



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PRIORIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD EN UNA
MUESTRA DE PERSONAS
EN EDAD PRODUCTIVA. CIUDAD DE MÉXICO 2006.**

T E S I S

Que para obtener el Título de:

CIRUJANA DENTISTA

Presenta:

DULCE BEATRIZ CRUZ VALDEZ

DIRECTOR

C.D. Alberto Zelocuatecatl Aguilar

ASESOR

C.D. Miriam Ortega Maldonado

MÉXICO, D.F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

Gracias a Dios por haberme dado la oportunidad de estar aquí concluyendo una etapa de mi vida.

A mi madre por haberme dado la vida, por no haber escatimado sacrificio alguno, por haberme dado el tesoro más valioso que se le puede da a un hijo: amor, por sus desvelos, por la lucha y la fuerza que tuvo para formarme como persona y educarme. Gracias mamá, TE AMO.

A mi padre. Gracias.

A mi hermana, que me ha dado un gran ejemplo a seguir como persona, como profesionista y como madre. Te admiro y te quiero mucho Verónica. Gracias por compartir tu vida conmigo.

A mis sobrinos: Diana, Verónica, Adolfo, Albero, Rubén y Valeria. Una gran motivación para superarme. Gracias por existir.

Al C.D. Alberto Zelocuatecatl, por su valioso apoyo para la realización de esta tesis.

A mis amigos que han estado conmigo hasta e final de este proyecto, y a los que conocí en el transcurso de mi carrera.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por haberme dado la oportunidad de sentir el orgullo de ser universitaria.

INTRODUCCION

ANTECEDENTES

Percepción de salud

Equidad

Atención Primaria de Salud

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

JUSTIFICACION

OBJETIVOS

Objetivo General

Objetivos específicos

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Población de estudio

Muestra

Tamaño de la muestra

Criterios de inclusión

Criterios de exclusión

Operacionalización y conceptualización de las variables

Variable dependiente

Variables Independientes

Plan de Análisis

Aspectos Éticos

Recursos

Humanos

Materiales

Financieros

RESULTADOS

DISCUSIÓN

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Palabras clave: Prioridad, salud, atención, edad productiva, equidad, atención primaria, gastos

RESUMEN

Objetivo. Determinar qué tan prioritaria es la atención a la salud en personas en edad productiva. **Material y Métodos.** Se realizó un estudio transversal descriptivo, en una muestra de 100 personas residentes de la Ciudad de México. La aplicación de la encuesta fue realizada por una persona. El análisis de los datos fue hecho en el paquete estadístico SPSS 12.0. Se extendió carta de consentimiento informado. **Resultados.** Se identificó que la prioridad real primaria fue ocupada por los gastos (alimento, luz, agua, etc.), seguida por el pago de deudas, en tercer lugar se ubicó el ahorro, en cuarto la atención a la salud, en quinto el vestido (ropa y arreglo personal), en sexto lugar los viajes y las diversiones, y en séptimo otro tipo de gastos. De manera ideal se identificó nuevamente que los gastos ocupan el primer lugar, seguida de la atención a la salud. **Discusión.** Existen prioridades que generan que la salud no sea prioritaria y haya otras necesidades esenciales que demandan la inversión de sus ingresos, por lo tanto, debe ser considerado problema de carácter cultural, así como de tipo socioeconómico y su análisis debe de considerar otras perspectivas y otras metodologías.

1. INTRODUCCION

En México, el sistema de salud brinda los servicios médicos, tanto públicos como privados, a la población. Sin embargo, se han presentado una serie de factores que evitan la poca atención de su salud.

Para la sociedad en edad productiva de la Ciudad de México la prioridad en la atención de la salud se encuentra demasiado ligada a su estabilidad económica, así como a la poca información, de que la atención médica no solo se requiere cuando se presenta alguna alteración en el funcionamiento corporal. No obstante, se han desarrollado diversos programas que cuentan con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población debido a esta problemática.

Otro de los factores que ocasionan el poco interés, se debe a que no todos cuentan con algún tipo de afiliación a alguna institución médica, pública o privada, y, por lo tanto, no asisten para una revisión médica sino hasta que lo "crean" necesario, es por ello que la sociedad llega a plantearse que existe desigualdad para la atención de la salud en la población mexicana.

2. ANTECEDENTES

En México, la pobreza y los fenómenos de exclusión social relacionados con esta constituyen un problema antiguo. (1)

Las políticas asistencialistas y distributivas aplicadas por el Estado y por algunos representantes sociales han tenido un éxito muy relativo en aliviar la pobreza, en tanto que las desigualdades generadoras de exclusión se han agravado. (2)

En el sistema de salud mexicano se encuentran tres componentes básicos de atención en la salud: los servicios privados, la seguridad social y los que careciendo de capacidad de pago para tener acceso al primero, así como aquellos que no poseen relación laboral que les permita ingresar en el segundo representan la llamada «población abierta». Estos últimos reciben los servicios de la Secretaría de Salud (SS) y otras instituciones, sean del sector público o asociaciones civiles. (2,3)

Es necesario señalar, que los grupos de población en los tres componentes antes mencionados no son permanentes. Debido a que si alguna persona pierde su trabajo pasa a ser «población abierta», por tanto, se convertiría a una persona de la población abierta en «asegurado». Sin embargo, un «asegurado» no necesariamente es «usuario» de los servicios y aproximadamente el 30 por ciento de los asegurados de bajos ingresos utilizan los servicios de la población abierta y los de altos ingresos la atención privada, dado que la SS es la que menor presupuesto *per capita* tiene. (4)

Para encontrar una verdadera atención en los servicios de salud debe estar presente la equidad y la alta calidad en los servicios otorgados a la población. Con la desproporción del capital entre la seguridad social y los usuarios de la población abierta, se requeriría elevar el presupuesto de la SS en más de un cincuenta por ciento para que la población abierta pueda recibir el mismo tipo de atención que la asegurada, lo anterior, sin calcular la infraestructura hospitalaria necesaria para la homologación de los servicios. (4)

Las posibles alternativas para una modificación son: privatización, servicio único descentralizado en los estados, y la organización de grupos de profesionales para brindar servicios a la población que se registre voluntariamente con el grupo de su preferencia. (4)

2.1 Percepción de salud

La preocupación por las graves consecuencias del deterioro de las condiciones de salud que afectan a la población ha llevado a plantearse formas innovadoras de análisis y abordaje del proceso salud-enfermedad y a reafirmar sus compromisos con los sectores poblacionales más afectados. (4)

En estos procesos, la enfermedad ha sido contextualizada por variables sociales y culturales. Las percepciones de la población en cuanto a la salud y a la enfermedad recobran importancia en un medio multicultural, multiétnico y plurilingüe. Así que, el enfoque intercultural de la salud, al tomar en cuenta las particularidades de los pueblos en cuanto a su forma de vida, valores, creencias y aspiraciones, se presenta como una estrategia que podría apoyar la consecución de las metas de la reforma sectorial, que básicamente se proyectan al logro de la equidad en cuanto al acceso y cobertura universal de la población de la región a una atención de salud con calidad. (5)

La incorporación del enfoque intercultural de la salud en los programas de capacitación y desarrollo de los recursos humanos se presenta como una importante estrategia para el logro de la equidad dentro de la salud. (5)

Cabe señalar, que el desarrollo de recursos humanos constituye también uno de los ejes prioritarios en los planes nacionales de salud y que se entiende como una táctica básica en el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, en el que se identifican modelos para la incorporación del enfoque intercultural de la salud en los programas de capacitación y desarrollo de las instituciones formadoras de recursos. (5)

Las pautas enfatizan en la necesidad de que el enfoque intercultural de la salud sea un eje a través del cual se crucen las propuestas de los procesos de reforma. Además, priorizan la participación de la población tanto en los niveles de decisión como en los de ejecución de los planes, políticas y propuestas que los involucran. (5)

Asimismo, las pautas obligan a la incorporación de contenidos curriculares que apoyen el conocimiento de las variables socioculturales que condicionan el bienestar de las poblaciones. Por otra parte, se reconoce el rol de los organismos internacionales como facilitadores de procesos intersectoriales e interdisciplinarios, de intercambio de experiencias y de generación de conocimiento y metodologías en el tema de la interculturalidad en salud. Del mismo modo, se ha reconocido que las condiciones de vida y de salud que prevalecen en una población son deficientes, manifestándose en la mortalidad excesiva debido a causas evitables, lo cual demuestra la persistencia y, aun, la acentuación de las desigualdades de las poblaciones con relación a otros grupos sociales homólogos. Por otra parte, es importante considerar las aspiraciones de las personas, como son, el asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida, la necesidad de fortalecer su propia identidad, así como de que se respeten sus derechos en cuanto a la salud y al medio ambiente. (4,5)

Es importante reconocer la necesidad de revalorar y respetar la integridad de valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de los pueblos, incluidos aquellos que tienen relación con la promoción y el mantenimiento de la salud y con el tratamiento de las enfermedades y dolencias. Reiterando la importancia de la estrategia de transformación de los sistemas nacionales de salud y de la propuesta de desarrollo de modelos alternativos de atención a nivel de los sistemas locales de salud como un recurso táctico valioso y requisito fundamental para la superación de los actuales problemas de déficit de cobertura, falta de acceso y baja aceptabilidad de los servicios de salud entre las poblaciones. (6)

La prestación adecuada y oportuna de los servicios de salud depende, en gran medida de la disponibilidad de instalaciones y equipos que respondan a las

demandas y necesidades tanto de los usuarios como del personal que brinda los servicios.(6)

La medicina preventiva ocupa un lugar muy importante dentro de las acciones del sector salud, pues con ella se disminuye el riesgo de contraer enfermedades y se fomentan hábitos que mejoran la calidad de vida de la población. Dentro de las estrategias para una mejor calidad de vida se consideran las consultas médicas de rutina, la vigilancia epidemiológica y la formación de una cultura de la prevención a través de la educación para la salud. (4,6)

El concepto de salud aborda dimensiones de tipo biológico, económico, social, cultural y hasta político, sin embargo, existe la percepción de cada individuo de solicitar atención sin sentir malestar o el considerar como unas de sus principales prioridades el ahorro para gastos en salud, estos puntos proporcionarían información para explicar por que algunas veces las medidas de promoción a la salud y prevención no son eficientes al 100 por ciento. (4,6)

2.2 Equidad

La salud está íntimamente ligada al desarrollo de cualquier nación, es decir, no se puede incrementar y consolidar un país competitivo si no se cuenta con esta herramienta básica de bienestar social. En México, por ejemplo, existen importantes desigualdades económicas que conllevan a una deficiente calidad de vida. En este sentido, cerca de la mitad de los mexicanos carecen de acceso a un sistema de salud óptimo, y para un gran porcentaje de ellos combatir una o varias enfermedades significan fuertes erogaciones a su economía. Sin embargo, existe un sector de la población que esta imposibilitada para acceder siquiera a un tratamiento. (7)

Las reformas en salud pública deben encarar los problemas en las dimensiones de la equidad y la eficiencia, en un enfoque centrado en la búsqueda de la salud de toda la población. Debe perseguir y modificar los más importantes factores determinantes de ella, mediante el compromiso de todos los actores

de la comunidad, con acciones que mejoren la calidad de vida y promuevan condiciones y hábitos saludables de todos. Muchas organizaciones no gubernamentales como fundaciones y asociaciones están atentos y dispuestos a brindar ayuda en el tema de salud. (8)

Haciendo referencia, en cuanto al capital, cabe señalar que durante las últimas décadas se pasa de un modelo de economía cerrada, a uno de economía abierta en el que prima el mercado y la competencia. Los estados nacionales al adaptarse a la nueva situación reduce su papel como reguladores del desarrollo cuya legitimidad disminuye en el pacto social entre las diferentes clases y capas sociales, para mantener su función como reguladores del equilibrio de las variables macroeconómicas en el que el mercado externo y la libre circulación del capital constituyen los principales objetivos del crecimiento, para lo cual llevan a cabo políticas económicas de carácter estructural como son: las irregularidades financieras y comerciales, fomento a la inversión extranjera y privatización de sectores prioritarios para el desarrollo, antes considerados propiedad exclusiva para el estado. (9)

La velocidad y consecuencias con que se lleva a cabo el proceso afectan en forma diversa a grandes núcleos de la población, por lo que profundiza la desigual en la concentración de ingresos. (10)

Como parte de las reformas estructurales están los cambios a los sistemas de salud y seguridad social como derecho social, y pasa a primer plano el derecho individual, frente a la creciente incapacidad de los estados para seguir sosteniendo la seguridad social de acuerdo con el concepto tradicional dada la contracción del empleo formal y estable, el consecuente crecimiento del empleo temporal e informal, el aumento en la esperanza de vida y el cambio en el perfil epidemiológico. (9, 10,11)

El conjunto de instituciones públicas relacionadas con la salud y la seguridad social responden al desarrollo económico de cada país, entidad o municipio y se encuentra asociado a los diversos tipos de población a los que dan servicio. Al inicio de los años noventa, los sistemas de salud y seguridad social surgieron segmentados para dar servicio a trabajadores del sector privado o

público, a la banca, o bien a la población abierta mediante una multiplicidad de instituciones con estructuras y formas de operación servicios y prestaciones que duplican el costo y esfuerzos. (11)

La reestructuración de los seguros sociales se ha llevado a cabo en dos niveles:

- a) La reorganización y modernización administrativa de las instituciones, con el fin de lograr una mayor eficiencia y disminución de los costos que reubican y expanden las unidades médicas hacia nuevas regiones y polos de desarrollo donde se reorienta la producción y fuerza de trabajo, y
- b) La reorganización del sistema de seguros, lo que implica la separación de los seguros de salud (enfermedades, maternidad y riesgos de trabajo). (10,11)

La omisión económica y cultural del cuidado de la salud ha prevalecido, a pesar del impacto que tienen en la vida cotidiana de la salud social e individual y, por consiguiente, se ve reflejado en los resultados de salud. Esto ha dado lugar a una de las inequidades macroeconómicas más potentes con relación a la salud y al género. Al mismo tiempo, los temas de la cotidianidad del cuidado y de la transición demográfica, están llevando hacia el envejecimiento de las poblaciones, alargando la vida pero sin asegurar las capacidades plenas. (12)

El bienestar tiene un contenido pluridimensional no reducible a la posesión de valores monetarios, sino que remite, como ya se ha señalado, a la activación efectiva de funciones vitales, como el conocimiento, la capacidad de mantener relaciones sociales y el disfrute de un grado de salud en consonancia con las condiciones sanitarias generales. (12)

También, en la formulación de las políticas se deberían contemplar una multiplicidad de objetivos que sirvan de base para elaborar conceptos analíticos e indicadores de evaluación oportunamente vinculados a las condiciones de vida definidas, teniendo también en cuenta el trabajo necesario para mantenerlas y “ampliarlas” dentro de un enfoque de desarrollo humano. (12,13)

Si pasamos del nivel de vida ampliado al bienestar como una formación y utilización efectiva de las capacidades individuales que permita activar funciones vitales fundamentales (gozar de buena salud, conocimientos, movilidad, relaciones sociales e interpersonales, etc.), los problemas de la relación entre los recursos distribuidos y el contexto social de referencia se vuelven todavía más complejos e imposibles de resolver en el plano teórico a partir del supuesto de ajustes mecánicos entre el mercado de trabajo y la estructura social. (13)

La tensión entre las condiciones de la producción y distribución de la riqueza y las condiciones de la reproducción social de la población exige, más bien, un planteamiento de la propia vida, abierto a continuos ajustes y una corresponsabilidad social que se exprese en forma de una política de servicios públicos en materia de educación, formación, sanidad, condiciones de la vivienda. (14)

La responsabilidad individual y colectiva con respecto a las condiciones de vida de la población forma parte del sentido de las elecciones, y no de la asignación de los recursos. (14)

Si lo principal de estos procesos se incorpora también el proceso de reproducción social de la población, y de la población trabajadora en particular, la propia visión del sistema económico cambia, puesto que la calidad de las relaciones entre los procesos se modifica. La incorporación a la estructura de fondo de un proceso que por su naturaleza es institucional, histórico y simbólico, como es el proceso de reproducción social de la población, también modifica de manera radical el modo de conceptuar todo el sistema. Además, las diferencias de clase introducen en la visión del sistema el reconocimiento de la presencia de tensiones persistentes que se manifiestan tanto en las condiciones de trabajo, como en las condiciones de vida. (15)

En síntesis, la estructura interna de los hogares ha cambiado tanto que en las estadísticas referidas al último decenio es apreciable el descenso del número de personas. El aumento en la edad media de los familiares y el acusado descenso de personas disponibles en los hogares para hacerse cargo de los

enfermos, permiten prever dificultades crecientes en la satisfacción de la necesidad de cuidados por enfermedad, en el modo que tradicionalmente se ha venido haciendo en el interior de los hogares. ⁽¹⁰⁾ No obstante, para que esta posibilidad se lleve a la práctica es necesario un fuerte cambio de valores y actitudes que por ahora apenas se ha iniciado en algunas sociedades. ⁽¹⁵⁾

Las necesidades en materia de salud son más amplias que las meramente sanitarias y el tema despierta mucho interés en la población. El nivel de necesidades depende del estado objetivo de salud, así como del nivel subjetivo (la auto percepción de salud). La cobertura de la necesidad se produce con recursos identificados generalmente como públicos. Existen importantes variaciones geográficas en lo que se refiere a la mortalidad y a otros resultados de salud, en ingresos y condiciones ambientales, y en el financiamiento y utilización de los servicios de asistencia sanitaria. La información recolectada regularmente y que se encuentra disponible para caracterizar las variables relacionadas con la salud presenta con cierta frecuencia limitaciones de calidad y accesibilidad. ^(16, 17,18)

Resulta necesario conocer las necesidades e ideales de salud de la población para poder brindar servicios integrales de salud que respondan a estas necesidades y que sean a su vez eficaces en función de los costos, transformar el carácter predominante asistencial de estos sistemas y convertirlos en servicios con un carácter preventivo y de rehabilitación, tan necesario en la atención de ancianos y discapacitados, en fin, sistemas de cobertura universal y equidad. Se necesita para ello cambiar enfoques y métodos gerenciales, así como ya se ha mencionado de disponer de fondos financieros. ^(17,18)

Las iniciativas de salud están representadas por proyectos, cuyo fin es influir en los procesos nacionales, como: la reforma del Sector Salud, la descentralización y el alivio de la pobreza. Estos espacios de cooperación se caracterizan por su naturaleza intersectorial. Estos proyectos, cuyo efecto es de carácter cualitativo, son los más difíciles de evaluar. Por una parte, no es fácil determinar con certeza la causalidad y su sentido; por otra, es difícil aislar los factores determinantes de los cambios y atribuir los efectos a actores particulares. ⁽¹⁸⁾

Algunos ejemplos, memorables de intervenciones eficientes y eficaces de esta naturaleza son las realizadas bajo la asistencia humanitaria, en respuesta a

complejos desastres naturales o artificiales, y las dirigidas hacia la promoción de la salud, incluso un estilo de vida sano y el fomento de un medio ambiente saludable. (18)

Al usar indicadores para describir y analizar la situación de salud se ve el efecto de múltiples procesos socioeconómicos en el estado de salud de las poblaciones. Esta clase de análisis que se origina en datos facilita la identificación de diferencias y deficiencias importantes de salud existentes. (18)

También, es de suma importancia entender el efecto diferencial de varias intervenciones de los sectores públicos y privado en las condiciones de salud y de vida de la población. Aún así, las condiciones de salud existentes justifican sobradamente la necesidad de establecer políticas y programas que ayuden a subsanar la deficiencia de equidad en salud y, al mismo tiempo, permitan buscar mecanismos para ayudar a construir un sistema de atención de salud más equitativo y sostenible. (17,18)

2.3 Atención Primaria de Salud

En el marco de las Reformas en el Sector Salud, con la Declaración de Alma-Ata en 1978, fue incorporada en las políticas oficiales de todos los países, como parte de la estrategia "Salud Para Todos en el año 2000" (SPT-2000). (19)

Las iniciativas en la Atención Primaria de Salud han permitido los siguientes cambios:

- De la curación a la atención preventiva
- De la atención hospitalaria a la atención en la Comunidad.
- De la atención urbana a la rural
- De los factores determinantes dentro del sector de la salud a los de fuera del sector.
- De la responsabilidad única del gobierno por la salud de la población, a la responsabilidad de las personas por su salud.

- De los servicios centralizados de salud, a los servicios descentralizados.

Su conceptualización es tan abarcadora, que permite integrar diferentes factores, necesarios en la consecución de un adecuado estado de salud. La Atención Primaria de Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial, que se basa en la aplicación de métodos prácticos y de tecnología, tiene fundamentos científicos y sociales, es accesible a todos los individuos y familias de la comunidad y cuenta con su participación total. La comunidad y el país pueden pagar su costo en todas y cada una de sus fases de desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. (20)

Referente a las posibilidades de financiamiento, la atención primaria tiene una relativa ventaja frente a la atención secundaria. Esto se debe a que las inversiones necesarias no son altas. La atención primaria y la promoción de salud, son dos potentes programas que llevan en sí acciones de bajo costo, largo alcance y alto impacto, por lo que constituyen herramientas efectivas para lograr un mejor estado de salud. (21)

En el documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), "Salud para Todos en el siglo XXI", se hace referencia a un corte evaluativo de SPT-2000. Sin dejar de reconocer los avances obtenidos, el alcance de esa estrategia se ha visto obstaculizado, entre otros factores, por haber tenido que pasar un largo período de tiempo, antes de que un volumen determinado de recursos humanos y financieros se orientara hacia la APS. Por otra parte, por intereses puramente económicos, los profesionales aún prefieren la medicina clínica y curativa, a la preventiva y de promoción. (22,25)

La Atención Primaria de Salud tiene una relación directa con el concepto nivel local. Si además, la eficiencia no es más que una positiva combinación entre recursos y resultados, entonces la activa participación social y comunitaria, con una fuerte descentralización y la producción de salud por parte de todos los sectores, se convierte en el factor que debe hacer reaccionar la combinación de eficiencia, calidad y equidad en la Atención Primaria de Salud. (20,22)

Los economistas de la salud proponen que la eficiencia económica implique, que las elecciones en la asistencia médica sean realizadas de forma tal, que se consiga el beneficio total con los recursos puestos a disposición de la comunidad. Está implícito, que un tratamiento o la demanda de un servicio médico, no puede ser preferida sobre otros, únicamente por ser más barato, la elección dependerá al mismo tiempo de los beneficios y costos relativos. (24)

Para mejorar la calidad y la eficiencia de los servicios en la atención primaria se debe combinar la descentralización con incentivos como la capacitación y el fortalecimiento de la gestión, a partir del establecimiento de prioridades y objetivos de trabajo a nivel local y la aplicación de actividades que se verifiquen a través de evaluaciones de costos y beneficios sociales. (23)

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La sociedad mexicana debido a la poca información que se les da en cuestión de salud, ignora que dentro de las prioridades que debieran tener entre sus gastos es la atención médica. Además, de que el ingreso económico por familia es bajo, y el asistir al médico no está incluido dentro de sus prioridades de ingresos.

Pero en general, lo que se ha demostrado es que las personas valoran su salud cuando presentan una enfermedad o dolencia, ya que no creen requerir de asistencia médica si no presentan alguna alteración en su salud, ignorando que no solo se requiere de atención médica aún cuando no se presente alguna enfermedad, dolor, lesión o herida que presente su cuerpo. Por lo anteriormente expuesto surge la siguiente pregunta de Investigación.

√ ¿Qué tan prioritaria es la salud para la población en edad productiva de la Ciudad de México?

4. JUSTIFICACIÓN

La prioridad de la salud referida por la población en edad productiva nos proporcionará información que permitirá estructurar y dirigir las estrategias para resolver la gran problemática con relación a los sistemas de salud, visto desde un panorama del paciente hacia los mismos servicios. Además de contemplar algunas variables que puedan influir en la búsqueda de atención médica u odontológica.

Las medidas de promoción a la salud y de prevención en nuestro país han sido eficientes, esto se ve reflejado en las tasas de mortalidad y morbilidad, sin embargo, la problemática no sólo radica en los sistemas de salud y existe una interacción con respecto a la prioridad en salud que tiene la población en edad productiva, lo que puede reflejar el funcionamiento de las medidas de atención primaria.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General

Determinar qué tan prioritaria es la atención a la salud en personas en edad productiva.

5.2 Objetivos Específicos

1. Identificar las prioridades en cuanto a la distribución del nivel de ingresos.
2. Identificar el uso y consumo de seguros de vida, así como seguros de gastos médicos.
3. Identificar la derechohabiencia de la población.
4. Identificar el tipo de atención a la salud que solicita la población en edad productiva.

6. MATERIALES Y METODOS

6.1 Tipo de estudio

Transversal descriptivo

6.2 Población de estudio

Población en edad productiva residente de la Ciudad de México, a los que se les aplicó una encuesta que se construyó a partir de una prueba piloto en la que se identificaron las prioridades que tiene la población. La encuesta identificó por una parte las prioridades reales de la población, y por otra parte las ideales, además, de las necesidades médicas que solicitan con mayor frecuencia, así como, el uso de seguros para gastos médicos. (Anexo 1). Previo a la aplicación de la encuesta se les dió una carta de consentimiento informado que incluía el objetivo del estudio, así como, la confidencialidad de los datos. (Anexo 2)

6.3 Muestra

- Individuos elegidos al azar, que cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión.

6.3.1 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue por conveniencia y se cubrió por medio de cuotas. El tamaño de la muestra quedó conformada por 100 personas en edad productiva de la Ciudad de México, de los cuales el 50% fueron mujeres y el resto varones.

6.4 Criterios de inclusión

- Personas que desearon participar en el estudio
- Personas elegidas al azar
- Personas sin distinción de sexo
- Perceptores de 25 a 45 años de edad.¹

¹ Indicadores sociodemográficos en México, 1930-200/ INEGI.gob.mx

6.5 Criterios de Exclusión

Personas dependientes económicamente o físicamente.

6.6 Operacionalización y conceptualización de las variables

Variable dependiente

- *Prioridad en la atención de la Salud*

Definición conceptual: anterioridad de algo respecto de otra cosa, en tiempo o en orden. La prioridad en salud se define como una necesidad por parte del individuo para destinar ingresos económicos a ésta.

Definición operacional: De acuerdo a las necesidades que tienen los individuos se establecerá una lista de prioridades en donde se ubicará a la salud como una de ellas.

Escala de medición: Nominal.

Tipo de variable. Cuantitativa

Variables independientes

- *Sexo*

Definición conceptual: Se refiere a la distinción que existe entre masculino y femenino.

Definición operacional: La variable se medirá con relación a lo referido por el individuo, masculino o femenino

Escala de medición: Nominal.

Tipo de variable: Cualitativa dicotómica.

- *Edad productiva*

Definición conceptual: Lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o período que se estima de la existencia de una persona. Persona que tiene de 15 a 64 años de edad.²

Definición operacional: Se determinará con base a la fecha de nacimiento y fecha de la encuesta.

Escala de medición: Intervalo.

Tipo de variable: Cuantitativa

- *Nivel de Ingresos*

Definición conceptual: Dinero, o cualquier otra ganancia o rendimiento de naturaleza económica, obtenido durante cierto período de tiempo. Percepción monetaria mensual de los ocupados en términos del salario mínimo vigente en el período del levantamiento de la información. Se incluye los trabajos sin pago en el rubro (no recibe ingresos) para mantener el universo de población ocupada.³

Definición operacional: Se realizará mediante la determinación de salarios mínimos percibidos que asigna a las atenciones médicas.

Escala de medición: Razón.

Tipo de variable: Cuantitativa

6.7. Variables dependientes

- *Prioridad en la atención de la salud*

² Indicadores sociodemográficos en México, 1930-200/ INEGI.gob.mx

³ Indicadores sociodemográficos en México, 1930-200/ INEGI.gob.mx

6.8. Variables independientes

- Sexo
- Edad productiva
- Nivel de Ingresos

Mapa Conceptual

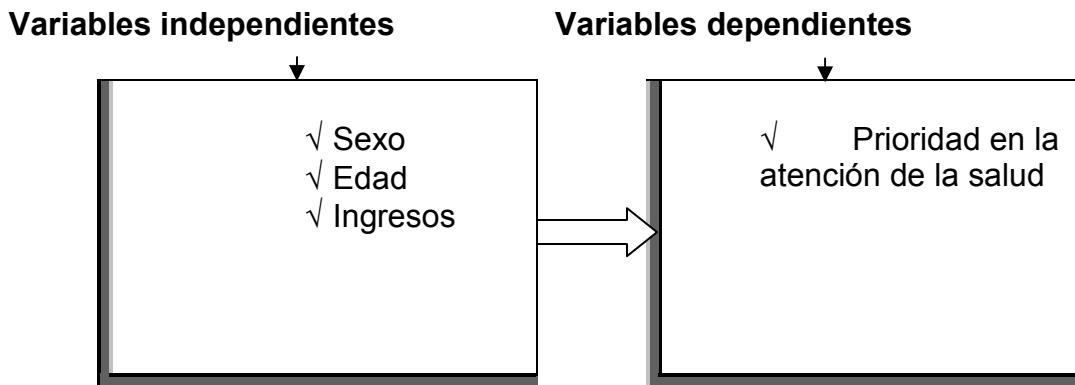


Fig.1

6.9 Plan de Análisis

Los datos se recolectaron en una base de datos previamente elaborada en el paquete estadístico en SPSS V12.0, y la estadística aplicada fue de tipo descriptivo, obteniendo frecuencia y proporciones.

6.10 Aspectos éticos

De acuerdo a la Ley general de salud en materia de investigación para la salud de acuerdo al artículo 17, se consideró la aplicación de cuestionarios como un

procedimiento sin riesgo. Además se contemplaron los siguientes puntos para la realización de este trabajo.

- Se salvaguardó la integridad física, psicológica y social de los sujetos que en ella intervinieron.
- Se utilizaron métodos bajo el consentimiento de los sujetos. (Anexo 2)
- Se informó de los riesgos físicos, sociales o legales a los que pudieron verse sometidos los encuestados.
- Se aplicaron métodos que minimizaron los riesgos principales.
- Se informó de los beneficios potenciales que podrían haber obtenido los participantes del estudio.

Se mantuvo presente lo que establece la Ley General de Salud, para este tipo de investigación.

6.11 Recursos

6.11.1 Humanos

- 1 Director: C.D. Alberto Zelocuatecatl Aguilar
- 2 Asesores: C.D. Miriam Ortega Maldonado

Mtro. Javier De la Fuente Hernández

6.11.2 Materiales

- Consumibles
- Computadora hp pavilion mx70

6.11.3 Financieros

Se contó con el apoyo de la Facultad de Odontología, y del área de Odontología Preventiva y Salud Pública. Los gastos consumibles corrieron a cargo del tesista.

7. RESULTADOS

La edad promedio de la muestra fue de 34.2 años, con un intervalo de edad de 25 a 44 años, el 50% tuvo menos de 36 años y la edad que con mayor frecuencia se encontró fue de 25 años. Cuadro 1. El 50% de la muestra estuvo representada por mujeres y el otro 50% por varones.

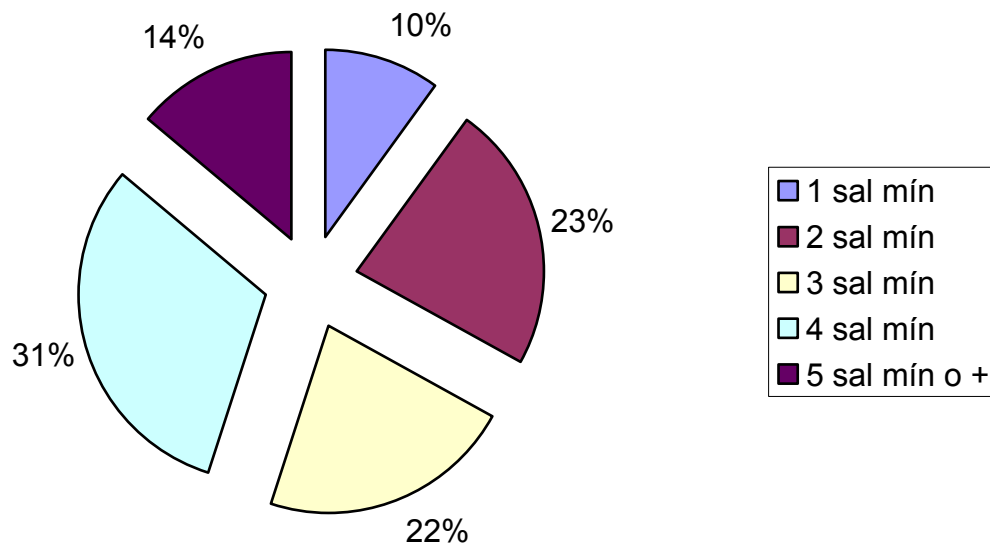
Cuadro 1. Frecuencia de edad en muestra en edad productiva en la Ciudad de México, 2005.

EDAD	FRECUENCIA
25	13
26	5
27	5
28	4
29	1
30	2
32	7
33	5
34	4
35	3
36	11
37	7
38	6
39	2
40	6
41	7
42	6
43	2
44	4
TOTAL	100

Fuente: directa.

Se cuestionó con relación al número de salarios mínimos percibidos, de los 100 encuestados, 10% reportó ganar un salario mínimo, 23% dos salarios mínimos, 22% tres salarios mínimos, 31% cuatro salarios mínimos, y 14% percibe cinco salarios mínimos. En promedio se perciben 3.2 salarios mínimos. Gráfica 1.

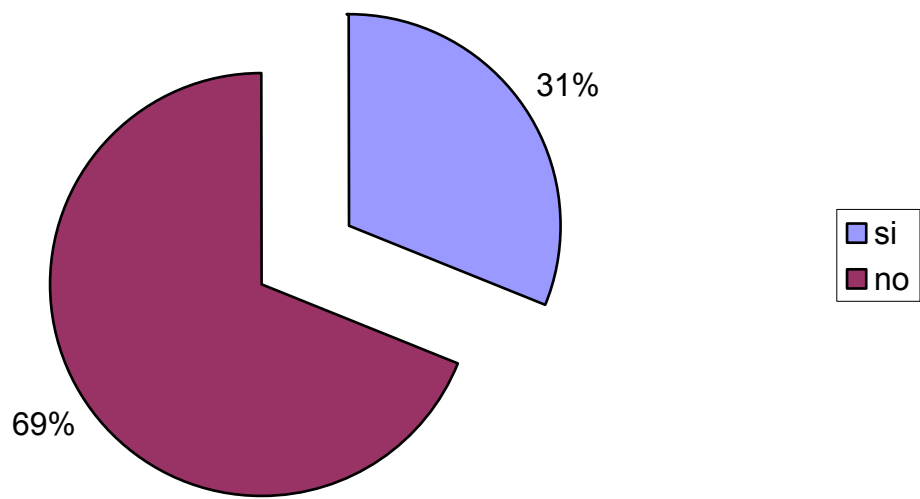
Gráfica 1. Proporción del número de salarios mínimos que percibe una muestra en edad productiva de la Ciudad de México, 2005.



Fuente: directa.

Al cuestionar si el salario percibido cubría las necesidades básicas se obtuvo que 31% de las personas encuestadas reportaron que sí cubría sus necesidades y 69% reportó que no. Gráfica 2.

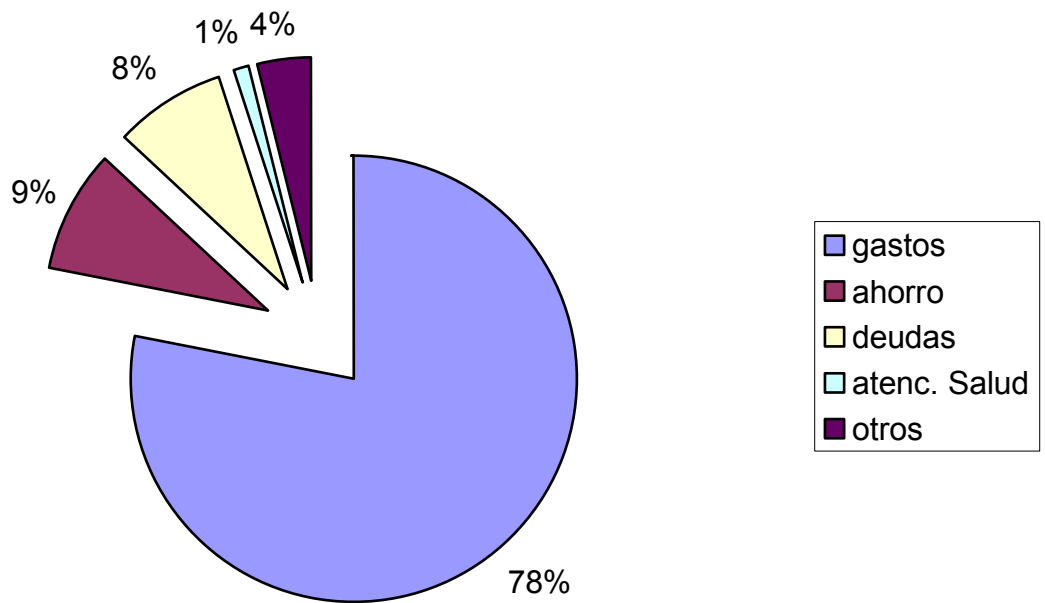
Gráfica 2. Proporción, con respecto si el salario mínimo percibido cubre las necesidades básicas, en muestra en edad productiva en la Ciudad de México, 2005.



Fuente: directa.

Al enumerar cinco opciones en las que emplean su salario, resultó que 78% de la población utiliza su salario en gastos (alimento, luz, agua, etc.), 9% en ahorro, 8% pago de deudas, 1% atención a la salud, y 4% en otros tipo de gastos. Gráfica 3.

Gráfica 3. Resumen de frecuencia en la que emplea muestra en edad productiva de la Ciudad de México la mayor parte de su salario, 2005.



Fuente: directa.

De acuerdo a lo reportado por la muestra de estudio, se identificó que la prioridad número uno fue ocupada por los gastos (alimento, luz, agua, etc.), con 59%, la prioridad número dos fue ocupada por el pago de deudas con el 44%, en tercer lugar se ubicó la prioridad del ahorro con el 30%, en cuarto lugar, la atención a la salud con un 27%, en quinto lugar, el vestido (ropa y arreglo personal) con 38% , en sexto lugar se ubicó, con un 62% los viajes y diversiones y en séptimo lugar, otro tipo de gastos con un 91%. Cuadro 2.

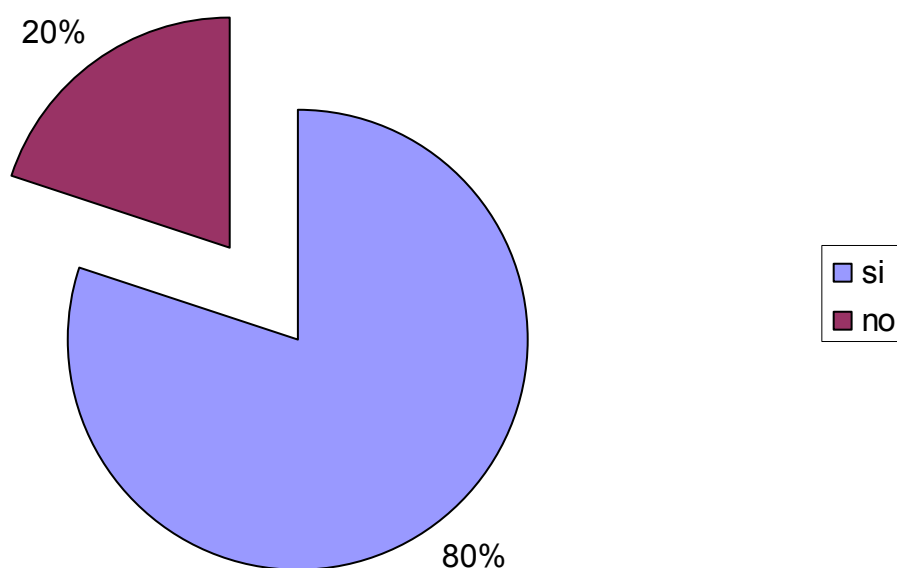
Cuadro 2. Frecuencia de respuestas de prioridades ideales para invertir el salario (sueldo), en muestra en edad productiva de la Ciudad de México, 2005.

Vestido	5	26	18	21	24	6	0
Gastos	81	10	4	1	1	3	0
Ahorro	3	9	15	24	29	15	5
Deudas	5	17	34	21	13	10	0
Viajes y diversión	3	4	5	15	19	50	4
Salud	3	34	22	18	10	11	2
Otros	0	0	2	0	4	5	89

Fuente: directa.

De acuerdo a los resultados de la gráfica número 4, también se consideró pertinente saber si los encuestados reciben atención médica. Por lo que al preguntarles lo anterior, el 80% respondieron que sí reciben atención médica y 20% respondió lo contrario. Gráfica 5.

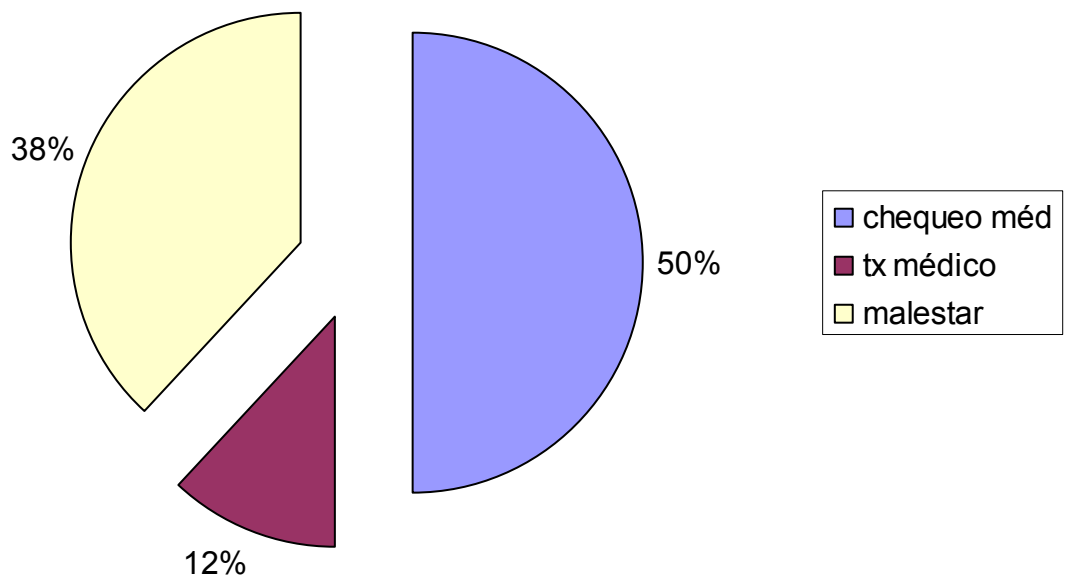
Gráfica 4. Frecuencia en la atención médica, en una muestra en edad productiva de la Ciudad de México, 2005.



Fuente: directa.

Los resultados obtenidos con respecto a la frecuencia en la atención médica que reciben los encuestados se identificó que el 50% acuden a realizarse un chequeo médico, 12% lo hace porque esta bajo tratamiento médico, mientras que el 38% solo acude cuando se sienten mal. Gráfica 5.

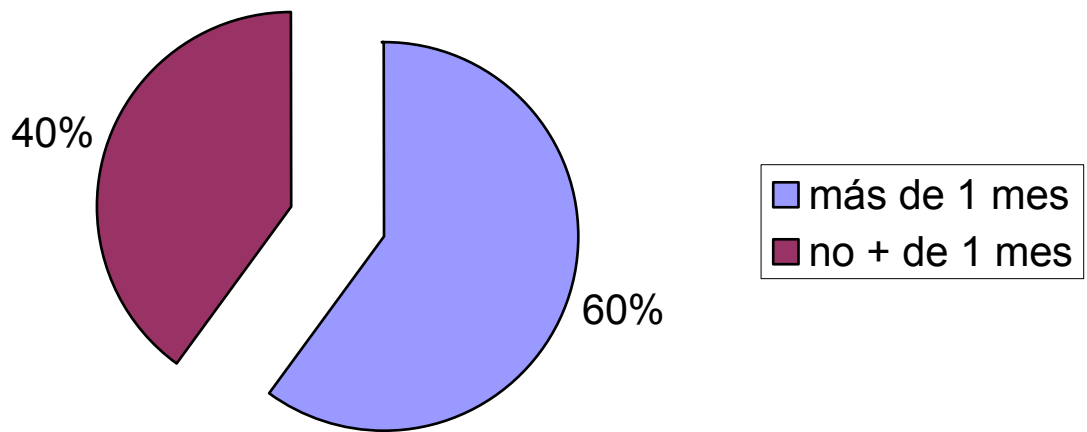
Gráfica 5. Frecuencia, en cuanto al motivo de la atención médica que recibe la muestra en edad productiva de la Ciudad de México, 2005.



Fuente: directa.

De acuerdo con el reporte obtenido en las encuestas se obtuvo que 60% de la población recibió atención médica hace más de un mes, mientras que 40% de ella fue hace menos de un mes. Gráfica 6.

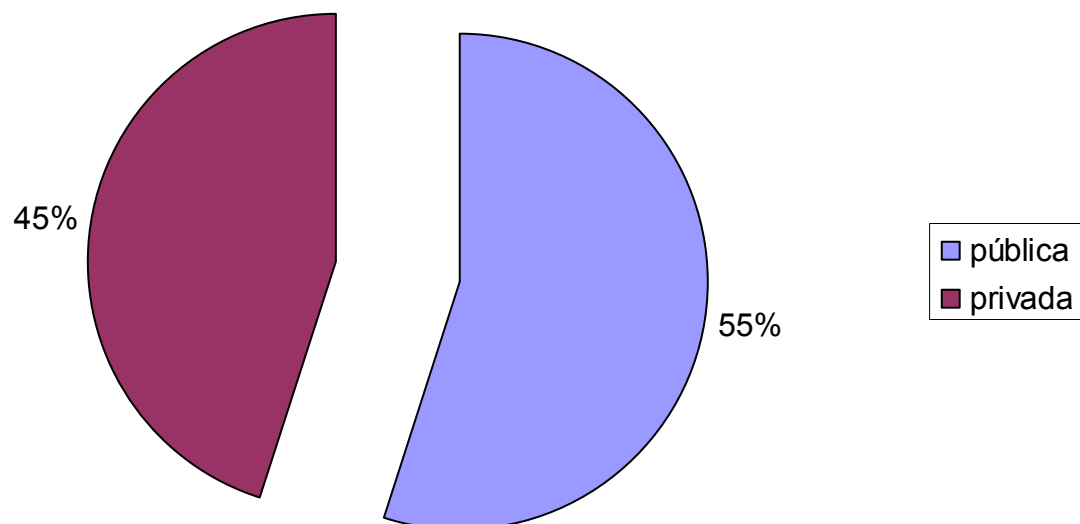
Gráfica 6. Frecuencia, con respecto a la última vez en atención médica recibida, en muestra en edad productiva de la Ciudad de México, 2005.



Fuente: directa.

De acuerdo a los resultados estadísticos, los valores encontrados en el tipo de atención médica que reciben los 100 encuestados es: 55% atención pública y 45% atención privada. Gráfica 7.

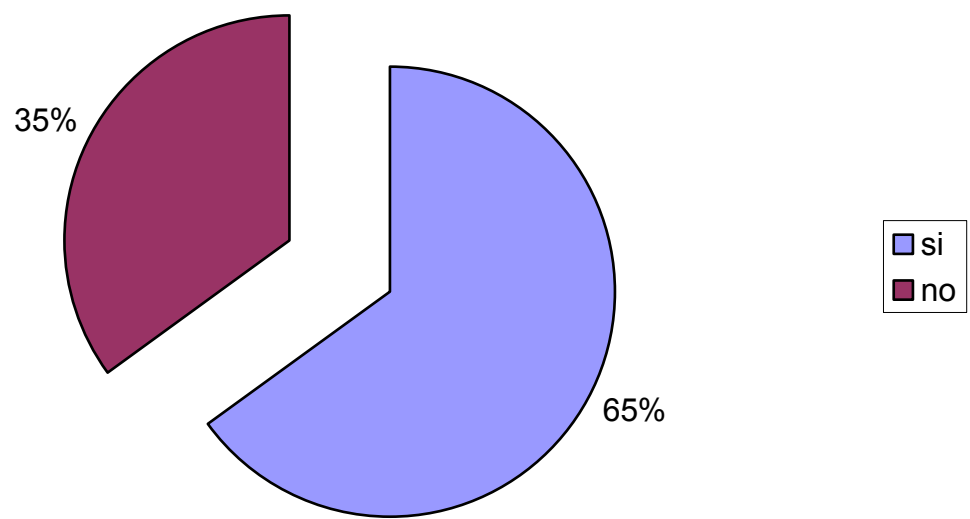
Gráfica 7. Frecuencia obtenida de acuerdo al tipo de atención médica que recibe muestra en edad productiva de la Ciudad de México, 2005.



Fuente: directa.

Para identificar si las personas encuestadas reciben o no atención médica se necesita saber si cuentan con algún tipo de afiliación al seguro social o a alguna otra institución, los valores fueron que 65% si cuentan con algún tipo de afiliación y 35% que no. Gráfica 8.

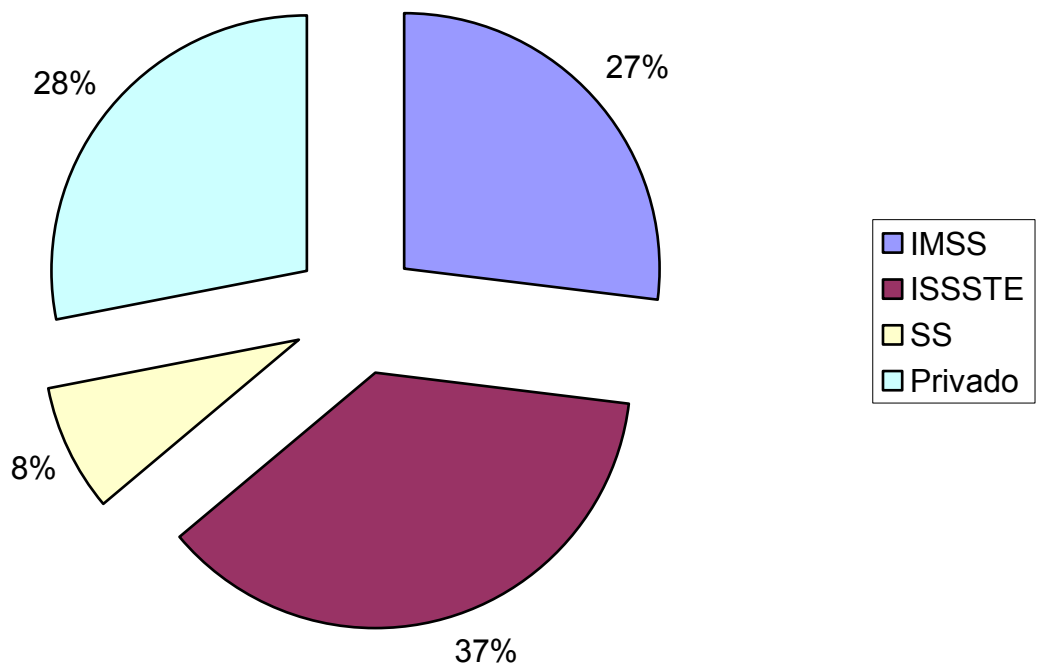
Gráfica 8. Resumen de frecuencia en muestra en edad productiva de la Ciudad de México, 2005, con respecto a si cuenta con algún tipo de afiliación al seguro a alguna otra institución.



Fuente: directa.

En este mismo sentido, se determinó que la población, con respecto al tipo de afiliación con la que cuentan, se distribuye de la siguiente manera, el 27% pertenece al IMSS, 37% al ISSSTE, 8% a la SS, y 28% a la atención privada. Gráfica 9.

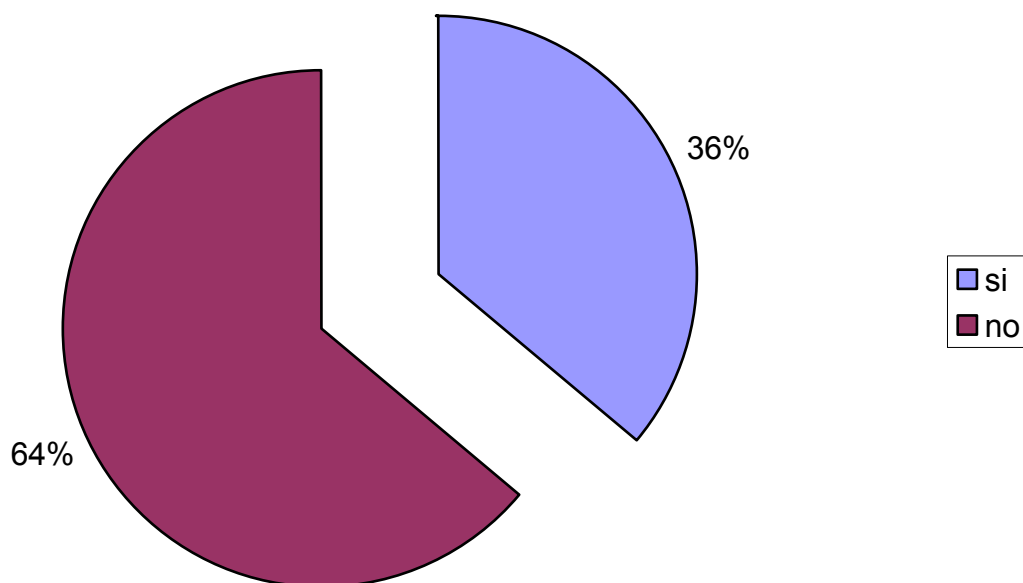
Gráfica 9. Frecuencia de institución a la que se esta afiliada, en muestra en edad productiva de la Ciudad de México, 2005.



Fuente: directa.

Por otra parte, se cuestionó con relación a si se cuenta con seguro de gastos médicos, y se identificó que el 36% cuenta con este, mientras que el 64% de la población no lo tiene. Gráfica 10.

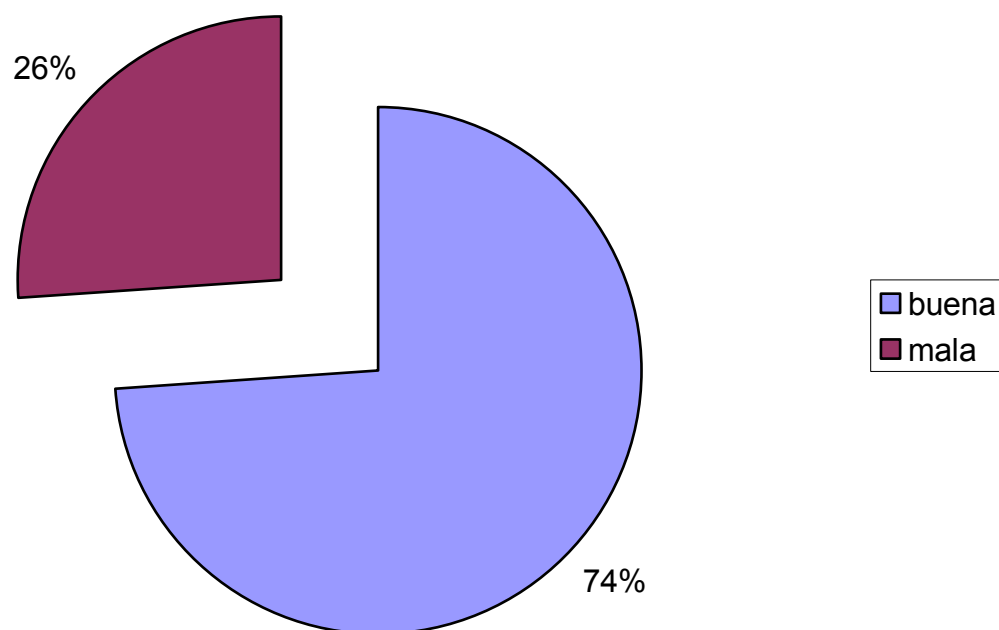
Gráfica 10. Frecuencia en contar con seguro de gastos médicos, en muestra en edad productiva de la Ciudad de México, 2005.



Fuente: directa.

Además, se les cuestionó con relación a si cree que la accesibilidad médica va de acuerdo a sus ingresos, y se identificó que el 74% considera que es accesible, y el 26 % reportó tener una mala accesibilidad. Gráfica 11.

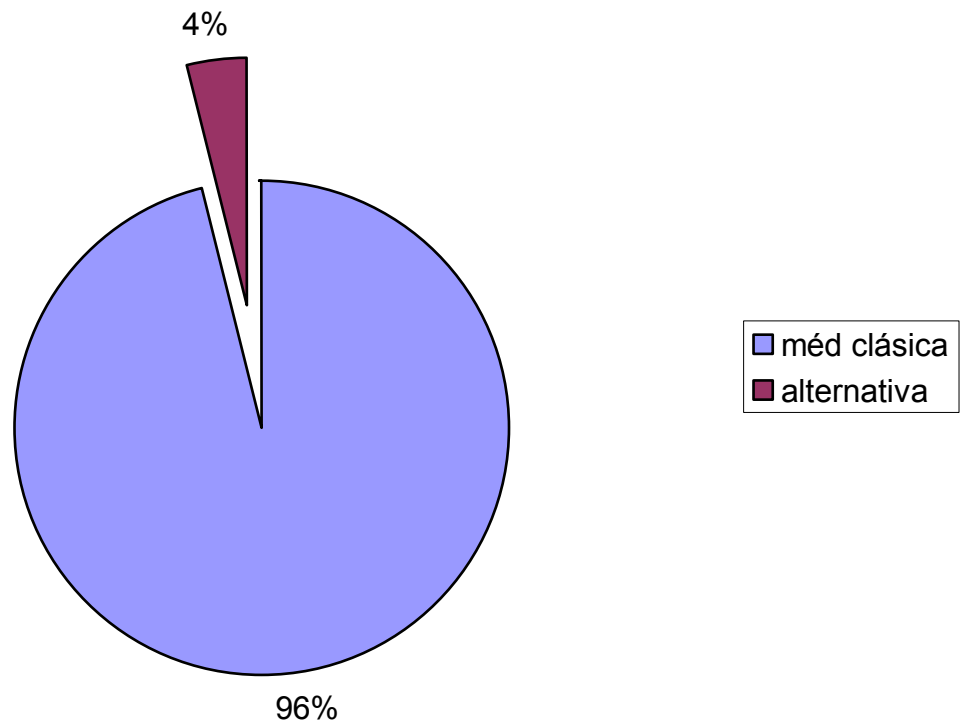
Gráfica 11. Frecuencia en la accesibilidad médica de acuerdo a sus ingresos, en muestra en edad productiva de la Ciudad de México, 2005.



Fuente: directa.

En cuanto al tipo de atención médica que reciben las personas encuestadas el 96% reciben atención médica clásica (tradicional) y el 4% medicina alternativa (acupuntura, homeopatía y otros). Gráfica 12.

Gráfica12. Frecuencia en el tipo de atención a la salud que recibe muestra en edad productiva de la Ciudad de México, 2005.



Fuente: directa

8. DISCUSIÓN

Las personas que participaron en este estudio se identificaron como personas en edad productiva, y de acuerdo al INEGI ocupan el 50.3% del total de la población de la Ciudad de México.⁴

Con relación al número de salarios mínimos percibidos se identificó que el 31% de la muestra percibe cuatro salarios mínimos, sin embargo, se desconoce el número de integrantes de la familia, y si es jefe de la familia. De acuerdo con lo reportado por el INEGI el número promedio de salarios mínimos percibidos por

⁴ INEGI-STPS. *Encuesta Nacional de Empleo*

la población es de dos o hasta tres en promedio⁵. Dato que varía ligeramente a lo identificado en este estudio, el cual fue de 3.2 salarios mínimos en promedio.

Para este estudio se identificó como necesidades básicas prioritarias al pago de gastos, que involucra agua, luz, alimentos, vivienda y educación, por lo que se les cuestionó si el salario que perciben cubre estas necesidades, la respuesta obtenida fue que el 60% no cubre sus necesidades básicas, esto se relaciona con lo reportado por Investigación y Desarrollo 2004 (ID), en donde se menciona que no se ha podido construir un modelo económico estable capaz de atenuar la pobreza y generar un mínimo de bienestar para todos los habitantes.⁶

Además se les pidió que enumeraran cinco opciones que fueran prioritarias para su hogar, con lo que se identificó que el 78% considera al pago de gastos (alimento, luz, agua, etc.), como primera opción, seguida del ahorro con un 9%, pago de deudas 8%, otros (arreglo personal, automóvil, cigarros, alcohol, etc.) 4%, y en último lugar consideraron la atención a la salud.

En la encuesta se incluyeron dos preguntas que identificaron, por una parte, las prioridades reales, y por otra, las ideales, se identificó que la prioridad real que ocupa el primer lugar es el pago de gastos, y la salud ocupa el cuarto lugar. Por otra parte, con relación a las prioridades ideales, los gastos ocupan el primer lugar nuevamente, y la salud ocupa el segundo lugar.

De acuerdo con lo reportado por el INEGI, el 78.5 % de la población de la Ciudad de México es derechohabiente al IMSS, 12% pertenece al ISSSTE, 2.5% a Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SDN) o Servicio Militar (SM), y el 7.4% a otras instituciones⁷. En este estudio se identificó que el 80% de la muestra recibe atención médica, de los cuales el 55% recibe atención médica pública, y el 45% solicita la atención médica

⁵ Indicadores sociodemográficos en México, 1930-200/ INEGI.gob.mx

⁶ <<http://www.invdes.com.mx>> 2004

⁷ INEGI. *XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Básicos*. 2001.

Porcentaje en relación al total de la población de acuerdo a la entidad federativa.

La suma de los porcentajes puede ser mayor a cien por la población que es derechohabiente en dos o más instituciones. Incluye las instituciones de seguridad social y otro tipo de instituciones de salud públicas o privadas

privada. Además se les cuestionó con relación al motivo para solicitar atención médica, y se identificó que el 50% acude o solicita este servicio por chequeo médico, sin embargo, el 38% lo solicita cuando tiene malestar o dolor.

En este sentido, el tipo de atención que tiene más demanda es la pública con un 55%, sin embargo, cuando se les cuestionó con relación a si tiene algún tipo de afiliación al seguro o alguna otra institución el 65% reportó que "sí", sin embargo, el 10% no hace uso de ella. A diferencia de lo reportado por el INEGI la mayor parte de la población esta afiliada al ISSSTE con 37%, seguida por el IMSS con un 27%. A pesar de que el 74% considera que tiene buena accesibilidad a los servicios médicos, un porcentaje de ellos no hace uso de este. En este estudio se consideró al pago de un seguro de gastos médicos como un indicador de prioridad en salud, y se identificó que sólo el 36% lo solicita.

Con este estudio también se identificó que el tipo de atención a la salud que recibe la población, en su mayoría, es de tipo médica clásica 96%, y el resto por la medicina alternativa (homeopatía, acupuntura, otros).

9. CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue identificar que tan prioritario es en sus necesidades básicas, la atención a la salud, en una muestra de personas en edad productiva. Los resultados evidenciaron ciertas características, que aunque no son inferibles, reflejan ciertas variables de la población, así como, los factores que contribuyen a que la salud no sea considerada como prioritaria.

De los resultados, se identificó que para las personas, la atención a la salud ocupa el cuarto lugar de siete necesidades (vestido, gastos, ahorro, viajes, deudas y otros), la prioridad que se identificó como primera, fueron los gastos los cuales involucran el pago de luz, agua, teléfono, alimento, educación, etc. Por otra parte se les cuestionó en relación al uso de su salario de una manera

ideal, lo que se identificó, es que nuevamente los gastos ocupan el primer lugar, la salud y el vestido ocupan el segundo lugar dentro de las necesidades ideales. Lo que refleja que existe una gran preocupación por pagar los gastos antes de cuidar la salud.

En cuanto a la accesibilidad institucional médica o privada nos dimos cuenta que no es limitada en la muestra estudiada, debido a que se cuenta con servicios para todo tipo de población, pública y privada. Pero la demanda para la atención de la salud es presentada no como algo prioritario, ya que la mayoría de las personas solo asisten cuando presentan algún malestar, y es cuando más tienen presente la necesidad de ese tipo de atención. Lo cual quiere decir que la atención de la salud es meramente poco considerada en sus necesidades básicas de vida, no por la poca accesibilidad, como se pensaba, sino por que no se cuenta dentro de sus ingresos recibidos con la cantidad necesaria para solventar este tipo de gastos.

Dentro del área de la salud nos cuestionamos frecuentemente el por qué la gente no se atiende de una manera preventiva, en este estudio nos dimos cuenta que existen prioridades que generan que la salud no sea prioritaria ya que existen otras necesidades esenciales que demandan la inversión de sus ingresos, por lo tanto además de ser considerado un problema de carácter cultural, también lo es de tipo socioeconómico.

Por otra parte es de considerar que los datos obtenidos solo presentan una dimensión del problema por lo que es necesario abordarlo desde otras perspectivas y hacer uso de otras metodologías que analicen el problema a profundidad.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Viveros Mariano, Silva García Jorge, Salas Mercado Karina. La salud en México ante el próximo milenio. Memorias, IX Simposium Internacional. México, 2000.
2. <<http://www.papelesdepoblación.uaemex.mx>> 2003
3. Hanchet, Effie. Salud de la comunidad, conceptos y evaluación. Editorial Limusa. México 1981.
4. Rodríguez Raños María G., Herrera Santiago Gregorio, Gómez Martínez Juan Carlos, Medina González Rafael. Perspectivas en Salud Pública. Estudio sobre los recursos y la prestación de servicios, Médicos privados. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud. México, 1988.
5. Ashton, John. La nueva salud pública. Edit. Masson. Barcelona, 1990.
6. Porterfiel, John D. La salud de la comunidad, sus necesidades y sus recursos. Edit. Bibliográfico Omeba. Argentina, 1966.
7. Sonis, Abraham. Salud, medicina y desarrollo económico-social. Edit. Universitaria. Buenos Aires, Argentina. 1964
8. López Acuña, Daniel. La salud desigual en México. Edit. Siglo XXI editores. 7ª edic. Madrid, 1987.
9. Kaplan B., Cassel J. Gores. Pacientes, médicos y enfermedades. IMSS.México, 1982.
10. < <http://www.imss.gob.mx> > 2003
11. <<http://www.equidadensalud.org/foroliderazgo>> 2004
12. Fredison E. La profesión médica. Barcelona, 1978
13. Menéndez, E. La antropología médica en México. Instituto Mora/UAM. México, 1992.
14. Menéndez, E. Familia, salud y sociedad. Guadalajara. U de G/ INSP/CIESAS/Colegio de Sonora. 1993.
15. Fitzpatrick r. et al. La enfermedad como experiencia. Edit. Fondo de Cultura Económica. México, 1990.
16. Bronfman M. et al. Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo. El Colegio de México. México, 1984.

17. Schlaepfer L, Infante C. Salud Pública. México, 1990.
18. Menéndez E. Estratificación social y condiciones de morbimortalidad. CIESA. México, 1990.
19. <<http://www.col.ops-oms.org>> 2004
20. López O., J. Blanco. Salud Pública. UNAM. México, 1994
21. Infante C. & Schalepfer. Salud Pública. México, 1994.
22. Eficiencia en la Atención Primaria. Serie desarrollo de la Representación OPS/OMS/Cuba 2000. N° 22 A. La Habana, Cuba, 2000.
23. Susser W. & Watson W. Teoría e índices de clase social. IMSS. México, 1982.
24. Laurell, AC. Revista Latinoamericana de Salud. Nueva Imagen. N° 2. 1982.
25. La salud en México. Situación Actual, y Perspectivas al año 2000. Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados. Necesidades esenciales 3. Presidencia de la República. México, 1982.
26. Intercorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS. Washington, 1998.

A N E X O 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**

Carta de consentimiento informado

**Nombre del proyecto:
Prioridad de atención a la salud en sujetos económicamente activos de la
Ciudad de México**

México D.F., a __de____de 200__

Por medio de la presente nos dirigimos a usted para solicitar su consentimiento C. _____ para la participación voluntaria en el presente estudio, el estudio consta de un cuestionario. El cual tendrá como objetivo identificar los principales gastos que tiene una persona económicamente activa.

Los datos obtenidos durante la encuesta serán manejados con absoluta confidencialidad, y en ningún momento se utilizarán con otros fines que no sean de estudio al menos que usted lo autorice.

Acepto participar en el estudio:

Nombre: _____

Firma _____

Nombre/Firma del investigador
que obtiene el consentimiento

Fecha

A N E X O 2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
Epidemiología

Ficha de identificación

Fecha de encuesta

Nombre _____ Fecha de Nacimiento

Apellido paterno Apellido materno Nombre (s)

Sexo Domicilio _____

0) Fem 1) Masc Calle Número Colonia Del. C.P.

1. ¿Radica en la Ciudad de México?

0) Si 1) No

2. ¿Es una persona económicamente activa?

0) Si 1) No

3. Número de salarios mínimos percibidos

0) 1 1) 2 2) 3 3) 4 4) 5 o más 5) Otros

4. ¿Su salario cubre sus necesidades básicas?

0) Si 1) No

5. Enumere por prioridad las necesidades básicas para su hogar

0) Vestido 1)Gastos 2) Ahorro 3) Pago de deudas 4)Viajes y diversión
 5) Atención a la salud 6) Otros

6. Si tuviera ahora disponible todo su salario enumere del 1 al 7 sus prioridades en lo que lo emplearía

1) Vestido (ropa y arreglo personal) 2)Gastos (alimentos, luz, agua, etc.) 3) Ahorrar
 4) Pago de deudas 5) Viajes y diversiones 6) Atención a la salud 7) Otros

7. La mayor parte de su salario en que lo emplea

0) Vestido 1)Gastos 2) Ahorro 3) Pago de deudas 4)Viajes y diversión
 5) Atención a la salud 6) Otros

8. ¿Recibe atención médica?

0) Si 1) No

9 ¿Qué tan frecuente es la atención médica que recibe?

0) Chequeo médico 1) Estoy bajo tratamiento médico 2) solo cuando me siento mal

10. ¿Cuándo fue la última vez que recibió atención médica?

0) Hace no más de 1 mes 1) Hace más de un mes 2) Nunca

11. ¿Qué tipo de atención médica recibió?

0) Pública 1) Privada

12. ¿Tiene algún tipo de afiliación al seguro o a alguna otra institución?

0) Si 1) No

13. ¿Cuál?

0) IMSS 1) ISSSTE 2) SS 3) Privado

14. ¿Cuenta con seguro de gastos médicos?

0) Si 1) No

15. ¿Cómo cree que sea la accesibilidad a la atención médica de acuerdo a sus ingresos?

0) Buena 1) Mala

16. El tipo de atención a su salud ¿de qué tipo es?

0) Médica clásica 1) Alternativa (acupuntura, homeopatía y otros)