

# Búsqueda de atención y utilización de servicios en el primer nivel, 2006-2023

Sergio A Bautista-Arredondo, M en Econ de la Salud,<sup>(1)</sup> Adriana Vargas-Flores, M en C en Econ de la Salud,<sup>(1)</sup>  
M Arantxa Colchero, D en Salud Int.<sup>(1)</sup>

**Bautista-Arredondo SA, Vargas-Flores A, Colchero MA.**  
**Búsqueda de atención y utilización**  
**de servicios en el primer nivel, 2006-2023.**  
**Salud Publica Mex. 2024;66:589-597.**  
<https://doi.org/10.21149/16215>

## Resumen

**Objetivo.** Describir y analizar las decisiones de búsqueda de atención y del uso de servicios de salud públicos entre 2006 y 2023. **Material y métodos.** Utilizamos datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) del 2006, 2012, 2018 y la Ensanut Continua del 2020 al 2023, así como datos históricos de unidades de salud públicas y privadas, ajustadas por población. **Resultados.** Mientras que el aumento en la afiliación al Seguro Popular entre 2006 y 2012 no se asoció con un incremento en la decisión de buscar atención ni en la utilización de servicios públicos, la expansión de los consultorios adyacentes a farmacias –entre 2012 y 2018– sí se asoció con un crecimiento en la búsqueda (de 64 a 88% de la población con algún problema de salud) y acceso a atención médica. Finalmente, la desaparición del Seguro Popular tampoco se asocia con una reducción en la decisión de búsqueda de atención. **Conclusiones.** El sector privado atiende aproximadamente a la mitad de la población con una necesidad de salud en México. Las implicaciones sobre la equidad y el bienestar de los hogares mexicanos son importantes, por ello, una de las prioridades del sistema público de salud en el futuro es mejorar su accesibilidad y su calidad para persuadir a la población de usar los servicios públicos.

Palabras clave: México; acceso a servicios de salud; búsqueda atención; Ensanut

**Bautista-Arredondo SA, Vargas-Flores A, Colchero MA.**  
**Medical care seeking behavior and healthcare**  
**utilization at the first level of care, 2006-2023.**  
**Salud Publica Mex. 2024;66:589-597.**  
<https://doi.org/10.21149/16215>

## Abstract

**Objective.** To describe and analyze the decision to seek public health services between 2006 and 2023. **Materials and methods.** We used data from the 2006, 2012, 2018, and 2020-2023 National Health and Nutrition Surveys (Ensanut, by its acronym in Spanish) as well as historical data from public and private health units, adjusted by population. **Results.** While the increase in Seguro Popular affiliation between 2006 and 2012 was not accompanied by an increase in the decision to seek care or in the use of public services, the expansion of offices adjacent to pharmacies between 2012 and 2018 was associated with an expansion in the search (from 64 to 88% of the population with some health problem) and access to medical care. Finally, the disappearance of Seguro Popular was not associated with a reduction in the decision to seek care. **Conclusions.** The private sector serves approximately half of the population with a health need in Mexico. The implications on equity and the well-being of Mexican households are important. Therefore, one of the priorities of the public health system in the future is to improve its accessibility and quality to persuade the population to use public services.

Keywords: Mexico; access to care; care seeking; Ensanut

Un objetivo central de la reforma actual del sistema de salud mexicano, marcada por la derogación del Seguro Popular (SP) en 2019 y por la creación del IMSS-Bienestar en 2022,<sup>1</sup> es proporcionar cobertura

universal de servicios de salud gratuitos a las familias sin seguridad social, es decir, a aproximadamente 64.7 millones de personas en 2022,<sup>2</sup> entre ellas, las de menores ingresos del país. Sin embargo, un desafío

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

**Fecha de recibido:** 26 de julio de 2024 • **Fecha de aceptado:** 9 de agosto de 2024 • **Publicado en línea:** 22 de agosto de 2024  
Autora de correspondencia: M Arantxa Colchero. Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas, Instituto Nacional de Salud Pública.  
Av. Universidad 655, col. Santa María Ahuacatitlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México  
Correo electrónico: acolchero@insp.mx

Licencia: CC BY-NC-SA 4.0

### PRINCIPALES RESULTADOS

- Entre 2006 y 2023, la decisión de buscar atención aumentó en México de 69 a 90%, pero no de forma lineal.
- En el periodo de rápida expansión en la afiliación al SP (2006 a 2012), la búsqueda de atención se redujo y la proporción que recibió atención no aumentó.
- En contraste, entre 2012 y 2018, con el aumento de la cobertura de los CAF, la búsqueda de atención subió de 64 a 88% y el acceso de 62 a 87%.
- La proporción de la población con una necesidad de salud que recibió atención en el sector público aumentó de 34 a 46% entre 2006 y 2023, pero sigue siendo muy baja.

central de esta reforma es la tendencia observada en las pasadas dos décadas de baja utilización de servicios públicos ante una necesidad de salud, especialmente en el primer nivel de atención y entre la población sin seguridad social. Lo anterior, en un contexto de crecimiento sostenido en la utilización de los consultorios privados (incluidos los consultorios adyacentes a farmacias [CAF] y los consultorios adyacentes a viviendas [CAV]), lo cual ha sido reportado por personas con y sin derechohabencia.<sup>3-6</sup>

Estas tendencias ya han sido documentadas en los análisis de las cascadas de atención primaria desde 2012 hasta 2022 y,<sup>3-6</sup> en dicho periodo, el porcentaje de la población que resolvió sus necesidades o problemas de salud en servicios privados fluctuó entre 66 y 55%.<sup>3,6</sup> Este patrón de utilización tiene consecuencias sobre la protección financiera y la inequidad en el acceso a la atención y al derecho a la salud de las familias.<sup>7,8</sup>

Al respecto, las barreras reportadas –en 2022–<sup>6</sup> por los usuarios que no se atendieron con los proveedores públicos que correspondían a su derechohabencia y que se atendieron mayoritariamente en el sector privado están relacionadas principalmente con la “disponibilidad efectiva”,<sup>6</sup> definida por Roberts y colaboradores<sup>9</sup> como la facilidad con que las personas pueden acceder a la atención médica. En ese año, 70% de esos usuarios no se atendieron en donde les correspondía debido a los tiempos largos para obtener una cita, la distancia a los centros de salud o clínicas, la falta de servicios necesarios y la falta de disponibilidad en el horario requerido. Notablemente, entre las razones para escoger el lugar en donde se atendieron, sólo 4% contestó que “no tenían otra opción”.<sup>6</sup>

Cabe anotar que es útil examinar estas tendencias de utilización en el contexto de las reformas o cambios de política pública del sistema de salud, pues en las primeras décadas del siglo XXI se implementaron dos

reformas que tendrían que haber afectado la utilización de servicios de salud públicos en el primer nivel.

La primera reforma fue la creación del SP, programa que supuso una expansión en la cobertura de servicios médicos para la población sin seguridad social.<sup>10</sup> En los años posteriores a su creación, entre 2003 y 2012, se afiliaron cerca de 53 millones de personas<sup>10</sup> y este número se mantuvo relativamente constante hasta su desaparición por decreto presidencial en 2019.<sup>11</sup> Lógicamente, se esperaba que esta reforma hubiera favorecido la decisión de búsqueda de atención y el uso de servicios públicos. Sin embargo, la extinción del SP, la segunda reforma relevante para este análisis, ocurrió sin que existiera una estrategia clara para reemplazarlo y, aunque se creó el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi) –que tomó algunas de sus funciones–<sup>12</sup>, la población sin seguridad social dejó de contar con este mecanismo de aseguramiento social que, en teoría, garantizaba su acceso gratuito a los servicios públicos de salud. Por tanto, con este cambio se esperaba observar una disminución en la decisión de búsqueda o en la utilización de servicios públicos como resultado de esta reforma, lo cual no ocurrió.

Asimismo, entre estas dos reformas, en 2010 se decretó la regulación de la venta de antibióticos exclusivamente con receta médica.<sup>13</sup> Este cambio en la ley fue seguido por una expansión sostenida de CAF<sup>3,14</sup> que posibilitó la prescripción de antibióticos y otros medicamentos en el lugar de venta. En ese sentido, las cadenas de farmacias crearon de manera paulatina un subsistema privado de atención de primer nivel con características de accesibilidad atractivas para la población.<sup>14</sup> Aunque no es claro, *a priori*, cuál pudo haber sido el efecto de este cambio sobre la decisión de buscar atención, es lógico esperar que una parte de la utilización de servicios públicos se desviara hacia el sector privado.

El objetivo de este estudio es describir y analizar la decisión de búsqueda de atención y la utilización de

servicios médicos públicos en los periodos posteriores a la implementación de estos cambios: 1) post SP, durante el periodo de mayor afiliación a este mecanismo de aseguramiento público entre 2006 y 2012; 2) posregulación de antibióticos, durante el periodo de expansión de CAF de 2012 a 2018; y 3) posdesaparición del SP, entre 2020 y 2023.

## Material y métodos

### Diseño del estudio

Este estudio es de tipo longitudinal con cortes transversales repetidos de 2006 a 2023 que permiten analizar cambios a lo largo del tiempo en respuesta a tres reformas de salud en México. Este diseño permite además observar tendencias y asociaciones en un marco temporal extendido.

### Población y muestra

La población de interés incluye a todos los residentes en México con y sin seguridad social que reportaron un problema o una necesidad de salud en los últimos tres o seis meses previos a la encuesta. El tamaño de la muestra es de aproximadamente 92 000 individuos que reportaron una necesidad o problema de salud y de 68 000 individuos que recibieron atención a lo largo de siete cortes transversales en el periodo de análisis.

#### Datos

Se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) del 2006, 2012, 2018 y de la Ensanut Continua del 2020 al 2023. La Ensanut es una encuesta representativa a nivel nacional, por estrato urbano y rural y nueve regiones del país.<sup>15-21</sup> La recolección de datos se realizó a través de cuestionarios aplicados cara a cara en los hogares de los participantes.

Adicionalmente, el análisis se complementó con datos históricos de la evolución de los CAF y unidades de atención de primer nivel de los Servicios Estatales de Salud (Sesa) de 2000 al 2023 con datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS).<sup>22</sup>

#### Análisis

Con datos de la Ensanut se analizó la cascada de atención, de 2006 a 2023, que muestra la proporción de la población con un problema o una necesidad de salud que buscó atención, recibió atención y recibió atención

en servicios públicos. Además, se describió la distribución de la derechohabencia y la afiliación durante este periodo y se estimó la proporción de la población que se atendió en el lugar que le correspondía de acuerdo con su afiliación o derechohabencia.

Igualmente, se estimaron las tasas de densidad de los CAF y de las unidades de Sesa por 100 000 habitantes con las estimaciones de población a mitad de año del Consejo Nacional de Población (Conapo)<sup>23</sup> y con población municipal del Censo de Población y Vivienda de 2010 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), asumiendo proyecciones lineales de crecimiento poblacional entre periodos sin datos.<sup>24</sup>

Por último, se evaluaron modelos lineales para los años 2012, 2018 y 2020-2023 para determinar la correlación entre la densidad municipal de los CAF y de unidades de Sesa por 100 000 habitantes con la probabilidad de búsqueda de atención a nivel municipal, por sexo y edad.

#### Consideraciones éticas

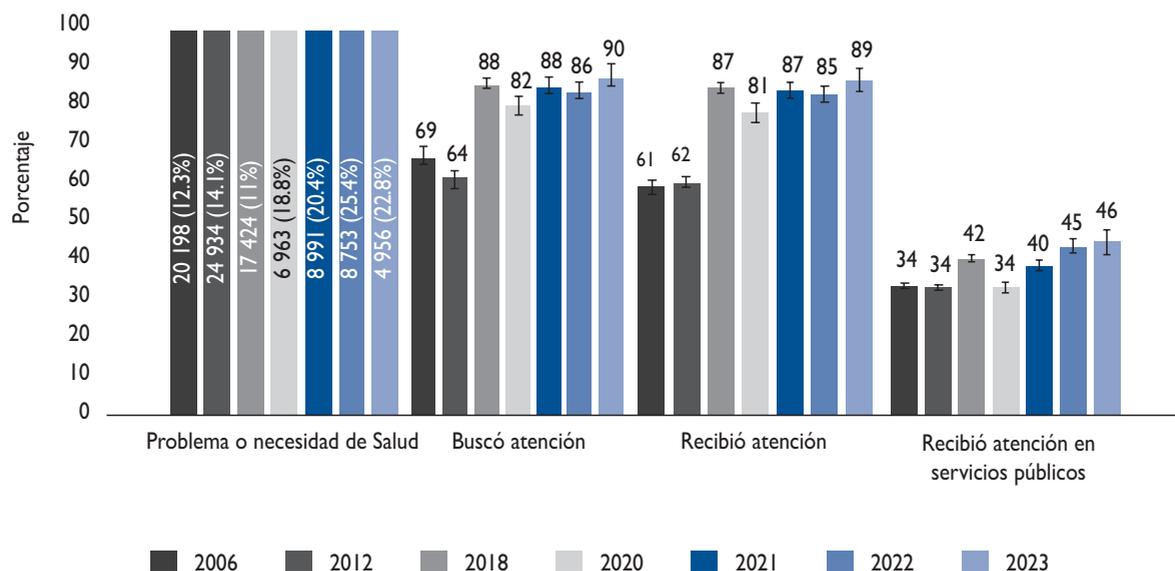
El estudio fue aprobado por el comité de ética del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y se obtuvo consentimiento informado de todos los participantes. Los datos fueron anonimizados antes de su análisis para proteger la privacidad de los individuos y garantizar la confidencialidad de sus respuestas.

## Resultados

### Cascadas de atención: decisión de búsqueda de atención y uso de servicios públicos

En el periodo 2006-2012 post SP se observa que la proporción de la población con un problema de salud que buscó atención disminuyó de 69% en 2006 a 64% en 2012 (figura 1). En el segundo periodo, 2012-2018 posregulación de antibióticos, hubo un aumento en la búsqueda de atención que pasó de 64 a 88%. En el tercer periodo, 2020-2023 posdesaparición del SP, a pesar de una reducción en 2020 (probablemente debida a la pandemia Covid-19)<sup>4</sup> el porcentaje de búsqueda de atención se recuperó a niveles iguales y mayores a 2018 entre 2021 y 2023, cuando llegó a 90%.

Así, una comparación entre periodos muestra que la atención en servicios públicos no cambió entre 2006 y 2012, pues se mantuvo en 34%; sin embargo, entre 2012 y 2018, aumentó a 42%, regresó a 34% en 2020 y subió a 46% en 2023.



Nota: Los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. Fuente: Ensanut 2006, 2012, 2018 y Ensanut Continua 2020-2023.

**FIGURA 1. CASCADA DE ATENCIÓN EN SERVICIOS PÚBLICOS DE LA POBLACIÓN QUE REPORTÓ TENER UNA NECESIDAD DE SALUD. MÉXICO, ENSANUT 2006, 2012, 2018, 2020-2023**

### Derechohabiencia, afiliación al SP y uso de servicios según derechohabiencia

Los cambios descritos anteriormente ocurrieron en el contexto de transformaciones en derechohabiencia y afiliación al SP, como se muestra en la figura 2A. Entre 2006 y 2012, la afiliación al SP aumentó significativamente de 11 a 36% de la población que recibió atención. Este porcentaje se mantuvo relativamente estable entre 2012 y 2018, y fluctuó entre 36 y 38%. Sin embargo, en 2020, con la desaparición del SP, la proporción de personas sin derechohabiencia aumentó dramáticamente a 45%. En los últimos cuatro años (2020-2023), este porcentaje osciló entre 45 y 49%.

Al respecto, la figura 2B muestra la proporción de la población que se atendió en el lugar correspondiente a su derechohabiencia o afiliación. Desde 2006 hasta 2018, la decisión de utilizar los servicios que correspondían a su afiliación disminuyó de manera constante (de 50% en 2006 a 45% en 2018). No obstante, a partir de 2020, el nivel más bajo observado en el periodo comenzó a aumentar (47% en 2023).

#### Desglose de utilización por tipo de afiliación

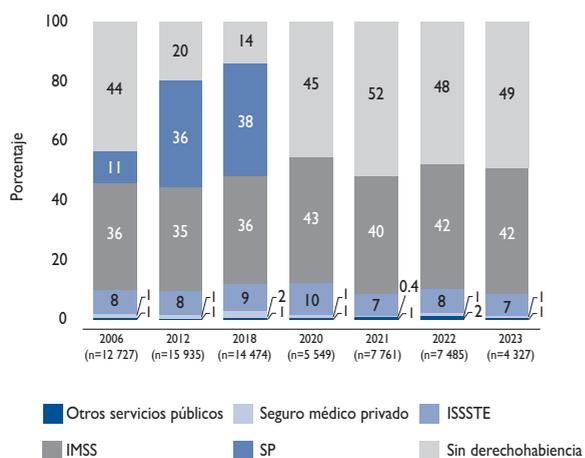
La figura 3 desglosa la utilización de los servicios de salud según las cuatro afiliaciones principales. Entre los derechohabientes del Instituto Mexicano del Segu-

ro Social (IMSS), la proporción que se atendió en sus unidades correspondientes disminuyó de 65% en 2006 a 58% en 2023. Sin embargo, entre los afiliados al SP, la proporción que se atendió en las unidades de los Sesa fue de 75% en 2006, la cual disminuyó a 58% en 2012 y a 48% en 2018. La población sin derechohabiencia mostró la menor proporción de atención en las unidades correspondientes (Sesa), alrededor de 30%, con los porcentajes más bajos en 2012 y 2018.

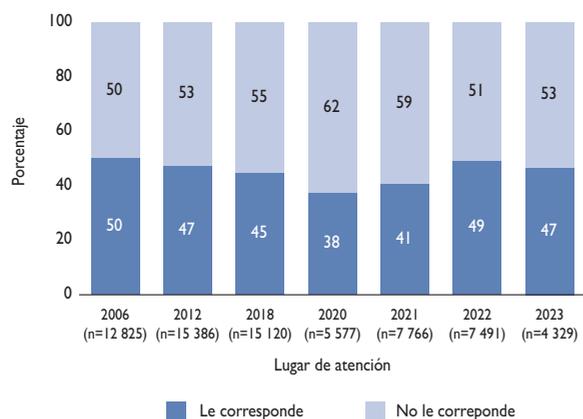
### Composición de la utilización de servicios médicos por lugar de atención

Los cambios descritos anteriormente se reflejan en la composición de la utilización de servicios médicos, según el lugar de atención (figura 4). Entre 2006 y 2012, en el periodo post SP, esta composición experimentó pocos cambios. El cambio más notable fue el aumento en el uso de CAF, que pasó de 1 a 10%; y un ligero incremento en el uso de servicios privados en general, de 26 a 29%.

Entre 2012 y 2018, en el periodo posregulación de antibióticos, cuando se observó el aumento más grande en la decisión de buscar atención (figura 1), el uso de servicios públicos por parte de la población sin seguridad social varió ligeramente entre 16 y 18%; además, la proporción de usuarios de servicios para los derechohabientes de seguridad social aumentó de 17 a



**FIGURA 2A. DISTRIBUCIÓN DE DERECHOHABENCIA DE LA POBLACIÓN QUE RECIBIÓ ATENCIÓN. MÉXICO, ENSANUT 2006-2023**



Nota: Los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta.  
Fuente: Ensanut 2006, 2012, 2018 y Ensanut Continua 2020-2023

**FIGURA 2B. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE SE ATENDIÓ EN EL LUGAR QUE LE CORRESPONDE SEGÚN SU DERECHOHABENCIA. MÉXICO, ENSANUT 2006-2023**

25%. Pero el cambio más pronunciado en este periodo se dio en la elección de servicios privados que aumentaron de 29 a 43%. Adicionalmente, la preferencia por los CAF creció de 10 a 15% y otros servicios privados aumentaron de 19 a 28%.

A la par, el cambio más significativo entre 2018 y 2020, al inicio del periodo posdesaparición del SP, se

observó en la utilización de Sesa, la cual disminuyó de 18 a 12%. En general, el uso de servicios públicos bajó de 43 a 35%. Esta reducción se relaciona probablemente con la pandemia de Covid-19. Sin embargo, las proporciones volvieron a los niveles de 2018 a partir de 2021, esto con el crecimiento más pronunciado entre los usuarios de la seguridad social.

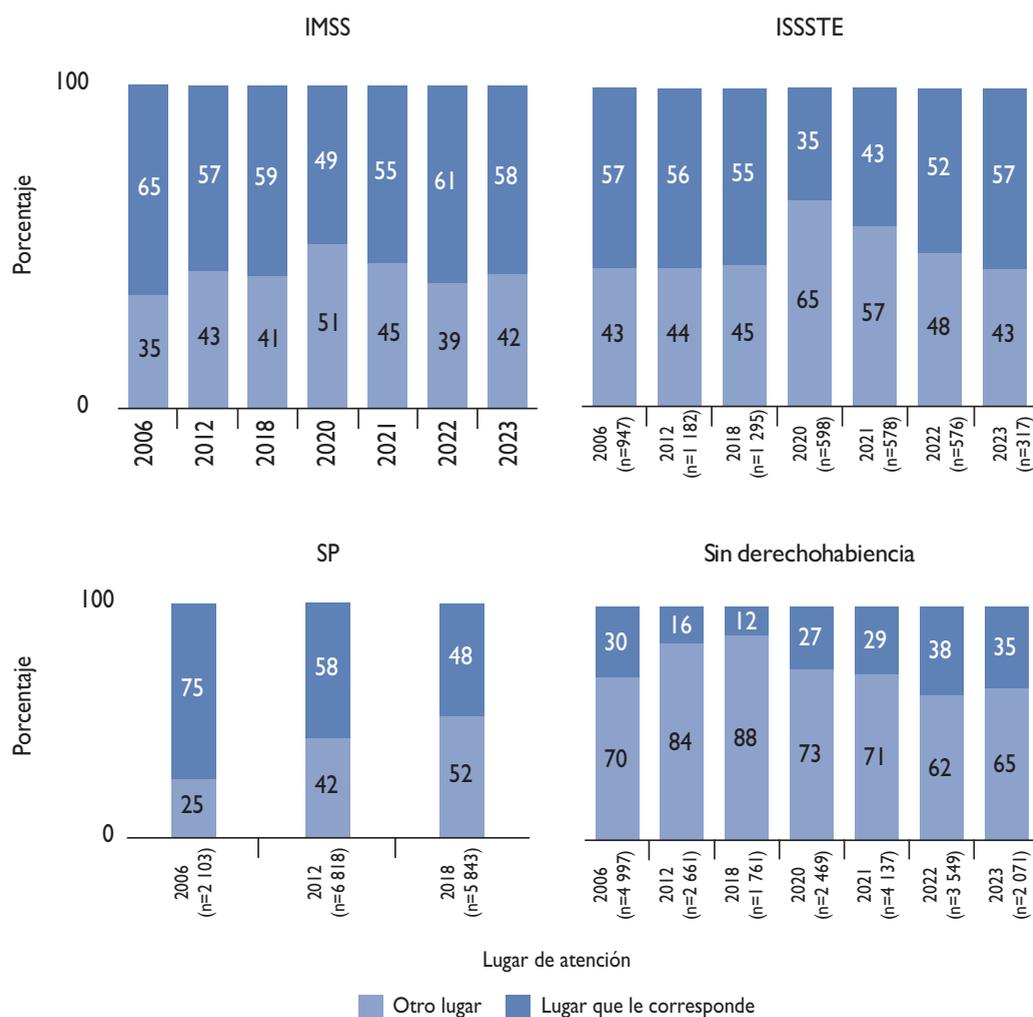
Asimismo, durante estos periodos estudiados, la densidad de unidades de consulta de los servicios estatales y federales que proporcionan atención externa a la población sin derechohabencia creció modestamente de 8 a 10 consultorios por cada 100 000 habitantes, mientras que la densidad de CAF aumentó de 1 a 8 consultorios por cada 100 000 habitantes en el mismo periodo (datos no mostrados).

El cuadro 1<sup>22,24</sup> muestra los resultados de modelos de regresión lineal en los tres periodos estudiados. Las regresiones estiman la correlación entre las tasas de CAF y de Sesa, a nivel municipal, y la búsqueda de atención ajustada por sexo y edad. En el periodo post SP se observa una correlación positiva entre la probabilidad de buscar atención y la tasa de Sesa (columna II), sin embargo, en los dos periodos siguientes, posregulación de antibióticos y posdesaparición de SP, la correlación es negativa. En cambio, la correlación entre la probabilidad de buscar atención y la tasa de densidad de CAF (columna I) es positiva en estos dos periodos, es decir, una mayor densidad de CAF se asocia con una mayor probabilidad de buscar atención en la presencia de una necesidad de salud.

## Discusión

Este estudio utiliza datos de la Ensanut de 2006 a 2023. Los resultados sugieren que la rápida expansión en afiliación al SP tras su creación no llevó a un cambio significativo en las decisiones de búsqueda de atención ni en la utilización de servicios públicos entre 2006 y 2012. En cambio, la regulación de la venta de antibióticos y la subsecuente expansión de los CAF entre 2012 y 2018 se asoció con un aumento considerable en las decisiones de búsqueda de atención y la creciente utilización de servicios privados. Consistentemente con estos resultados, la desaparición del SP en 2019 no parece haber causado una reducción en la búsqueda de atención ni en la utilización de servicios públicos que incluso aumentó después de 2021.

En el periodo estudiado, la decisión de buscar atención aumentó en México de 69 a 90%. Sin embargo, este cambio no fue lineal. Entre 2006 y 2012, mientras la afiliación al SP se expandió a casi 50 millones de personas, la búsqueda de atención disminuyó de 69 a 64% y la proporción que recibió atención apenas cambió



Nota: Los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

ISSSTE: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Otros servicios públicos: Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y Secretaría de Marina (Semar)

Elaboración propia con datos de la Ensanut 2006, 2012, 2018 y 2020-2023

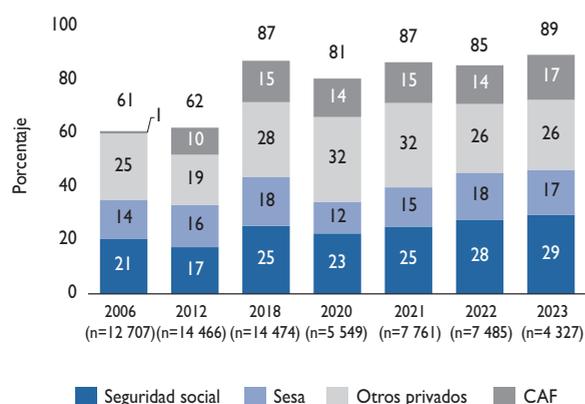
**FIGURA 3. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE SE ATENDIÓ EN EL LUGAR QUE LE CORRESPONDE SEGÚN SU DERECHOHABENCIA, POR INSTITUCIÓN. MÉXICO, 2006-2023**

de 61 a 62%. En contraste, entre 2012 y 2018, cuando la cobertura de los CAF pasó de 3 a 8 consultorios por cada 100 000 habitantes, la búsqueda de atención subió de 64 a 88% y el acceso de 62 a 87%. Estos niveles se mantuvieron relativamente constantes entre 2018 y 2023, con un ligero descenso en 2020, posiblemente debido a la pandemia de Covid-19.<sup>4</sup>

La composición del lugar de atención revela más sobre estos cambios. Entre 2006 y 2012, el porcentaje de la población atendida en los Sesa (a donde acudía la población afiliada al SP) se mantuvo estable entre 14 y 16% y varió poco hasta 2018 (18%). En contraste, la

proporción atendida en el sector privado aumentó de 29% en 2012 a 43% en 2018 y la proporción atendida en CAF se incrementó de 1% en 2006 a 15% en 2018.

En la misma línea, la expansión de los CAF entre 2012 y 2018 se asoció con un aumento tanto en la decisión de buscar atención como en el acceso a la misma entre la población con problemas de salud; en este periodo, la cobertura de la población atendida en el sector privado aumentó de 29 a 43%. En este sentido, la expansión de los CAF fue un factor clave, pero los CAF probablemente también jugaron un papel importante. Cabe anotar que antes de 2018 (en la Ensanut) no se puede identificar el



Nota: Los análisis descriptivos se hicieron utilizando el diseño complejo de encuesta. Los porcentajes de la figura 4 corresponden a la población que recibió atención, de acuerdo con la cascada Seguridad social incluye: Instituto Mexicano del Seguro Social, al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, los servicios de Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina  
Sesa: Servicios Estatales de Salud  
CAF: Consultorios Adyacentes a Farmacias  
Elaboración propia con datos de la Ensanut 2006, 2012, 2018 y 2020-2023

**FIGURA 4. LUGAR DE ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN QUE RECIBIÓ ATENCIÓN DE UNA NECESIDAD DE SALUD. MÉXICO, ENSANUT 2006, 2012, 2018, 2020-2023**

tipo de proveedores privados distintos a los CAF; sin embargo, la evidencia documentada después de 2020 sugiere que la mayoría son CAV.

Al respecto, existen estudios que documentan deficiencias en la calidad de la atención de los CAF, como personal mal capacitado y condiciones laborales deficientes, factores que pueden influir negativamente en la calidad de los servicios y aumentar la prescripción inadecuada.<sup>14,25,26</sup> No hay información disponible sobre las condiciones y calidad de los servicios en los CAV, pero estos consultorios atienden al doble de personas que los CAF, según datos de la Ensanut 2022. En conjunto, los CAF y CAV atienden a 40% de las personas que reciben atención médica de primer nivel en México, lo que refleja una creciente preferencia de los usuarios por estos servicios, consistentemente con los hallazgos de estudios previos.<sup>6,27</sup>

Los resultados de esta investigación son de carácter descriptivo y deben interpretarse conforme a las fortalezas y debilidades de su diseño. Al tratarse de un estudio longitudinal de cortes transversales repetidos, los datos permiten revelar tendencias consistentes en el tiempo, que a su vez se pueden relacionar con reformas del sistema de salud. Sin embargo, este diseño no permite identificar los efectos causales específicos de dichos cam-

**Cuadro I**  
**CORRELACIÓN ENTRE LA DENSIDAD DE CAF Y DE CONSULTORIOS PÚBLICOS DE LOS SESA CON LA PROBABILIDAD DE BUSCAR ATENCIÓN EN LA POBLACIÓN QUE REPORTÓ TENER UN PROBLEMA O UNA NECESIDAD DE SALUD. MÉXICO, ENSANUT 2012, 2018 Y 2020-2023**

Periodo post SP	I. Tasa CAF		II. Tasa Sesa		III. Tasas CAF y Sesa	
	n=24 934		n=24 934		n=24 934	
Ensanut 2012	Coficiente	EE	Coficiente	EE	Coficiente	EE
Tasa CAF (media: 3.28)	0.0007	0.001	-	-	0.002	0.001
Tasa Sesa (media: 8.99)	-	-	0.0007 <sup>‡</sup>	0.0002	0.0008 <sup>‡</sup>	0.0003
Periodo posregulación de antibióticos	I. Tasa CAF		II. Tasa Sesa		III. Tasas CAF y Sesa	
Ensanut 2018	n=17 422		n=17 422		n=17 422	
	Coficiente	EE	Coficiente	EE	Coficiente	EE
Tasa CAF (media: 6.72)	0.002 <sup>‡</sup>	0.001	-	-	0.001	0.001
Tasa Sesa (media: 9.69)	-	-	-0.0008 <sup>§</sup>	0.0002	0.001	0.0002
Periodo posdesaparición del SP	I. Tasa CAF		II. Tasa Sesa		III. Tasas CAF y Sesa	
Ensanut 2020-2023	n=29 610		n=29 610		n=29 610	
	Coficiente	EE	Coficiente	EE	Coficiente	EE
Tasa CAF (media: 6.46)	0.003 <sup>§</sup>	0.0005	-	-	0.0003	0.001
Tasa Sesa (media: 8.60)	-	-	-0.002 <sup>§</sup>	0.0002	-0.002 <sup>§</sup>	0.0002

Nota: Los coeficientes muestran la relación entre densidad de CAF o Sesa con la probabilidad de buscar atención en los modelos de regresión lineal. Todos los modelos se controlan por edad y sexo. Las estimaciones usan ponderadores de la encuesta y ajustan por errores robustos a nivel de hogar. La densidad de CAF y de las unidades de consulta externa de los Sesa son por 100 000 habitantes

EE: Error Estándar; CAF: Consultorios Adyacentes a Farmacias; Sesa: Servicios Estatales de Salud; Significancia: \*  $p < 0.05$ ; <sup>‡</sup>  $p < 0.01$ ; <sup>§</sup>  $p < 0.001$

Elaboración propia con datos de la Ensanut 2012, 2018 y 2020-2023; Histórico de bases CLUES de la DGIS y población del Censo de Población y Vivienda 2010 del Inegi<sup>22,24</sup>

### RECOMENDACIONES

Aproximadamente 95% de las interacciones de la ciudadanía con el sistema de salud ocurre en el primer nivel de atención. Según los resultados de este estudio, cerca de la mitad de estas interacciones se llevan a cabo en el sector público, mientras que la otra mitad se realiza en el sector privado, principalmente en CAF y CAV. Aunque hay cierta documentación sobre la atención en los CAF, se sabe muy poco sobre la calidad de la atención en los CAV. En este sentido, las implicaciones para la equidad, la protección financiera y el bienestar de los hogares mexicanos son importantes, por lo tanto, es fundamental que el sistema de salud público tome medidas para persuadir a la población a utilizar sus servicios, especialmente, los enfocados a la población sin seguridad social, a cargo del IMSS-Bienestar o de los Sesa.

1. Mejorar la disponibilidad efectiva de los servicios de salud públicos:
  - Aumento de horarios de atención. Extender los horarios de atención para facilitar el acceso en diferentes momentos del día.
  - Incremento de personal médico. Asegurar que haya suficiente personal médico en todas las unidades de salud para atender la demanda de los pacientes.
  - Garantía de insumos esenciales. Asegurar la disponibilidad continua de medicamentos y vacunas, así como de otros insumos médicos esenciales.
2. Mejorar la percepción de disponibilidad de los servicios de salud públicos:
  - Campañas informativas. Desarrollar campañas informativas que resalten la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud públicos.
  - Tecnología y comunicación. Implementar sistemas de citas en línea y recordatorios de citas para reducir tiempos de espera y mejorar la experiencia del paciente.
3. Mejorar la percepción de la calidad de los servicios de salud públicos:
  - Capacitación continua. Ofrecer capacitación continua para el personal de salud en temas de atención al paciente y actualización médica.
  - Infraestructura y equipamiento. Invertir en la mejora de la infraestructura y el equipamiento de las unidades de salud para garantizar ambientes limpios y modernos.
4. Impulsar la investigación sobre la calidad de los servicios en CAF y CAV:
  - Evaluaciones y estudios. Realizar estudios y evaluaciones regulares sobre la calidad de la atención en los CAF y CAV.
  - Transparencia y publicación. Publicar los resultados de estas investigaciones para informar a la población y a los tomadores de decisiones.
5. Regular y mejorar los servicios en CAF y CAV:
  - Regulación de prescripción. Implementar y reforzar mecanismos de regulación en los CAF para evitar la sobreprescripción de medicamentos.
  - Integración de proveedores privados. Diseñar e implementar intervenciones que integren a los proveedores de servicios privados en los CAV al sistema de salud público, asegurando estándares de calidad uniformes.

bios. En este sentido, los hallazgos pueden interpretarse como hipótesis a ser investigadas en futuros trabajos usando diseños cuasi-experimentales.

Una variable no observada importante para el análisis fue la tasa de densidad de CAV en los municipios. El análisis de este estudio sólo puede explorar la correlación de búsqueda de atención con la tasa de

CAF, pero este tipo de servicios provee únicamente una tercera parte de los servicios otorgados por el sector privado. Se puede concluir con que cada vez más, los CAV son el sector que más atención de primer nivel otorga a los mexicanos y, por lo tanto, es urgente hacer investigaciones enfocadas en este tipo de proveedores.

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

## Referencias

1. Presidencia de la República. Decreto por el que se crea el organismo público descentralizado denominado Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR). Ciudad de México: DOF, 2022 [citado mzo 18, 2024]. Disponible en: [https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5663064&fecha=31/08/2022#gsc.tab=0)
2. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Documento de análisis sobre la medición multidimensional de la pobreza, 2022. Ciudad de México: Coneval, 2023 [citado jul 25, 2024]. Disponible en: [https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP\\_2022/Documento\\_de\\_analisis\\_sobre\\_la\\_medicion\\_multidimensional\\_de\\_la\\_pobreza\\_2022.pdf](https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/MMP_2022/Documento_de_analisis_sobre_la_medicion_multidimensional_de_la_pobreza_2022.pdf)
3. Colchero MA, Gómez R, Figueroa JL, Rodríguez-Atristain A, Bautista-Arredondo SA. Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018. *Salud Publica Mex.* 2020;62(6):851-8. <https://doi.org/10.21149/11547>
4. Colchero MA, Gómez R, Pineda-Antúnez CJ, Bautista-Arredondo SA. Health care utilization during the Covid-19 pandemic in Mexico: the cascade of care. *Salud Publica Mex.* 2021;63(6):743-50. <https://doi.org/10.21149/12894>
5. Shamah-Levy T, Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arredondo SA, Colchero M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2021 sobre Covid-19. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: SS, INSP, 2022 [citado oct 12, 2022]. Disponible en: [https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804\\_Ensa21\\_digital\\_4ago.pdf](https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/doctos/informes/220804_Ensa21_digital_4ago.pdf)
6. Bautista-Arredondo SA, 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):15-22. <https://doi.org/10.21149/14813>
7. Sáenz-Vela HM, Guzmán-Giraldo ÁM. Gasto catastrófico y utilización de servicios de salud, México 2018. *Rev Econ.* 2021;38(97):1-23. <https://doi.org/10.33937/reveco.2021.218>
8. Organización Panamericana de la Salud. Gasto de bolsillo: cifras confiables para el monitoreo de la Salud Universal: Washington, D.C: OPS, 2023 [citado jul 25, 2024]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/59295/OPSHSHS230009\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/59295/OPSHSHS230009_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
9. Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting Health Reform Right. En: Chapter 3: Ethics. Reino Unido: Oxford University Press; 2002:1-19 [citado mzo 18, 2024]. Disponible en: [https://web.archive.org/web/20030725004901id\\_/http://icommmons.harvard.edu:80/~hsph-id250-02/handouts/EthicsChapter.PDF](https://web.archive.org/web/20030725004901id_/http://icommmons.harvard.edu:80/~hsph-id250-02/handouts/EthicsChapter.PDF)
10. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular. Ciudad de México: Coneval, 2014 [citado jul 25, 2024]. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Informes/Evaluacion/Impacto/Acceso%20y%20Uso%20Efectivo.pdf>
11. Cámara de Diputados LXV Legislatura. Publica DOF decreto que crea el Insabi y desaparece el Seguro Popular. México: DOF, 2019 [citado jul 25, 2024]. Disponible en: <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/es/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/29/3808-Publica-DOF-decreto-que-crea-el-Insabi-y-desaparece-el-Seguro-Popular>
12. Gobierno de México. Instituto Nacional para el Bienestar ¿Qué hacemos? Ciudad de México: Gobierno de México [citado jul 25, 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/que-hacemos#:~:text=El%20INSABI%20tiene%20por%20objeto,lograr%20una%20adecuada%20integraci%C3%B3n%20y>
13. Secretaría de Gobernación. Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos. Ciudad de México: DOF, 2010 [citado ene 29, 2024]. Disponible en: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5144336&fecha=27/05/2010#gsc.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5144336&fecha=27/05/2010#gsc.tab=0)
14. Fundación Mexicana para la Salud. Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas. México: Funsalud, 2014 [citado mzo 18, 2024]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/305319200\\_Estudio\\_sobre\\_la\\_practica\\_de\\_la\\_atencion\\_medica\\_en\\_consultorios\\_medicos\\_adyacentes\\_a\\_farmacias\\_privadas](https://www.researchgate.net/publication/305319200_Estudio_sobre_la_practica_de_la_atencion_medica_en_consultorios_medicos_adyacentes_a_farmacias_privadas)
15. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Bases de datos y cuestionarios para ENSANUT 2006. Cuernavaca, Morelos: SS, INSP, CIEE, 2006 [citado feb 10, 2024]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2006/descargas.php>
16. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Bases de datos y cuestionarios para ENSANUT 2012. Cuernavaca, Morelos: SS, INSP, CIEE, 2012 [citado feb 10, 2024]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/descargas.php>
17. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Bases de datos y cuestionarios para ENSANUT 2018. Cuernavaca, Morelos: SS, INSP, CIEE, 2018 [citado feb 10, 2024]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/descargas.php>
18. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Bases de datos y cuestionarios para ENSANUT Continua COVID-19. Cuernavaca, Morelos: SS, INSP, CIEE, 2020 [citado feb 10, 2024]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/descargas.php>
19. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Bases de datos y cuestionarios para ENSANUT Continua 2021. Cuernavaca, Morelos: SS, INSP, CIEE, 2021 [citado feb 10, 2024]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2021/descargas.php>
20. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Evaluación y Encuestas. Bases de datos y cuestionarios para ENSANUT Continua 2022. Cuernavaca, Morelos: SS, INSP, CIEE, 2022 [citado feb 10, 2024]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2022/descargas.php>
21. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023. Cuernavaca, Morelos. Secretaría de Salud, INSP, CIEE, 2023 [citado feb 10, 2024]. Disponible en: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2023/index.php>
22. Gobierno de México. Secretaría de Salud. Histórico de bases CLUES. Ciudad de México: SS, 2024 [citado ene 23, 2024]. Disponible en: [http://gobi.salud.gob.mx/Bases\\_Clues.html](http://gobi.salud.gob.mx/Bases_Clues.html)
23. Consejo Nacional de Población. Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2020-2070 - Población a mitad de año. Ciudad de México: Conapo, 2023 [citado feb 29, 2024]. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2020-2070>
24. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Censo de Población y Vivienda 2010. Aguascalientes, México: Inegi, 2010 [citado feb 24, 2024]. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2010/>
25. Díaz-Portillo SP, Reyes-Morales H, Cuadra-Hernández SM, Idrovo AJ, Nigenda G, Dreser A. Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico. *Gac Sanit.* 2017;31(6):459-65. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.016>
26. Wirtz VJ, Díaz-Portillo SP, Idrovo AJ, Dreser A, Bonilla FR, Matías-Juan B. Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Publica Mex.* 2015;57(4):320-8. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i4.7575>
27. Lara-Figueroa HN, García-Salazar EM. Factores asociados a la utilización de servicios de atención ambulatoria en México: un análisis de los proveedores. *Rev Cien Salud.* 2020;18(3):1-17.