]. Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/32305/cdi-programa-especial-pueblos-indigenas-2014-2018.pdf>
21. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Encuesta Intercensal 2015 [internet]. México: INEGI [citado abril 26, 2019]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>

22. Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte B, Ruelas-González G, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Notas para políticas públicas en salud. Rev Panam Salud Publica.* 2014;35(4):284-90 [citado julio 22, 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/BP08Juarez-Ramirez-Mexico-Equidad-en-Salud-2014.pdf>
23. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Espinosa-de la Peña R, Balandrán DA. Desigualdad en indicadores de enfermedades crónicas y su atención en adultos en México: análisis de tres encuestas de salud. *Salud Publica Mex.* 2016;58(6):666-75. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i6.7923>
24. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2012 [citado julio 22, 2019]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
25. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Cuevas-Nasu L, Gaona-Pineda EB, Gómez-Acosta LM, Mendoza-Alvarado LR, et al. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición para localidades con menos de 100 000 habitantes (Ensanut 100k). *Salud Publica Mex.* 2019;61(5):678-84. <https://doi.org/10.21149/10539>
26. Puentes-Rosas E, Gómez-Dantés O, Garrido-Latorre F. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Rev Panam Salud Publica.* 2006;19(6):394-402 [citado julio 22, 2019]. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v19n6/30520.pdf>
27. Bautista-Arredondo S, Serván-Mori E, Colchero MA, Ramírez-Rodríguez B, Sosa-Rubí SG. Análisis del uso de servicios ambulatorios curativos en el contexto de la reforma para la protección universal en salud en México. *Salud Publica Mex.* 2014;56:18-31 [citado julio 22, 2019]. Disponible en: <http://www.scielosp.org.mx/pdf/spm/v56n1/v56n1a4.pdf>
28. Flores-Hernández S, Saturno-Hernández P, Reyes-Morales H, Barrientos-Gutiérrez T, Villalpando S, Hernández-Avila M. Quality of diabetes care: the challenges of an increasing epidemic in Mexico. Results from two national health surveys (2006 and 2012). *Plos One.* 2015;10(7):e0133958. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133958>
29. Poblano-Verástegui O, Vieyra-Romero WI, Galván-García AF, Fernández-Elorriaga M, Rodríguez-Martínez AI, Saturno-Hernández PJ. Calidad y cumplimiento de guías de práctica clínica de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel. *Salud Publica Mex.* 2017;59(2):165-75. <https://doi.org/10.21149/8285>
30. Cevallos R, Amores A. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Quito: PAHO, WHO, 2009 [citado julio 22, 2019]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>
31. Reyes-Morales H, Gómez-Bernal E, Gutiérrez-Alba G, Aguilar-Ye A, Ruiz-Larios JA, Alonso-Núñez GJ. Feasibility of a multifaceted educational strategy for strengthening rural primary health care. *Salud Publica Mex.* 2017;59(3):248-57. <https://doi.org/10.21149/8073>
32. Javed VV, Jabbar A, Mehboob N, Tafseer M, Memon Z. Client satisfaction: does private or public health sector make a difference? results from secondary data analysis in Sindh, Pakistan [internet]. AKU, 2015 [citado julio 22, 2019]. Disponible en: http://ecommons.aku.edu/book_chapters/237
33. Taner T, Antony J. Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadersh Health Serv.* 2006;19(2):1-0. <https://doi.org/10.1108/13660750610664991>
34. Ofili OU. Patient satisfaction in healthcare delivery—a review of current approaches and methods. *Eur Sci J.* 2014;10(25):25-39. <https://doi.org/10.19044/esj.2014.v10n25p25>
35. Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health.* 2005;26:513-59. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958>