

¿El apoyo social promueve la utilización de servicios de salud en los adultos mayores? El caso de México.

Autores: Salinas-Rodríguez, Aarón¹; Moreno-Tamayo, Karla²; Manrique-Espinoza, Betty³; Enríquez-Rosas, María del Rocío⁴

Resumen

Antecedentes. El incremento de las necesidades de atención en la salud de los adultos mayores (AM) subraya la necesidad de comprender los factores que contribuyen en la utilización de los servicios de salud. Estudios previos sugieren que el apoyo social es un factor que podría vincularse con resultados benéficos en diversas esferas de la salud física. En este trabajo analizamos si el apoyo social promueve la utilización de servicios de salud en una muestra de AM mexicanos. **Métodos.** Estudio prospectivo con datos recolectados para el estudio de evaluación de impacto de un programa de pensiones sociales no-contributivas. La muestra analítica corresponde a 4,027 AM (≥ 65 años). En la línea de base y el seguimiento se recolectó información de atención ambulatoria y hospitalización. Estudiamos apoyo social mediante dos componentes: estructural (arreglos domiciliarios, estado civil y tamaño de red) y funcional (percepción de disponibilidad de apoyo; y recepción de apoyo: emocional, instrumental, económico y de información). Para los análisis utilizamos modelos de regresión logística y exploramos el efecto del apoyo social sobre el número de consultas médicas y el número de hospitalizaciones usando modelos de regresión binomial negativa cero-inflado. **Resultados.** Del total de AM, 39.6% reportó haber solicitado atención médica ambulatoria en los últimos seis meses; y 4.7% reportó haber sido hospitalizado en los últimos doce meses. Encontramos que 88.4% reportó contar con disponibilidad de apoyo; y los apoyos recibidos fueron básicamente económico (31.2%) y emocional (27.2%). La disponibilidad de apoyo, y la recepción de apoyo (emocional, instrumental, económico y de información) incrementaron la probabilidad de uso de atención ambulatoria y el número de visitas médicas. No observamos relación entre el apoyo social y la hospitalización. **Conclusión.** Los resultados resaltan la importancia de contar con redes de apoyo social heterogéneas en la vejez, ya que facilita la búsqueda de atención en salud.

¹ Instituto Nacional de Salud Pública; asalinas@insp.mx

² Instituto Nacional de Salud Pública; karla.moreno@insp.mx

³ Instituto Nacional de Salud Pública; bmanrique@insp.mx

⁴ Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente; rocioe@iteso.mx

Introducción

La asociación entre el apoyo social y distintos desenlaces en salud ha sido analizada ampliamente en la literatura (Cohen and Syme, 1985b, Holt-Lunstad et al., 2010, House et al., 1988). Específicamente, los datos sugieren que el apoyo social se asocia con la mortalidad (Holt-Lunstad and Smith, 2012, Holt-Lunstad et al., 2010), con diversos indicadores de salud física (Holt-Lunstad et al., 2007, Uchino, 2009b), de salud mental (Reinhardt et al., 2006), incluso con marcadores genéticos (Uchino et al., 2012). También se ha explorado el rol que tiene el apoyo social sobre indicadores relacionados con el cuidado de la salud, como la adherencia al tratamiento (DiMatteo, 2004), y el uso de servicios de salud (Penning, 1995).

La relación entre el apoyo social y la salud se ha analizado utilizando al menos dos definiciones empíricas complementarias. Por un lado, se ha identificado un componente estructural relacionado con la participación social y la pertenencia a redes sociales (Rodríguez-Artalejo et al., 2006); y por otro, un componente funcional relacionado con distintos tipos de transacciones entre individuos (Piferi and Lawler, 2006). Estas transacciones se han operacionalizado regularmente en términos del apoyo recibido o percibido (Lyyra and Heikkinen, 2006), y así mismo el apoyo ha sido dividido en diferentes tipos, como el instrumental y el emocional (Reblin and Uchino, 2008).

Debido a que la evidencia empírica sobre la relación entre el apoyo social y la salud ha sido amplia, los esfuerzos ahora se han centrado en dilucidar los mecanismos causales a partir de los cuales es posible establecer un nexo entre el apoyo social y la salud (Uchino, 2009a, Cohen, 1988). En general se han planteado dos posibles vías potenciales. La primera se refiere al mecanismo biológico, principalmente relacionado con procesos inflamatorios (Uchino, 2006). Y la segunda con la influencia del apoyo social sobre ciertas conductas en salud

(Umberson, 1987). En ambas se reconoce que el vínculo está condicionado por los desenlaces en salud analizados y las hipótesis que se tengan sobre el origen del fenómeno (mortalidad, morbilidad, cuidados de la salud, etc.) así como de los procesos mediante los cuales algunos tipos de apoyo promueven la recuperación de un padecimiento o la inhibición de alguna conducta no deseada (Cohen and Syme, 1985a, Bloom, 1990).

Sin embargo, y de manera particular, la relación del apoyo social con el uso de los servicios de salud ha sido poco analizada y continua bajo escrutinio (Melchiorre et al., 2013, Edelbrock et al., 2003). De hecho sigue siendo parte de la agenda de investigación identificar las condiciones bajo las cuales el apoyo social facilita o desalienta el uso de servicios de salud. Este debate es importante debido a que afecta tanto las prácticas cotidianas de atención a la salud como la formulación de políticas públicas.

Por otro lado, este indicador es particularmente importante para la población de adultos mayores, ya que en esta población es frecuente la presencia de condiciones de salud desfavorables que requieren de atención médica oportuna (Cordato et al., 2005). El objetivo de este estudio fue determinar si la disponibilidad de apoyo social, en una muestra de adultos mayores, promueve el uso de los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios.

Métodos

En este trabajo analizamos datos longitudinales derivados del estudio de evaluación de impacto de un programa de pensiones no contributivas en México denominado *70 y más*.⁵ El propósito de la evaluación fue estimar el efecto del programa sobre diversos indicadores económicos y de salud. El estudio de evaluación comenzó en 2007 con una muestra de 6000 AM de 65 a 74 años y residentes de áreas rurales/semi-rurales de 7 estados de México. La tasa

⁵ *70 y más* comenzó a operar en el 2007 sólo en localidades rurales (<2500 habitantes) y sólo para adultos mayores de 70 años y más. Hoy día, y con una nueva administración en el gobierno de México, el programa se ha expandido hasta algunas localidades pobre urbanas (>2500 habitantes) y se ha reducido la edad de elegibilidad (≥ 65 años) de sus beneficiarios, de hecho el nombre actual del programa es *65 y más*.

de respuesta en la medición basal (2007) fue de 91% (n=5465). Las mediciones de seguimiento fueron hechas en Noviembre del 2008 y Marzo del 2009. Los AM fueron entrevistados en sus hogares por personal capacitado y estandarizado del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP). Los datos recolectados incluyeron las características socio-demográficas: nivel educativo, estilos de vida, estado de salud, mental y de nutrición, así como uso de servicios de salud. Los detalles metodológicos y resultados del estudio de evaluación han sido ya publicados (Salinas-Rodríguez et al., 2013). Los comités de Ética e Investigación del INSP aprobaron la realización del estudio de evaluación del programa 70 y más. Los participantes recibieron una explicación detallada de todos los procedimientos y firmaron una carta de consentimiento informado antes de que los datos fueran recolectados.

Muestra analítica.

Conformamos la muestra analítica con los AM que tenían información completa en todas las variables de estudio tanto en la medición basal (2007) como en el seguimiento (2009). De los 5465 AM elegibles con información basal, excluimos 250 a quienes no fue posible localizar en el seguimiento, 256 que fallecieron y 932 que tenían información incompleta en alguna de las variables de estudio. El proceso de exclusión redujo la muestra a 4027AM los cuales tenían información completa; dicha cifra corresponde a 73.7% de la muestra original basal. Los participantes excluidos del análisis mostraron diferencias en la mayoría de las variables analizadas. En comparación con los participantes que entraron al análisis, los AM excluidos fueron más propensos a vivir solos ($p < 0.01$), tener una red de menor tamaño ($p < 0.01$) y percibir menos disponibilidad de apoyo ($p < 0.01$) en la línea de base. En las covariables, también observamos diferencias. Entre los participantes excluidos encontramos más mujeres ($p < 0.01$) y más analfabetismo ($p < 0.01$); menor porcentaje de personas con trabajo pagado ($p < 0.05$), con el programa 70 y más ($p < 0.01$) y con Seguro Popular ($p < 0.01$); mayor prevalencia de discapacidad en AVD ($p < 0.01$) y AIVD ($p < 0.01$); así como individuos con

más enfermedades crónicas ($p < 0.01$) en comparación con los AM incluidos en la muestra analítica.

Variables dependientes.

Como indicadores del uso de servicios de salud utilizamos la atención ambulatoria y la hospitalización, recolectados tanto en el basal como en el seguimiento. En atención ambulatoria el AM reportó si en los últimos seis meses había acudido al médico para una cita preventiva o curativa. Si el AM respondía afirmativamente, se le preguntó el número de consultas recibidas en los últimos 6 meses. En relación a hospitalización, si el AM respondió que en los últimos 12 meses había pasado alguna noche internado, se le preguntaba por el número de noches que estuvo hospitalizado.

Variables de exposición.

Siguiendo algunas de las definiciones operacionales utilizadas en la literatura (Rodríguez-Artalejo et al., 2006, Piferi and Lawler, 2006), analizamos el efecto del apoyo social sobre el uso de servicios de salud usando diversos indicadores relacionados tanto con el componente estructural como con el componente funcional del apoyo social. Para el componente estructural utilizamos los siguientes indicadores: arreglo residencial (AM vive solo = 1, cualquier otro = 0), estado civil (casado/unión libre = 1, cualquier otro = 0), y el tamaño de la red (que fue considerada como una variable de conteo y se obtuvo mediante la pregunta: *“¿Cuántos amigos o vecinos cercanos tiene en la actualidad? (Estas son personas con las que se siente bien, con las que puede platicar sobre temas privados o de quienes puede recibir algún tipo de ayuda).*

Mientras que para el componente funcional usamos la disponibilidad de apoyo y los tipos de apoyo recibidos. La disponibilidad de apoyo se operacionalizó utilizando la pregunta: *“Si por*

alguna razón usted necesitara una pequeña cantidad de dinero (suficiente para pagar los gastos de una semana en su hogar) ¿conoce personas o tiene parientes cercanos a quienes pediría ayuda?" (si=1, no=0). Para evaluar los tipos de apoyo recibidos, utilizamos un cuestionario estructurado que permitió recolectar información detallada sobre las principales personas con las que se relacionaba el AM. Estas personas podrían ser parientes, amigos, vecinos, e incluso algunos grupos (religiosos, deportivos, sociales). Además de ciertas características sociodemográficas de estas personas o grupos (sexo, edad, parentesco, escolaridad y lugar de residencia) y de la frecuencia de contacto; se analizó el tipo de transacciones de los AM a través de los siguientes tipos de apoyo: instrumental (comida, ropa, medicamentos, transporte, etc.), emocional (consejos, compañía), económico; y de información (sobre problemas de salud, de alimentación, de ingresos, o de servicios de salud). Con esta información se construyeron cuatro indicadores dicotómicos (apoyo recibido = 1, no = 0) asociados a cada uno de los tipo de apoyo.

Covariables.

Utilizamos las siguientes covariables asociadas con el uso de servicios de salud. Edad, sexo (mujer=1), alfabetismo (sabe leer y escribir=1), etnicidad (indígena=1). La discapacidad fue evaluada mediante el reporte relacionado con las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (caminar, bañarse, comer, ir a la cama o usar el baño), y con las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) (preparar alimentos, ir de compras, tomar medicamentos, manejar su propio dinero, salir de casa, o hacer labores domésticas). Para cada una de ellas (ABVD y AIVD) definimos una variable dicotómica que es igual a 1 si se reporta al menos una dificultad para hacer las actividades e igual a 0 para cualquier otro valor. Las comorbilidades fueron medidas preguntado a los AM si algún médico les había diagnosticado previamente alguno de los siguientes padecimientos: hipertensión, diabetes, dislipidemia, infarto, angina, enfermedad del corazón, enfermedad pulmonar, osteoporosis, y cáncer. Se incluyeron también

las siguientes covariables: tener trabajo pagado, estar inscrito en el programa *70 y más*, y tener el seguro médico *Seguro Popular*. Para incluir un indicador del nivel socioeconómico del hogar, se creó un índice de bienes, para el que se emplearon un total de 7 variables dicotómicas (sí/no) que toman en cuenta algunas características de la vivienda así como la posesión de bienes en el hogar. El índice de bienes ha sido utilizado ampliamente en la literatura y validado en distintos contextos, (Moser, 2008, Filmer and Pritchett, 2001, Booyesen et al., 2008) y en nuestro caso fue creado a partir de una matriz de correlación policórica y mediante la aplicación del análisis de componentes principales. El primer componente explicó 57% de la variación en los datos. Este índice es continuo y valores más altos implican un mayor nivel socioeconómico del hogar. También se incluyeron variables a nivel de las localidades. Para el nivel socioeconómico se utilizó el Índice de Marginación desarrollado por el Consejo Nacional de Población (CONAPO). El índice es continuo y valores más altos implican una mayor marginación de la localidad (CONAPO, 2005). También se consideraron variables asociadas al acceso a los servicios de salud, particularmente el tiempo de traslado desde la localidad hasta las unidades de salud más cercanas a las localidades (en minutos y tomando en cuenta las características orográficas del terreno).

Análisis estadístico.

Para estimar la asociación entre el apoyo social y el uso de servicios de salud, utilizamos modelos de regresión con efectos aleatorios para tomar en cuenta que las medidas repetidas de los AM están correlacionadas. Primero, cuando la variable de respuesta fue dicotómica (sí/no uso de servicios ambulatorios y de hospitalización) utilizamos modelos de regresión logística de efectos mixtos. Segundo, si las variables fueron de conteo (número de consultas y hospitalizaciones) utilizamos modelos mixtos de regresión binomial negativa cero inflados,

dada la presencia de heterogeneidad por la gran cantidad de ceros observados en los desenlaces.

En estos modelos se analizó la asociación entre el apoyo social estructural (arreglos familiares y estado civil) y funcional (tamaño de la red, disponibilidad de apoyo, y recepción de cuatro distintos tipos de apoyos: emocional, instrumental, económico y de información) con la probabilidad de solicitar atención ambulatoria y hospitalaria así como con el número de consultas y de hospitalizaciones. La ecuación para predecir los ceros, en el modelo de regresión binomial negativo cero inflado, incluyó: sexo, etnicidad, discapacidad, número de enfermedades crónicas, trabajo pagado, afiliación al seguro popular, índice de bienes del hogar, y el tiempo de viaje a unidades de primer y segundo nivel de atención. Los análisis se llevaron a cabo utilizando el paquete estadístico STATA versión 13.1.

Resultados

En el cuadro 1 se presentan las características sociodemográficas y de salud de la muestra de estudio. Asimismo, se muestra la distribución de los indicadores del uso de servicios de salud y del apoyo social tanto en su variante estructural como funcional. Destaca que sólo 39.6% los AM reportó haber solicitado atención médica ambulatoria en los últimos seis meses y el número promedio de consultas médicas fue 1.21 ± 2.18 . Con respecto al uso de servicios hospitalarios, se observó que en los últimos doce meses, únicamente 4.7% estuvo hospitalizado y en promedio, pasaron 0.37 ± 6.41 noches en el hospital. En relación al componente estructural del apoyo social de los AM, se aprecia que 7.0% de ellos residía solo; mientras que la condición civil del 60% de los participantes del estudio fue tener una unión (casado o unido). Se encontró que el tamaño promedio de la red se constituía por 4.49 ± 8.21 integrantes. Entre las características del componente funcional, observamos, por un lado, un porcentaje elevado de AM, (casi 90%), manifestó contar con disponibilidad apoyo. En

contraste, identificamos que el principal tipo de apoyo que los AM reportaron recibir fue el apoyo económico (31.2%) seguido del emocional (27.2%) e instrumental (23.7%); y en una medida muy menor, los AM reportaron la recepción de apoyo de información (5.4%).

Cuadro 1. Distribución de los indicadores del uso de servicios de salud, las características sociodemográficas y de salud de la muestra de estudio, México

	n= 4027	
	Media o %	D. E
VARIABLES DE INTERÉS		
Solicitó atención ambulatoria en los últimos seis meses	39.6	
Número de consultas médicas en los últimos seis meses (0-50)	1.21	2.18
Estuvo hospitalizado en los últimos doce meses	4.7	
Número de noches hospitalizado en los últimos doce meses (0-60)	0.37	6.41
APOYO SOCIAL		
<i>Componente estructural</i>		
AM vive solo	7.0	
AM casado-unido	60.0	
Tamaño de la red	4.49	8.21
<i>Componente funcional</i>		
Disponibilidad de apoyo	88.4	
Recibe apoyo emocional	27.2	
Recibe apoyo instrumental	23.7	
Recibe apoyo económico	31.2	
Recibe apoyo de información	5.4	
COVARIABLES		
Edad (años)	69.3	2.88
Mujeres	49.6	
Alfabetismo	34.6	
Indígena	38.9	
Discapacidad ABVD	17.6	
Discapacidad AIVD	19.8	
Número de enfermedades crónicas	0.79	1.07
Tiene trabajo pagado	24.6	
Beneficiario 70 y más	29.5	
Afiliado al Seguro Popular	33.1	
Índice de bienes	0.01	1.11
LOCALIDAD		
Índice de marginación	-0.13	0.62
Tiempo viaje a unidades de primer nivel de atención (minutos)	16.59	19.68
Tiempo viaje a unidades de segundo nivel de atención (minutos)	67.44	47.60

En el cuadro 2 se presentan los resultados para los modelos de efectos aleatorios en los que se explora la asociación entre el apoyo social y los servicios ambulatorios. Los indicadores del componente estructural del apoyo social (arreglo residencial, estado civil) así como el tamaño de la red no mostraron asociación ni con la atención ambulatoria ni con el número promedio de consultas en los últimos seis meses. En cuanto al componente funcional, la disponibilidad de apoyo incrementó la probabilidad de solicitar atención médica ambulatoria (OR=1.35) así como el número promedio de consultas en un 11% ($e^{\beta}=1.11$). También encontramos una relación significativa entre los distintos tipos de apoyo (emocional, instrumental, económico y de información) con probabilidad de solicitar atención ambulatoria la atención ambulatoria (Cuadro 2, Modelo 1) así como con el número promedio de visitas al médico (Cuadro 2, Modelo 2).

Los resultados sobre el uso de servicios hospitalarios se encuentran en el Cuadro 3. Se puede observar que ninguno de los indicadores, de los componentes estructural y funcional del apoyo social, mostró asociación significativa con la probabilidad de solicitar servicios de hospitalización en los últimos 12 meses (Cuadro 3, Modelo 1). Sin embargo, observamos que tanto el tamaño de la red como el apoyo emocional incrementaron el número promedio de noches de hospitalización en los últimos 12 meses (Cuadro 3, Modelo 2).

Cuadro 2. Efecto del apoyo social sobre la atención médica ambulatoria y el número de consultas médicas

	Modelo 1			Modelo 2		
	Atención médica ambulatoria			Número de consultas médicas		
	RM	IC 95%	valor p	IRR	IC 95%	valor p
Apoyo social						
<i>Componente estructural</i>						
AM vive solo	1.02	[0.82 - 1.28]	[0.842]	1.09	[0.94 - 1.26]	[0.246]
AM casado-unido	1.05	[0.93 - 1.18]	[0.402]	1.04	[0.97 - 1.13]	[0.281]
Tamaño de la red	1.00	[0.99 - 1.01]	[0.939]	1.00	[1.00 - 1.01]	[0.369]
<i>Componente funcional</i>						
Disponibilidad de apoyo	1.35***	[1.15 - 1.57]	[0.000]	1.11*	[0.98 - 1.25]	[0.096]
Recibe apoyo emocional	1.19**	[1.02 - 1.39]	[0.023]	1.01	[0.91 - 1.11]	[0.855]
Recibe apoyo instrumental	1.45***	[1.26 - 1.68]	[0.000]	1.27***	[1.16 - 1.39]	[0.000]
Recibe apoyo económico	1.18**	[1.03 - 1.36]	[0.019]	1.11**	[1.02 - 1.21]	[0.014]
Recibe apoyo de información	1.35***	[1.12 - 1.64]	[0.002]	1.13**	[1.01 - 1.26]	[0.028]
Covariables						
Edad (años)	1.00	[0.97 - 1.02]	[0.643]	0.99	[0.98 - 1.01]	[0.434]
Mujeres	1.39***	[1.23 - 1.57]	[0.000]	1.07	[0.98 - 1.17]	[0.142]
Alfabetismo	1.06	[0.95 - 1.19]	[0.287]	1.05	[0.98 - 1.14]	[0.185]
Indígena	1.06	[0.95 - 1.19]	[0.303]	0.92*	[0.84 - 1.00]	[0.053]
Discapacidad ABVD	1.37***	[1.17 - 1.59]	[0.000]	1.05	[0.93 - 1.18]	[0.456]
Discapacidad AIVD	1.11	[0.97 - 1.28]	[0.133]	1.02	[0.93 - 1.13]	[0.654]
Número de enfermedades crónicas	1.79***	[1.69 - 1.89]	[0.000]	1.22***	[1.17 - 1.26]	[0.000]
Tiene trabajo pagado	0.95	[0.84 - 1.07]	[0.400]	0.88**	[0.79 - 0.98]	[0.019]
Beneficiario 70 y más	1.11	[0.93 - 1.33]	[0.231]	1.12*	[0.99 - 1.27]	[0.066]
Tiempo	1.20***	[1.06 - 1.36]	[0.004]	1.09**	[1.00 - 1.19]	[0.049]
Beneficiario 70 y más × Tiempo	1.22*	[0.96 - 1.55]	[0.098]	1.09	[0.93 - 1.27]	[0.296]
Afiliado al Seguro Popular	1.00	[0.96 - 1.06]	[0.873]	0.99	[0.95 - 1.03]	[0.617]
Índice de bienes	1.31***	[1.18 - 1.46]	[0.000]	1.09**	[1.01 - 1.18]	[0.032]
<i>Localidad</i>						
Índice de marginación	0.92**	[0.85 - 1.00]	[0.043]	0.94**	[0.89 - 1.00]	[0.043]
Tiempo viaje a unidades de primer nivel de atención (minutos)	1.00	[1.00 - 1.00]	[0.489]	1.00	[1.00 - 1.00]	[0.230]
Tiempo viaje a unidades de segundo nivel de atención (minutos)	1.00	[1.00 - 1.00]	[0.474]	1.00	[1.00 - 1.00]	[0.769]

RM: Razón de Momios; IRR: Incidence Rate Ratio *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Cuadro 3. Efecto del apoyo social sobre la hospitalización y el número de noches de hospitalización

	Modelo 1			Modelo 2		
	Hospitalización			Número de noches hospitalizado		
	RM	IC 95%	valor p	IRR	IC 95%	valor p
Apoyo social						
<i>Componente estructural</i>						
AM vive solo	1.29	[0.77 - 2.17]	[0.336]	1.53	[0.81 - 2.89]	[0.188]
AM casado-unido	1.22	[0.92 - 1.62]	[0.168]	1.32	[0.94 - 1.87]	[0.114]
Tamaño de la red	1.00	[0.98 - 1.02]	[0.940]	1.03**	[1.00 - 1.05]	[0.030]
<i>Componente funcional</i>						
Disponibilidad de apoyo	0.99	[0.70 - 1.41]	[0.957]	0.73	[0.45 - 1.20]	[0.220]
Recibe apoyo emocional	1.20	[0.84 - 1.70]	[0.317]	1.46*	[0.94 - 2.26]	[0.095]
Recibe apoyo instrumental	1.12	[0.81 - 1.54]	[0.489]	0.96	[0.64 - 1.43]	[0.843]
Recibe apoyo económico	1.17	[0.85 - 1.61]	[0.336]	1.08	[0.72 - 1.63]	[0.715]
Recibe apoyo de información	0.99	[0.66 - 1.49]	[0.969]	0.68	[0.41 - 1.13]	[0.137]
Covariables						
Edad (años)	0.97	[0.92 - 1.02]	[0.202]	1.02	[0.95 - 1.09]	[0.545]
Mujeres	0.70**	[0.53 - 0.93]	[0.013]	0.63**	[0.41 - 0.97]	[0.036]
Alfabetismo	1.11	[0.85 - 1.43]	[0.450]	1.32	[0.93 - 1.87]	[0.121]
Indígena	0.97	[0.74 - 1.28]	[0.842]	0.90	[0.64 - 1.27]	[0.552]
Discapacidad ABVD	2.22***	[1.64 - 3.02]	[0.000]	2.77***	[1.38 - 5.59]	[0.004]
Discapacidad AIVD	1.90***	[1.41 - 2.56]	[0.000]	0.84	[0.37 - 1.93]	[0.683]
Número de enfermedades crónicas	1.46***	[1.32 - 1.62]	[0.000]	1.10	[0.94 - 1.28]	[0.221]
Tiene trabajo pagado	0.55***	[0.39 - 0.77]	[0.000]	0.19***	[0.10 - 0.36]	[0.000]
Beneficiario 70 y más	1.14	[0.75 - 1.74]	[0.541]	0.80	[0.44 - 1.46]	[0.475]
Tiempo	1.18	[0.88 - 1.58]	[0.265]	0.58**	[0.39 - 0.88]	[0.011]
Beneficiario 70 y más × Tiempo	0.97	[0.56 - 1.70]	[0.920]	1.01	[0.50 - 2.03]	[0.987]
Afiliado al Seguro Popular						
Índice de bienes	1.11*	[0.99 - 1.24]	[0.087]	0.91	[0.75 - 1.11]	[0.361]
<i>Localidad</i>						
Índice de marginación	0.85*	[0.70 - 1.03]	[0.091]	0.94	[0.75 - 1.18]	[0.580]
Tiempo viaje a unidades de primer nivel de atención (minutos)	1.00	[0.99 - 1.00]	[0.281]	0.99**	[0.97 - 1.00]	[0.030]
Tiempo viaje a unidades de segundo nivel de atención (minutos)	1.00***	[0.99 - 1.00]	[0.009]	1.00	[0.99 - 1.00]	[0.335]

RM: Razón de Momios; IRR: Incidence Rate Ratio *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Discusión

En este estudio analizamos si la disponibilidad de apoyo social (en sus componentes estructural y funcional) favorece el uso de los servicios de salud, ambulatorios y hospitalarios, en una muestra de AM en México. El análisis incluyó tanto la probabilidad de uso (usuarios versus no usuarios) como el volumen o número de total de visitas a los servicios de salud a partir de datos longitudinales.

Varios estudios han analizado la relación entre el apoyo social y el uso de servicios de salud en la población de AM, sin que exista evidencia concluyente sobre la asociación entre estas variables. Por un lado, algunos de los estudios sugieren que el apoyo social tiene relativamente poca importancia en relación al uso de servicios de salud, mientras que otros sugieren que el apoyo social incrementa (o disminuye) el uso de dichos servicios (Penning, 1995, Melchiorre et al., 2013, Edelbrock et al., 2003, Coulton and Frost, 1982, Andersen and Newman, 1973). En este contexto, nuestros resultados sugieren que la disponibilidad de apoyo social favorece el uso de los servicios de salud ambulatorios pero no así los hospitalarios.

De manera aún más específica, nuestros resultados pueden ser interpretados dentro del contexto del modelo de Andersen & Newman (Andersen and Aday, 1978, Auslander and Litwin, 1990) que conceptualiza al uso de servicios de salud como una función de: factores que predisponen la individuo a hacer uso de tales servicios como edad, sexo, estado civil, y padecimientos previos; factores que favorecen o limitan el uso como disponibilidad de recursos y/o apoyo social, conocimiento de los servicios ofrecidos, y el lugar de residencia; y factores asociados a la necesidades del individuo como padecimientos crónicos o agudos,

discapacidad, y percepción del estado de salud. De acuerdo a este modelo, si la necesidad se traduce en uso de los servicios de salud eso depende, entre otros factores, de la disponibilidad de apoyo social, lo cual parece ser corroborado por nuestros resultados.

Sin embargo, la naturaleza y grado exactos en que el apoyo social influye sobre el uso de los servicios de salud no es del todo claro. La investigación en el área sugiere una doble vía. Por un lado, el uso de servicios (formales) de salud debería disminuir si las redes (informales) de apoyo social disminuyen (Bass and Noelker, 1987). Pero por el otro, también se sugiere que la búsqueda de los servicios de salud está vinculada con la información que las redes informales de redes de apoyo social (particularmente miembros de la familia) brindan al AM (Bass and Noelker, 1987, Arling, 1985). De acuerdo a nuestros resultados, recibir apoyo en términos de información incrementa la probabilidad de usar los servicios de salud ambulatorios así como el número total de visitas, lo que aporta evidencia sobre la importancia de contar con ese tipo de apoyo. Aún más notorio es que no sólo la información mostró una asociación significativa, sino también los otros tipos de apoyo explorados, tanto el apoyo emocional, como el apoyo instrumental y económico. Sobre el apoyo instrumental y emocional ya se ha reportado en la literatura una asociación significativa con el uso de servicios de salud (Penning, 1995), argumentándose que la búsqueda de los servicios de salud no sólo depende de la información disponible, sino que puede también incrementarse si cuenta con alguien que ofrezca apoyo instrumental (por ejemplo traslado al médico o al hospital) o emocional (particularmente afecto y compañía). En nuestro estudio hemos agregado el apoyo económico, el cual también ha resultado significativo para buscar los servicios de salud, probablemente porque los AM reciben además de información, recursos económicos para trasladarse al médico, e incluso para

comprar medicamentos o pagar estudios clínicos, aunque esta es una hipótesis que debe ser explorada en detalle en estudios futuros.

A diferencia del uso de servicios ambulatorios, la asociación con el uso de servicios hospitalarios no es tan fuerte, ya que sólo se asoció el número de noches de hospitalización en los últimos 12 meses con la disponibilidad de apoyo y también con el apoyo emocional. Aunque este hallazgo es importante porque muestra que el apoyo emocional puede ser muy importante para los AM que ya están hospitalizados, incluso el sólo contar con algún tipo de apoyo puede ser relevante.

Nuestro estudio tiene dos fortalezas. La primera es que se cuenta con información longitudinal, a diferencia de otros estudios que han analizado el uso de servicios de salud en AM con información transversal (Salinas et al., 2010, Gonzalez-Gonzalez et al., 2011), incluso si analizan su relación con el apoyo social (Penning, 1995). La segunda, y más importante, es que se ha explorado de manera detallada distintos componentes del apoyo social, reconociendo la naturaleza multidimensional del constructo, y evitando así el uso de una sola medición agregada (Uchino et al., 2012, Penning, 1995). De manera general, nuestros datos aportan evidencia que permite confirmar la multi-dimensionalidad del apoyo social, en tanto que los AM pueden diferenciar no solo los tipos de apoyos recibidos, sino incluso entre los componentes funcional y estructural. Es decir, y dado que el tamaño de la red no resultó significativa, que el AM parece reconocer que no es tan importante tener mucha gente a su alrededor sino contar con personas que efectivamente le brinde cualquier tipo de apoyo de los aquí analizados.

Aun así, es importante reconocer que en este estudio no ha sido posible identificar la calidad del apoyo recibido, elemento que hoy día es crucial para analizar el apoyo social y su relación con la salud en general, y con el uso de los servicios de salud en particular (Uchino et al., 2012). Esto es importante porque permitiría analizar aún con más detalle esta asociación. Por ejemplo, el AM pudo haber reportado que cuenta con apoyo instrumental y eso a su vez pudo haber incrementado el número de visitas a los servicios ambulatorios, sin embargo no es posible saber si un mejor y mayor apoyo instrumental podría haber también incrementado o disminuido las visitas al médico.

Este último punto encierra un problema aún mayor cuando se analiza la relación entre el apoyo social y el uso de servicios de salud, ya que visto en primera instancia no es posible saber si acudir a dichos servicios representa un aspecto benéfico o no. Es decir, si el AM acude a los servicios ambulatorios porque padece una enfermedad y así se mantiene controlado y en buen estado, entonces será benéfico acudir. Pero si, por otro lado, acude porque el apoyo recibido es insuficiente y no logra tener un buen control de su padecimiento, entonces el apoyo social no resulta tan benéfico. Futuros estudios deberán enfocarse en reconocer y analizar este efecto contradictorio y proponer posibles explicaciones.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones que deben ser señaladas. En primer lugar, la potencial presencia de un sesgo de selección debido a las diferencias encontradas entre la muestra analítica y los AM excluidos. Aunque se sabe que los estudios prospectivos con población envejecida son susceptibles a las pérdidas al seguimiento (Van Beijsterveldt et al., 2002, Matthews et al., 2004). La muerte y la falta de localización de los participantes en mediciones posteriores frecuentemente propician diferencias cuando se comparan las

características entre la muestra de análisis y los sujetos que no fueron parte del análisis. En nuestro caso, es un hecho que la muestra de análisis se conformó con los individuos más sanos y con mayores ventajas socioeconómicas. Esto podría implicar que la utilización de servicios de salud hospitalarios podría estar subestimada debido a que las enfermedades crónicas y la discapacidad son circunstancias que propician la necesidad de atención médica. Sin embargo, en las áreas rurales la hospitalización es un fenómeno que ocurre con poca frecuencia (Salinas et al., 2010, Gonzalez-Gonzalez et al., 2011). En segundo lugar, y aunque siempre es un factor que debe ser considerado, los problemas de memoria y de falta de familiaridad con los servicios de salud puede ser un problema mayor en la población de AM, particularmente con poblaciones rurales en las que el acceso a los servicios de salud es aún más difícil. En tercer lugar, los resultados de este estudio no pueden ser generalizados dado que no se tiene una muestra que sea representativa ni de todos los AM de México, ni tampoco de los AM rurales, ya que nuestra muestra se restringe sólo a 7 estados de México. En ese mismo tenor, nuestra muestra incluye sólo a AM entre 65-74 años, por lo que nuestros resultados deben ser interpretados con cautela dado que aplicarían sólo al sector más joven de la población de AM.

En conclusión, nuestros hallazgos sugieren que existe una asociación significativa entre el apoyo social, medido de manera multidimensional, y el uso de los servicios de salud ambulatorios favoreciendo tanto la probabilidad de uso como el volumen de uso. La relación con los servicios hospitalarios fue menos evidente y debería ser analizada con más detalle para explorar posible vías de asociación, particularmente con el apoyo emocional.

Referencias

ANDERSEN, R. & ADAY, L. A. 1978. Access to medical care in the U.S.: realized and potential. *Med Care*, 16, 533-46.

ANDERSEN, R. & NEWMAN, J. F. 1973. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 51, 95-124.

ARLING, G. 1985. Interaction effects in a multivariate model of physician visits by older people. *Med Care*, 23, 361-71.

AUSLANDER, G. K. & LITWIN, H. 1990. Social Support Networks and Formal Help Seeking: Differences Between Applicants to Social Services and a Nonapplicant Sample. *Journal of Gerontology*, 45, S112-S119.

BASS, D. M. & NOELKER, L. S. 1987. The influence of family caregivers on elder's use of in-home services: an expanded conceptual framework. *J Health Soc Behav*, 28, 184-96.

BLOOM, J. R. 1990. The relationship of social support and health. *Soc Sci Med*, 30, 635-7.

BOOYSEN, F., VAN DER BERG, S., BURGER, R., VON MALTITZ, M. & DU RAND, G. 2008. Using an Asset Index to Assess Trends in Poverty in Seven Sub-Saharan African Countries. *World Development*, 36, 1113-1130.

COHEN, S. 1988. Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychol*, 7, 269-97.

COHEN, S. & SYME, S. 1985a. Issues in the Study and Application of Social Support. *En: COHEN, S. & SYME, S. (eds.) Social Support and Health*. New York, NY: Academic Press, Inc.

COHEN, S. & SYME, S. 1985b. *Social Support and Health*, New York, NY, Academic Press, Inc.

CONAPO 2005. Índice de marginación a nivel localidad 2005. Consejo Nacional de Población (CONAPO): México. Disponible en:

http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/indices_margina/marg_local05/libro/IndiceMargLoc2005.pdf.

CORDATO, N., SAHA, S. & PRICE, M. 2005. Geriatric interventions: The evidence base for comprehensive health care services for older people. *Australian Health Review*, 289, 151-155.

COULTON, C. & FROST, A. 1982. Use of Social and Health Services by the Elderly. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 330-339.

DIMATTEO, M. R. 2004. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol*, 23, 207-18.

EDELBROCK, D., WAITE, L., BROE, G., BUYS, L., GRAYSON, D. & CREASEY, H. 2003. The relation between unpaid support and the use of formal health services: the Sydney Older Persons Study. *Australas J Ageing*, 22, 2-8.

FILMER, D. & PRITCHETT, L. 2001. Estimating Wealth Effects Without Expenditure Data—Or Tears: An Application To Educational Enrollments In States Of India*. *Demography*, 38, 115-132.

GONZALEZ-GONZALEZ, C., SANCHEZ-GARCIA, S., JUAREZ-CEDILLO, T., ROSAS-CARRASCO, O., GUTIERREZ-ROBLEDO, L. M. & GARCIA-PENA, C. 2011. Health care

utilization in the elderly Mexican population: expenditures and determinants. *BMC Public Health*, 11, 192.

HOLT-LUNSTAD, J. & SMITH, T. 2012. Social relationships and mortality. *Social and Personality Psychology Compass*, 6, 41-53.

HOLT-LUNSTAD, J., SMITH, T. B. & LAYTON, J. B. 2010. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*, 7, e1000316.

HOLT-LUNSTAD, J., UCHINO, B. N., SMITH, T. W. & HICKS, A. 2007. On the importance of relationship quality: the impact of ambivalence in friendships on cardiovascular functioning. *Ann Behav Med*, 33, 278-90.

HOUSE, J. S., LANDIS, K. R. & UMBERSON, D. 1988. Social relationships and health. *Science*, 241, 540-5.

LYYRA, T. M. & HEIKKINEN, R. L. 2006. Perceived social support and mortality in older people. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 61, S147-52.

MATTHEWS, F. E., CHATFIELD, M., FREEMAN, C., MCCRACKEN, C., BRAYNE, C. & MRC, C. 2004. Attrition and bias in the MRC cognitive function and ageing study: an epidemiological investigation. *BMC Public Health*, 4, 12.

MELCHIORRE, M. G., CHIATTI, C., LAMURA, G., TORRES-GONZALES, F., STANKUNAS, M., LINDERT, J., IOANNIDI-KAPOLOU, E., BARROS, H., MACASSA, G. & SOARES, J. F. 2013. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PLoS One*, 8, e54856.

MOSER, C. 2008. Assets and livelihoods: a framework for asset-based social policy. *En:* MOSER, C. & ANIS, D. (eds.) *Assets, livelihoods, and social policy*. Washington DC: The World Bank.

PENNING, M. 1995. Health, social support, and the utilization of health services among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 50, S330-9.

PIFERI, R. & LAWLER, K. 2006. Social support and ambulatory blood pressure: an examination of both receiving and giving. *Int J Psychophysiol*, 62, 328-36.

REBLIN, M. & UCHINO, B. N. 2008. Social and emotional support and its implication for health. *Curr Opin Psychiatry*, 21, 201-5.

REINHARDT, J., BOERNER, K. & HOROWITZ, A. 2006. Good to have but not to use: Differential impact of perceived and received support on well-being. *J Soc Pers Relat* 23, 117–129.

RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F., GUALLAR-CASTILLÓN, P., HERRERA, M., OTERO, C., CHIVA, M., OCHOA, C., BANEGAS, J. & PASCUAL, C. 2006. Social network as a predictor of hospital readmission and mortality among older patients with heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 12, 621-627.

SALINAS-RODRÍGUEZ, A., MANRIQUE-ESPINOZA, B., MORENO-TAMAYO, K., TORRES-PEREDA, P., DE LA CRUZ-GÓNGORA, V., ANGELES-TAGLIAFERRO, G. & TELLEZ-ROJO SOLÍS, M. 2013. Impact Evaluation of the Non-Contributory Social Pension Program 70 y más, 3ie Grantee Final Report. Disponible en:

http://www.3ieimpact.org/media/filer/2013/10/25/impact_evaluation_of_the_non-contributory_social_pension_program_70_y_mas.pdf.

SALINAS, J. J., AL SNIH, S., MARKIDES, K., RAY, L. A. & ANGEL, R. J. 2010. The rural-urban divide: health services utilization among older Mexicans in Mexico. *J Rural Health*, 26, 333-41.

UCHINO, B. N. 2006. Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med*, 29, 377-87.

UCHINO, B. N. 2009a. Understanding the Links Between Social Support and Physical Health: A Life-Span Perspective With Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspectives on Psychological Science*, 4, 236-255.

UCHINO, B. N. 2009b. What a Lifespan Approach Might Tell Us about Why Distinct Measures of Social Support have Differential Links to Physical Health. *J Soc Pers Relat*, 26, 53-62.

UCHINO, B. N., CAWTHON, R., SMITH, T., LIGHT, K., MCKENZIE, J., CARLISLE, M., GUNN, H., BIRMINGHAM, W. & BOWEN, K. 2012. Social relationships and health: is feeling positive, negative, or both (ambivalent) about your social ties related to telomeres? *Health Psychol*, 31, 789-96.

UMBERSON, D. 1987. Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration. *Journal of Health and Social Behavior*, 28, 306-319.

VAN BEIJSTERVELDT, C. E., VAN BOXTEL, M. P., BOSMA, H., HOUX, P. J., BUNTINX, F. & JOLLES, J. 2002. Predictors of attrition in a longitudinal cognitive aging study: the Maastricht Aging Study (MAAS). *J Clin Epidemiol*, 55, 216-23.