

Accesibilidad de los servicios de salud en población usuaria

María Angélica Sousa-Fragoso,* Enrique Villarreal-Ríos,**

Recepción versión modificada 06 de diciembre de 1999; aceptación 05 de enero del 2000

Resumen

Objetivo: medir la accesibilidad a los servicios de salud y determinar un modelo que la explique. Material y Métodos: se incluyó la totalidad de entidades federativas de la República mexicana. La medición de la accesibilidad consideró la disponibilidad de recursos y de la percepción de las barreras vencidas. Las variables incluidas en el modelo fueron lugar de residencia, escolaridad, participación laboral y condiciones de la vivienda. Resultados: el promedio de disponibilidad de recursos resultó en $64.59\% \pm 15.68$ (rango 42-100) y la correspondiente a la percepción de barreras vencidas, $87.61\% \pm 4.04$ (rango 79.23-95.65). La media de accesibilidad fue de $71.50\% \pm 10.74$ (rango 56-96). Los estados con más accesibilidad fueron Distrito Federal y Baja California Sur, y con menos, Guerrero, Chiapas y Oaxaca. El modelo que explicó la accesibilidad incluyó el nivel de escolaridad y la participación laboral ($R^2 = 0.67$, $p < 0.05$). Conclusiones: la accesibilidad está determinada por las condiciones socioeconómicas de la población.

Palabras clave: accesibilidad, disponibilidad y barreras

Introducción

La respuesta social organizada a las necesidades de salud de la población da origen a las instituciones de salud públicas y privadas, a través de las cuales se pone a disposición de la población los recursos requeridos para la recuperación o preservación de la salud. La cantidad de recursos desti-

Summary

Objective: To measure the accessibility to health services and determine a model to explain this accessibility. Materials and methods: all states of the Mexican Republic were included. The measurement of accessibility considers the availability of resources and the perception of barriers. Place of residence, education, participation in the work forces and household conditions were included in the model. Results: The average of availability resources was $64.59\% \pm 15.68$ (range 42 to 100) and the average corresponding to perception of barriers, $87.61\% \pm 4.04$ (range 79.23 to 95.65). Accessibility was $71.50\% \pm 10.74$ (range 56 to 96). The states with highest accessibility were the Federal District and Baja California Sur and the lowest, Chiapas and Oaxaca. The model included education and labor participation ($R^2 = 0.67$, $p < 0.05$). Conclusions: Accessibility was determined by socioeconomic factors.

Key words: Accessibility, availability, barriers

nados a este fin al igual que los obstáculos existentes, varían con cada grupo social, convirtiéndose en factores que favorecen o limitan su utilización. Sin embargo, no basta con la disponibilidad física de los mismos, es necesario el poder de acceso de la población, para decir que la respuesta social organizada está llegando a sus destinatarios, es decir existe accesibilidad.

* Programa de Maestría en Economía de la Salud. Centro de Investigación y Docencia Económicas. Instituto Nacional de Salud Pública Fundación Mexicana para la Salud. México, D.F. Cuernavaca, Morelos.

** Unidad Regional de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Nuevo León, Dirección Regional Norte. Monterrey, Nuevo León.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Lic. María Angélica Sousa Fragoso Sánchez Azcona # 232, Col. Del Valle, México D.F. C.P. 03100. Correo electrónico: angelicasousa@usa.net

La accesibilidad ha sido definida por Donabedian¹ como el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las de la población. Los recursos disponibles para la salud pueden ser medidos en recursos humanos (médicos, enfermeras, odontólogos, entre otros) y en físicos (camas, unidades médicas, consultorios y otros). Por otra parte, las barreras vencidas son el reflejo de las características de la población y pueden ser clasificadas de diferentes formas, *económicas*: relacionadas con el pago de la atención médica; *geográficas*: distancia que tienen que viajar los individuos para obtener los servicios de salud, tomando en cuenta las facilidades del transporte y la comunicación; de *calidad*: trato interpersonal y nivel técnico médico de los prestadores; *personales*: características propias de cada individuo, tales como la educación, el conocimiento, la cultura y la religión.^{2,3} Otros autores han agrupado las barreras como *ecológicas*: relacionadas con los aspectos geográficos; *financieras*: referente a los precios que cobra el proveedor; y *organizativas*: las propias de la institución de salud.⁴

Se ha señalado que para que se tenga veracidad y se mida la equidad y acceso efectivo a los servicios de salud, es necesario incluir el criterio objetivo y el criterio subjetivo.⁵ Erik Allardat en su escrito sobre una alternativa del modelo sueco de investigación sobre bienestar, referido en el libro "La calidad de vida", de Nussbaum y Sen,⁶ describe el criterio *objetivo* como aquel que evalúa las condiciones reales existentes, en tanto el *subjetivo*, consiste en la medición de las actitudes y comportamientos por parte de los individuos en términos de satisfacción e insatisfacción.

Es recomendable que la medición de la accesibilidad contemple estos dos enfoques. De acuerdo a lo planteado anteriormente se puede decir que la accesibilidad está definida por la disponibilidad de recursos y las características de la población y en consecuencia se encuentra determinada por la política de salud normada por el estado, la organización de salud y la del grupo social en cuestión, motivo por el cual los factores socio-económicos y políticos adquieren relevancia.

Existen importantes análisis orientados a los aspectos teóricos de la medición de la accesibilidad,^{1,4} otros trabajos se han encargado de medir en

forma específica algunos de sus componentes.^{7,8} En la presente investigación se plantean dos objetivos, medir la accesibilidad a los servicios de salud en población usuaria de los Estados Unidos Mexicanos y determinar un modelo que la explique.

Material y método

Se trata de un estudio ecológico que incluye la totalidad de las entidades federativas de la República mexicana. La información correspondió al año de 1994.

Se midió la accesibilidad de los servicios de salud considerando la disponibilidad de los recursos y la percepción de las barreras vencidas.

Índice de accesibilidad (IA)

El índice de accesibilidad propuesto se estimó por entidad federativa y su construcción se conformó por dos criterios: uno objetivo y otro subjetivo. La *calificación global de disponibilidad de recursos (CGDR)* representa el criterio objetivo y la *calificación de percepción de barreras vencidas (CPBV)*, el criterio subjetivo. Se asignó un peso específico a cada uno de ellos, considerando que sin la disponibilidad de recursos no puede haber utilización. Así se le otorgó una mayor ponderación a la disponibilidad (0.70) que a la percepción de barreras vencidas (0.30).

$$IA = 0.70 (CGDR) + 0.30 (CPBV)$$

Calificación global de disponibilidad de recursos (CGDR)

Se utilizó como fuente de información el Boletín de Información Estadística,⁹ de 1994. La calificación global de la disponibilidad de recursos estuvo determinada por el promedio de la disponibilidad de médicos, odontólogos, enfermeras, camas, quirófanos y consultorios por entidad federativa. La disponibilidad se estimó considerando los recursos esperados (esperado) *versus* los existentes (real) por 100. (Real / Esperado x 100).

Los recursos esperados se definieron por 1,000 habitantes, correspondiendo 2.79 médicos; 0.083 odontólogos; 2.92 enfermeras; 1.72 camas; 0.039 quirófanos y 0.97 consultorios.

La disponibilidad real de cada uno de los recursos mencionados previamente, fue determinada por la cantidad existente en cada entidad federativa para cada 1,000 habitantes.

Calificación de percepción de barreras vencidas (CPBV)

Esta calificación estuvo determinada por el porcentaje de percepción de barreras vencidas, en individuos con antecedente de haber utilizado algún servicio médico en las últimas dos semanas ($n=3,318$), según la Encuesta Nacional de Salud II (ENSAII),¹⁰ realizada en 1994; de ella se eliminó la información correspondiente a los hogares y se usó la específica a los individuos. La estimación se basó en la pregunta ¿Si tuviera oportunidad regresaría al mismo lugar donde lo atendieron?, interpretando la contestación afirmativa como el equivalente a la percepción de barrera vencida.

Lo esperado estuvo definido en 100%, es decir, la totalidad de los individuos lograría vencer las barreras existentes en caso de necesitar nuevamente el servicio.

Accesibilidad por categorías

A partir de la calificación del IA, se definieron 5 categorías de acuerdo al siguiente criterio: accesibilidad total: IA, mayor o igual 0.90; accesibilidad intermedia: IA, 0.80 a 0.89; accesibilidad limitada: IA, 0.70 a 0.79; accesibilidad parcial: IA, 0.60 a 0.69; accesibilidad reducida: IA, menor o igual a 0.59.

Las variables consideradas como posibles factores explicativos de la accesibilidad fueron el porcentaje de población que vive en localidades urbanas, considerando a ésta como aquella con más de 15,000 habitantes (lugar de residencia); el promedio de escolaridad en mayores de 15 años (escolaridad); el porcentaje de población económicamente activa que se encuentra ocupada y recibe alguna paga (participación laboral); y el porcentaje de población que dispone de drenaje intradomiciliario (condiciones de la vivienda).¹¹

Plan de análisis

Se determinó la accesibilidad por entidad federativa y en el paquete estadístico SPSS se construyeron modelos bivariados y múltiple.

Resultados

El promedio de disponibilidad de médicos fue de $62.11\% \pm 16.02$ (rango 36 – 100); odontólogos $67.81\% \pm 18.79$ (rango 42 – 100); enfermeras $65.90\% \pm 18.47$ (rango 37 -100); camas, $61.99\% \pm 17.86$ (rango 31 – 100); quirófanos $66.75\% \pm 21.32$ (rango 35 –100); y consultorios $63.01\% \pm 13.70$ (rango 45 – 100). En el cuadro I se muestran los resultados de cada una de las entidades federativas.

El promedio de disponibilidad global de recursos resultó en $64.59\% \pm 15.68$ (rango 42 – 100) y el correspondiente a la percepción de barreras vencidas, $87.61\% \pm 4.04$ (rango 79.23 – 95.65). La media del IA fue de $71.50\% \pm 10.74$ (rango 56 – 96). En el cuadro II se presentan los resultados por entidad federativa.

La distribución de los estados por grado de accesibilidad fue la siguiente: accesibilidad total: Baja California Sur y Distrito Federal; accesibilidad intermedia: Nuevo León, Coahuila, Colima, Sonora y Tamaulipas; accesibilidad limitada: Tabasco, Quintana Roo, Yucatán, Baja California, Jalisco, Morelos, Aguascalientes, Sinaloa, Campeche y Chihuahua; accesibilidad parcial: Nayarit, Durango, Querétaro, Tlaxcala, Michoacán, Puebla, Guanajuato, Hidalgo, San Luis Potosí, Veracruz y Zacatecas; accesibilidad reducida: Estado de México, Guerrero, Chiapas y Oaxaca.

El porcentaje promedio de población urbana (lugar de residencia) fue de $55.94\% \pm 20.61$ (rango 10 – 100), el promedio de escolaridad, 7.08 ± 0.99 (rango 5 – 9), porcentaje de población con participación laboral, $85.24\% \pm 5.97$ (rango 71 – 95), porcentaje de población con remuneración económica de un salario mínimo o más (ingreso económico), $63.58\% \pm 13.67$ (rango 37 – 88) y porcentaje de población con drenaje intradomiciliario (condiciones de la vivienda) $81.81\% \pm 11.67$ (rango 50 – 96). En el cuadro III se muestran a detalle el resultado por cada uno de los estados.

Todos los modelos bivariado reportaron significancia estadística, correspondiendo la R^2 más alta a

Cuadro I. Disponibilidad de recursos por entidad federativa*

Entidad federativa	Disponibilidad de Médicos	Disponibilidad de Odontólogos	Disponibilidad de Enfermeras	Disponibilidad de Camas	Disponibilidad de Quirófanos	Disponibilidad de Consultorios
Aguascalientes	62.22	61.45	69.43	63.12	69.23	50.10
Baja California	85.38	85.54	70.48	72.08	74.36	58.17
Baja California Sur	100.00	100.00	100.00	88.51	100.00	100.00
Campeche	59.11	84.34	66.84	46.94	71.79	70.00
Coahuila	76.89	77.11	100.00	81.67	100.00	70.90
Colima	87.08	100.00	85.78	75.98	71.79	83.71
Chiapas	36.08	65.08	37.26	30.77	41.03	51.65
Chihuahua	60.71	55.42	74.78	71.21	66.67	54.58
Distrito Federal	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Durango	60.99	69.88	69.57	63.32	51.28	63.26
Guajuato	53.30	49.40	48.76	58.25	56.41	49.84
Guerrero	40.85	45.78	47.28	41.52	35.90	57.44
Hidalgo	49.04	43.37	50.14	51.08	41.03	61.35
Jalisco	67.24	67.47	73.18	83.08	74.36	58.32
México	50.31	62.65	41.08	51.70	35.90	45.98
Michoacán	58.91	43.37	48.21	62.11	53.85	55.51
Morelos	68.35	78.31	69.19	58.93	69.23	57.99
Nayarit	62.69	53.01	67.10	55.54	69.23	65.23
Nuevo León	68.29	77.11	100.00	100.00	94.87	71.57
Oaxaca	39.17	42.17	39.76	35.92	38.48	54.12
Puebla	46.33	45.78	52.76	63.49	53.85	47.40
Querétaro	55.99	62.65	61.48	54.10	53.85	52.22
Quintana Roo	64.17	100.00	63.83	46.75	92.31	85.05
San Luis Potosí	48.14	44.58	54.47	48.75	43.59	54.24
Sinaloa	62.84	63.86	70.37	58.90	74.36	60.90
Sonora	74.94	72.29	79.69	84.21	100.00	70.84
Tabasco	65.22	100.00	65.53	51.84	84.62	72.97
Tamaulipas	74.27	71.08	83.76	77.51	97.44	68.49
Tlaxcala	52.86	74.70	50.07	45.10	35.90	54.27
Veracruz	47.14	49.40	48.88	47.01	84.10	51.66
Yucatán	66.52	72.29	76.06	77.73	71.79	84.62
Zacatecas	42.25	51.81	44.90	39.48	48.72	58.13

* Las cantidades se expresan en porcentajes

escolaridad 0.62. En el cuadro IV se presentan los valores correspondientes a las variables incluidas.

El modelo que mejor explicó el comportamiento de la accesibilidad incluyó las variables participación laboral y escolaridad, las variables condiciones de la vivienda y lugar de residencia fueron excluidas del modelo por no presentar significancia estadística ($p < 0.05$). El coeficiente de determinación (R^2 correspondió a 0.67, $F = 30.06$ y $p < .05$. En el cuadro V se muestran los datos.

Discusión

La parte esencial del presente trabajo fue la medición de la accesibilidad de manera integral, considerando los aspectos relacionados a la disponibilidad de recursos y la correspondiente a las barreras. A diferencia de otros estudios que miden accesibilidad únicamente sobre la base de la utili-

zación del servicio¹² o con relación a los aspectos geográficos.⁷ No obstante, haber utilizado una base de datos secundaria propicia la presencia de las limitaciones propias de este tipo de información.

Como parte de la metodología propuesta fue necesario definir el ideal a alcanzar en la disponibilidad de recursos, dado que era importante evaluar la variabilidad entre cada una de las entidades federativas, se consideró pertinente utilizar como referencia el valor máximo encontrado y realizar la comparación con relación al mismo. Aunque existe la opción de determinar un ideal para cada una de acuerdo a sus características particulares.

Para el caso de las barreras, se consideró conveniente establecer como ideal que en la totalidad de los casos la población debería de tener la capacidad de vencer las barreras que se les presenten. Asumiendo con ello que la sola existencia de los recursos es suficiente para que la población

Cuadro II. Índice de accesibilidad, calificación global de disponibilidad de recursos, calificación de percepción de barreras vencidas, por entidad federativa*

Entidad Federativa	Calificación global de disponibilidad de recursos	Calificación de percepción de barreras vencidas	Índice de Accesibilidad**
Aguascalientes	62.59	95.65	72.51
Baja California	74.00	79.69	75.70
Baja California Sur	97.75	91.67	95.93
Campeche	66.47	83.33	71.53
Coahuila	84.43	90.16	87.15
Colima	84.06	88.46	85.38
Chiapas	43.64	91.30	57.94
Chihuahua	63.89	87.85	71.08
Distrito Federal	100.00	83.47	95.04
Durango	63.05	81.48	68.58
Guanajuato	52.66	85.40	62.48
Guerrero	44.80	90.05	58.37
Hidalgo	49.34	91.09	61.86
Jalisco	70.28	79.23	72.96
México	47.93	83.05	58.47
Michoacán	53.66	88.78	64.20
Morelos	67.00	85.37	72.51
Nayarit	62.17	86.21	69.38
Nuevo León	85.31	91.34	87.12
Oaxaca	41.60	90.45	56.25
Puebla	51.60	91.13	63.46
Querétaro	56.71	88.89	66.37
Quintana Roo	75.35	80.77	76.98
San Luis Potosí	48.96	91.67	61.77
Sinaloa	65.05	88.46	72.08
Sonora	80.33	85.09	81.76
Tabasco	73.36	88.57	77.93
Tamaulipas	48.76	87.50	61.38
Tlaxcala	52.15	93.18	64.46
Veracruz	51.03	86.55	61.69
Yucatán	71.50	87.67	76.35
Zacatecas	47.55	90.00	60.28

* Las cantidades se expresan en porcentajes.

** El índice de accesibilidad cuenta con la ponderación de los recursos y barreras vencidas.

pueda hacer uso de ellos, y que cualquier barrera que se presente debe ser lo suficientemente débil para lograr vencerla.

Otro punto que debe de ser considerado al momento de realizar la interpretación de los resultados es el hecho de que los encuestados en la ENSAI, son población que ya utilizó el servicio de salud, excluyendo a la población que no hace uso de él.

Haber utilizado la pregunta ¿si tuviera oportunidad regresaría al mismo lugar donde lo atendieron? permite la evaluación del servicio después de haberlo utilizado, considerando entonces la capacidad de la población de vencer las barreras, sin olvidar con ello que se está hablando de población usuaria. Lo anterior no niega la posibilidad de que la evaluación se realice antes de hacer uso del servicio, pero esta información no se encuentra disponible en la ENSAI. Es conveniente aclarar por lo

tanto que tal vez no sea la pregunta mas adecuada para evaluar barreras vencidas, esto es una debilidad del trabajo que en este momento no puede ser salvada, pero a futuro, si la intención de la ENSAI es servir de fuente de información para el análisis y toma de decisiones, deberá de incluir en sus próximas versiones una pregunta específica a la población que no hace uso de los servicios de salud.

Por otra parte, se obtuvo un parámetro numérico de la accesibilidad de manera global y para cada uno de los estados, pero se reconoce que la fuente utilizada, en este caso la ENSAI, no cuenta con la representatividad de cada uno de las entidades federativas. Sin embargo, este abordaje representó un esfuerzo inicial exploratorio, que deberá ser retomado en posteriores trabajos.

Frenk⁴, entre otros autores ha propuesto diferentes formas de medir la accesibilidad, pero invaria-

Cuadro III. Por entidad federativa, características de las variables independientes incluídas en el modelo

Entidad Federativa	Lugar de Residencia (urbana) *	Escolaridad **	Participación Laboral *	Condiciones de la Vivienda (drenaje) *
Aguascalientes	70.0	7.9	90.6	92.2
Baja California	80.0	8.0	95.5	95.1
Baja California Sur	60.0	7.9	92.9	96.1
Campeche	50.0	6.7	80.7	74.1
Coahuila	80.0	8.1	92.0	92.5
Colima	70.0	7.5	90.1	93.0
Chiapas	30.0	5.0	79.7	71.4
Chihuahua	70.0	7.5	84.8	89.5
Distrito Federal	100.0	9.4	92.6	88.3
Durango	50.0	7.0	84.2	77.4
Guanajuato	60.0	6.0	82.6	75.7
Guerrero	40.0	5.7	71.2	51.2
Hidalgo	30.0	6.0	79.7	71.0
Jalisco	70.0	7.1	87.0	90.0
México	70.0	7.7	88.0	82.7
Michoacán	40.0	6.3	78.4	84.5
Morelos	60.0	7.6	87.2	85.6
Nayarit	40.0	7.0	84.4	85.8
Nuevo León	90.0	9.1	88.9	94.8
Oaxaca	20.0	5.4	77.0	68.8
Puebla	40.0	6.4	80.0	78.8
Querétaro	50.0	7.3	83.7	74.8
Quintana Roo	70.0	7.5	88.8	83.5
San Luis Potosí	50.0	6.4	84.7	81.0
Sinaloa	50.0	7.3	92.0	86.5
Sonora	70.0	8.0	93.3	95.1
Tabasco	30.0	6.7	86.7	85.8
Tamaulipas	80.0	7.8	91.0	90.6
Tlaxcala	40.0	7.3	80.0	78.4
Veracruz	60.0	6.6	82.8	87.6
Yucatán	60.0	6.4	83.3	49.6
Zacatecas	10.0	6.0	73.9	66.4

* Expresado en porcentaje.

** Número de años cursados.

Cuadro IV. Modelos bivariados para explicar la accesibilidad

Variable Dependiente: Accesibilidad				
Variable Independiente	R ²	Beta	T	P
Escolaridad	.62	.792	7.11	.000
Participación Laboral	.59	.768	6.56	.000
Lugar de residencia	.48	.695	5.28	.000
Condiciones de la Vivienda	.34	.587	3.97	.000

Cuadro V. Modelo multivariado para explicar la accesibilidad

Variable Dependiente: Accesibilidad				
R Múltiple	R ²	R ² Ajustada	F	P
.82	.67	.65	30.06	0.05
Variable Independiente	Beta	T	P	
Escolaridad	0.495	2.75	0.01	
Participación Laboral	0.368	2.04	0.05	
Constante	-23.024			

blemente del método propuesto todos coinciden en la necesidad de incluir una parte objetiva y una subjetiva, la primera representada por la disponibilidad de recursos, en tanto la segunda, por la capacidad de la población de vencer los obstáculos que se encuentran en el proceso de búsqueda de la atención médica.

En este aspecto, la presente investigación se apega a lo ya descrito, sin embargo no es claro el ponderador con que deben de contar cada uno de estos criterios. Aquí se propone, para la disponibilidad de recursos un peso de 0.70 (objetivo) y el correspondiente 0.30 para la capacidad de vencer barreras (subjetivo), esto podría considerarse arbitrario, pero se fundamenta en el hecho de que la accesibilidad requiere en principio de la existencia de los recursos para la salud, si estas condiciones no se presentan la accesibilidad es difícil que se dé.

La medición de la accesibilidad en una escala continua permite realizar análisis econométrico, en

tanto la agrupación en categorías, permite a futuro la comparación de los presentes resultados con los encontrados por otros autores como Lozano y cols¹⁴, los cuales aunque no midan la accesibilidad, sí analizan las condiciones de salud de la población.

Esta aproximación a la medición de la accesibilidad, tiene la ventaja de pasar del aspecto teórico y propositivo al cuantificable, cuenta con cifras que son comparables y puede servir de referencia, para posteriormente realizar la medición por municipio.

Los resultados encontrados señalan que entidades federativas como el Distrito Federal y Baja California Sur cuentan con la accesibilidad más alta del país, en tanto a otros como Guerrero, Chiapas y Oaxaca les corresponde la más baja, esto coincide con sus condiciones generales y apoya la hipótesis de que a mejores condiciones socioeconómicas existe mayor accesibilidad de los servicios médicos. Esto es avalado por los resultados del análisis econométrico realizado.

Autores como Regidor y Cols¹³ han descrito la relación entre el nivel de educación y el uso de los servicios médicos, específicamente el nivel educativo bajo y el mayor uso de servicios en consulta y hospitalización. Sin embargo los resultados obtenidos, los cuales de una manera integral consideraron la disponibilidad y las barreras vencidas, no presentan esta misma tendencia.

En este caso concreto consideramos que las discrepancias encontradas con el autor mencionado estriban fundamentalmente en el tipo de abordaje para medir la accesibilidad.

El modelo que mejor explicó la accesibilidad incluyó variables relacionadas con la escolaridad y la participación en el mercado laboral, las cuales guardan una relación directamente proporcional. Esto es congruente si se asume que mejores condiciones socioeconómicas propician una mayor probabilidad de un grado más alto de accesibilidad.

En conclusión, consideramos que existen dos aportaciones del presente trabajo. La primera eminentemente metodológico al proponer la medición de la accesibilidad de acuerdo a lo que los teóricos

han descrito; en tanto la segunda de carácter operativo al determinar un modelo que la explique, permitiendo con ello que el tomador de decisiones conozca las variables que deben ser modificadas para incidir en la accesibilidad.

Referencias

1. **Donabedian A.** "Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica" Biblioteca de la salud. México, D.F, Fondo de Cultura Económica, 1988.
2. **Van Doorslar E, and Wagstaff A.** Equity in the delivery of health care: some international comparisons, *J Health Econ*, 1992;11:pp126-133.
3. **Price M.** "The consequences of health service privatization for equality and equity in health care in South Africa", *Soc Sci Med* 1988;27(7):PP 703-716.
4. **Frenk J.** "El concepto y la medición de la accesibilidad", *Salud Pública de México*;Sep-Oct 1985:Pp 438-452.
5. **Daniels N.** "Equity of access to Health Care: some conceptual and ethical issues" *Health and Society*, 1982;60(1):Pp 51-81.
6. **Nussbaum M, Sen A.** "La calidad de vida", México, D.F. Fondo de Cultura Económica, 1996.
7. **Palomar Rodríguez J, Más Castillo A, Parra Hidalgo P, Rodríguez Martínez MP.** Accesibilidad de los servicios de salud en la región de Murcia, *Aten Primaria*, 1996 May 17;8:507-11
8. **Flores G, Vega LR.** Barriers to health care access for Latino children: a review. *Fam Med*, 1998 Mar;30(3):196-205.
9. Sistema Nacional de Salud. Recursos y servicios. Boletín de información estadística. México, D.F. Secretaría de Salud, 1994.
10. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud II. México, D.F. Laboratorio Gráfico Editorial, 1994.
11. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Censo de población y Vivienda. Aguascalientes: INEGI, 1995
12. **Cheng SH, Chiang IL.** The effect of universal health insurance on health care utilization in Taiwan. Results from a natural experiment. *JAMA*, 1997 Jul, 278;2:89-93.
13. **Regidor E, de Mateo S, Gutiérrez Fisac JL, Fernández de la Hoz K, Rodríguez C.** Diferencias socioeconómicas en el uso y accesibilidad de los servicios de salud en España. *Med Clin*, 1996 Sep 107;8:285-8.
14. **Lozano R, Murray Ch, Frenk J, Bobadilla JL, Fernández S.** El peso de la enfermedad en México: un doble reto. ISBN 968-6186-02-6 Fundación Mexicana para la Salud, 1994.

