

T
373



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

T E S I S

**CAMBIOS EN LOS PATRONES DE UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD
EN MÉXICO, 1994-2000.**

**Presentada para la obtención del grado de
MAESTRO EN MEDICINA SOCIAL**

JUAN FRANCISCO MOLINA RODRIGUEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. RENE LEYVA FLORES

ASESORA: DRA. MARIA DE LA LUZ KAGEYAMA

 **XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION
ARCHIVO HISTORICO**

CUERNAVACA, MORELOS.

ENERO 2003

85704

INDICE	
INTRODUCCIÓN	3
ANTECEDENTES	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	17
OBJETIVOS	19
MARCO TEORICO	20
HIPOTESIS	46
METODOLOGIA	47
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	56
CONCLUSIONES	72
BIBLIOGRAFIA	78
ANEXOS	84

INTRODUCCION

Las formas de atención a los problemas de salud, ya sean institucionales a través de la utilización de los servicios de salud y/o mediante formas de auto atención o de prácticas alternativas (medicina tradicional, acupuntura, herbolaria, etc.) por parte de todos los grupos sociales de la población, han sido y son objeto de debate en muchos países. Existen diversos estudios^{1 2 3} que describen los factores socioeconómicos y demográficos que determinan las diferentes formas de atención a los problemas de enfermedad y muerte por parte de las instituciones de salud y de la población. En el campo de la medicina social, autores como Laurell⁴, Bhém⁵ y Bronfman⁶ han planteado la relación existente entre las condiciones de vida y la distribución diferencial de la enfermedad y la muerte en una sociedad, la determinación social de las necesidades de salud, así como de la provisión y utilización de servicios de salud.

En este sentido, existe ya un cuerpo de conocimientos sólidamente fundamentados que demuestran que la determinación social de la enfermedad puede ser estudiada a diferentes niveles de análisis. Así por ejemplo, al nivel más general, diversos estudios han documentado que las formas predominantes de enfermar están asociadas con el tipo de organización económico social de una sociedad: los individuos no se enferman ni mueren de la misma manera en sociedades con un capitalismo avanzado que en sociedades dependientes. De la misma manera, a un nivel de análisis más específico, ha sido ampliamente mostrado que la pertenencia de clase de los individuos se refleja directamente en desiguales oportunidades de salud: la esperanza de vida y las tasas de mortalidad infantil no son las mismas para

todos los integrantes de una sociedad; la provisión de servicios de salud y la utilización de los mismos están asimismo determinadas socialmente y que la planificación⁷ y la asignación de recursos para la atención de la salud puede comprenderse mejor en términos de un análisis de políticas de salud y de las condicionantes socio-políticas de éstas⁸.

Se reconoce que la situación socioeconómica de un país incide en las condiciones de operación de las instituciones de salud y en las condiciones de vida de la población. Estas dos situaciones determinan que la población utilice o no los servicios de salud y/o busque otras formas atención a los problemas de enfermedad, como la automedicación, la medicina tradicional u otras prácticas alternativas (acupuntura, iridología, aromoterapia, etc.). Se discute si la autoatención es producto de las barreras institucionales para la utilización de los servicios de salud o una alternativa cultural e histórica para atender los problemas de enfermedad por sectores importantes de la población.

Una fuente que nos permite analizar la utilización de los servicios de salud y/o la autoatención y los factores asociados a ellas es la Encuesta Nacional de Salud⁹. A partir de la información de encuestas es posible explorar relaciones entre estado de salud, acceso, utilización y gasto en servicios de atención a la salud y variables socioeconómicas tales como estructura de la vivienda, ingreso, consumo, empleo, ocupación, niveles educacionales, derechohabencia, aseguramiento privado, etc.

Dado que en los años noventa han ocurrido situaciones de crisis socioeconómica y se realizó la Encuesta Nacional de Salud II en 1994 y posteriormente se realizó de nuevo la encuesta en el año 2000, es posible analizar la evolución de la

utilización de los servicios de salud, que para efectos del presente trabajo se considera a la atención otorgada por médicos, enfermeras y/o odontólogos y la autoatención definida como los cuidados que se autoproporciona la persona que padece la enfermedad o la atención brindada por algún familiar, amigo, vecino, farmacéutico, acupunturista, curandero, partera o hierbero, etc. y su relación con la situación de crisis del país, ya que la aplicación de determinadas políticas sanitarias y las condiciones de vida de la población podrían redundar en variaciones en la utilización de los servicios de salud.

El presente documento recoge en la primera sección correspondiente a los antecedentes, justificación, planteamiento del problema y marco teórico, las reflexiones entorno a la utilización de los servicios de salud por parte de la población, y las diferentes formas de abordaje del problema por diversos autores. Incluye la propuesta de un modelo de análisis de la utilización de servicios de salud y de la autoatención desde una perspectiva social. Este modelo recoge los diversos aportes realizados por varios autores y pretende ser un modelo integrador que analiza las características de la población (edad, sexo, escolaridad, ingreso, percepción del estado de salud y de gravedad de la información y la influencia de las redes sociales en la determinación del tipo de atención a recurrir) y las características de los servicios de salud (disponibilidad, accesibilidad, calidad de la atención) que influyen en la utilización, bajo la determinación de las condiciones económicas y políticas de la sociedad. Como el modelo es muy amplio, y dadas las limitaciones de utilizar fuentes secundarias de datos, se analizan algunas características de la población y se deducen las de los servicios de salud y su relación con la utilización de servicios de salud y de la autoatención.

Para efectos de nuestro abordaje, pretendemos considerar la crisis económica de 1994-1995 ocurrida en nuestro país, como determinante de las características socioeconómicas de la población y de los servicios de salud y en última instancia, de la utilización de servicios de salud y de la autoatención a la enfermedad.

El apartado de Metodología describe el camino recorrido para la obtención, procesamiento y análisis de la información de fuentes secundarias a partir de la definición y operacionalización de variables, así como una nota sobre las encuestas en general y su utilidad para la investigación.

El presente trabajo pretende establecer una asociación entre crisis económica en México y los cambios en la utilización de los servicios de salud por parte de la población, en función de la edad, sexo, derechohabiencia, disponibilidad de seguro privado y región.

Dado su carácter descriptivo no se profundiza sobre la determinación cultural o económica de la autoatención, sobre todo la relacionada con la medicina tradicional y las prácticas alternativas (acupuntura, naturismo etc.,) en virtud de las limitaciones de la información proporcionada por las encuestas al respecto, pero pretende plantear un estímulo o provocación para la generación de estudios que establezcan las diferencias entre autoatención generada por problemas de disponibilidad y acceso a servicios y modelos alternativos de atención.

La última parte contiene los resultados y la discusión de los mismos respecto a otros estudios similares, así como las conclusiones derivadas del trabajo, planteadas desde la perspectiva teórica de la medicina social.

El propósito de este trabajo es el de analizar los cambios en los patrones de utilización de servicios de salud y otras formas de búsqueda de atención

empleadas por la población entre 1994 y 2000 y su determinación por la situación de crisis económica que caracterizó a México en ese período.

ANTECEDENTES

Al inicio de la década de los 90 la economía de México se caracterizaba por tener una alta inflación¹⁰, un alto endeudamiento externo y una agudización de la distribución desigual del ingreso. En esta década se observó una disminución del 10% del ingreso per cápita, un decremento en las tasas de empleo, una expansión del mercado informal y una ampliación en la brecha de la desigualdad teniendo como consecuencia un aumento en los índices de pobreza y un incremento en números absolutos de pobres¹¹.

Para enfrentar esta etapa de crisis, el gobierno Mexicano tuvo que realizar una serie de ajustes entre los que destaca el fomento de las exportaciones¹², la disminución de las importaciones¹³, pretendiendo en un corto plazo reducir el peso del endeudamiento y mejorar las tasas de crecimiento y desarrollo económico. Otra medida de ajuste fue la de establecer un control del déficit fiscal teniendo como acción central la reducción de los gastos de gobierno ocasionando una disminución del empleo público, una baja inversión en el sector público, un esquema de retiros voluntarios o despido de funcionarios de confianza y una contracción del gasto social¹⁴. Todo ello aunado a medidas tendientes a mejorar los ingresos del gobierno a través del incremento en la recaudación fiscal.

Ante la insuficiencia de estas medidas de ajuste se planteó también una redefinición entre lo público y lo privado proponiendo la disminución del papel del Estado en la regulación de la economía, trayendo con ello la desincorporación de

empresas estatales vendidas a la iniciativa privada, y el fomento de la privatización en diversas áreas de servicios del sector público¹⁵.

En materia de política social, se cuestiona el papel del Estado en la garantía de los derechos sociales y se propone un Estado de beneficencia pública o asistencialista, dejando atrás el papel de Estado Benefactor. De esta manera, en el terreno del bienestar social se recorta el gasto social, eliminando programas y reduciendo los beneficios; se focaliza el gasto canalizándolo a los grupos marginados, previa comprobación de su estado de pobreza (PROGRESA, Alianza para el campo), se promueve la privatización de servicios y la descentralización de los servicios al nivel local¹⁶.

En esta década se dio una caída sustancial en el presupuesto público de desarrollo social, o sea el dedicado a educación, salud, protección al trabajo y al ambiente, al pasar de 9.1 % del PIB en 1981 al 6.5 % del PIB para 1990¹⁷, mientras que el servicio de la deuda subió del 3.3% del PIB en 1980 al 10.4 % para 1990, dando prioridad al pago de la deuda externa¹⁸.

Como consecuencia de lo anterior en materia de salud, se dio un recorte presupuestal al inicio de la década de los 90s. El presupuesto de todas las instituciones de salud era menor que en 1982, al bajar el gasto en salud del 1.9 % del PIB en 1982 al 1.7 % para 1990¹⁹ y disminuir el gasto per cápita de 836 pesos en 1983 a 563 para 1990 en la población abierta y de 2 007 en 1981 a 1243 para 1990 en la seguridad social, todo calculado en pesos de 1980 y deflactado con el INPC. Ello representa una disminución en el gasto per cápita del 54.7%

para la población abierta y del 42.4 % de la población con seguridad social en el periodo 1982-1990²⁰.

Se privilegió el gasto corriente dejando rezagado el gasto en inversión que cayó alrededor del 75 % para 1990, ocasionado la acumulación de rezagos en infraestructura y equipamiento, desabasto en medicamentos y otros insumos. Por otra parte, fue posible recortar el presupuesto sin disminuir la cobertura, gracias a la depresión salarial de los trabajadores de la salud,²¹ con el consecuente empeoramiento en las condiciones laborales en los trabajadores de la salud, causando todo ello, en última instancia un deterioro general de los servicios de salud, un debilitamiento de las instituciones y la disminución en la calidad de los servicios.

Entre los problemas que se han incrementado y profundizado en la década de los noventa, apuntamos, una creciente desigualdad entre los distintos grupos y clases sociales en términos de acceso real y en el tipo y calidad de los servicios disponibles para cada uno de ellos y una baja capacidad de pago de bolsillo para formas de autoatención.

Las limitaciones de acceso y la deficiente calidad de los servicios ofrecidos a la población pobre no asegurada empiezan con los 10 millones de mexicanos en extrema pobreza²² que prácticamente se encuentran al margen de cualquier servicio. Las instituciones que atienden población abierta (aproximadamente el 52 % de la población total) solo garantizan la atención primaria selectiva a través del

Paquete Básico de Servicios de Salud (PABSS)²³, pero no servicios del segundo y tercer nivel (cuentan con el 24 % del presupuesto público en salud) y han incrementado las cuotas de recuperación al usuario. Esto restringe el acceso particularmente al segundo y tercer nivel donde estas cuotas pueden representar sumas muy por encima del salario mínimo mensual o incluso anual²⁴.

Las instituciones de seguridad social disponen del 66 % del gasto público en salud para atender a sus derechohabientes que representan el 45 % de la población total. Sin embargo, la demanda de sus servicios viene aumentando sustancialmente por la expansión formal del número de derechohabientes sin un incremento correspondiente de sus recursos, ya que el presupuesto viene decreciendo como ya se mencionó. A esto se suma la demanda de sectores de la población que siendo asegurados, accedían y utilizaban servicios privados pero que por su alto costo, hoy tienen que recurrir a la seguridad social.

El desequilibrio entre demanda y recursos ha obligado a las instituciones de salud a profundizar los obstáculos burocráticos de acceso a sus servicios (así funciona el programa de referencia y contrarreferencia), apreciables en el decremento de los indicadores de servicios con relación al número de usuarios potenciales y reales, lo que se traduce en una esperada disminución en la utilización de los servicios de segundo y tercer nivel de atención. Aunque el Sistema de salud mexicano ha certificado su cobertura universal, cada día un mayor número de mexicanos tiene crecientes dificultades para utilizar los servicios de atención integral a la salud. Esto se expresa en las diversas formas que la población busca

para dar respuesta individual a sus problemas de salud, utilizando diferentes formas de atención en caso de enfermedad²⁵.

La búsqueda de atención a los problemas de enfermedad por parte de la población varía dependiendo de aspectos socioeconómicos, culturales y de servicios de salud. Generalmente dependiendo de lo anterior los individuos enfermos recurren a mecanismos de auto atención y/o a la utilización de servicios de salud institucionales y/o privados expresados en indicadores de atención médica.

Los motivos por los cuales una persona utiliza los servicios van mas allá de la carga de morbilidad que pueda estar sufriendo²⁶. Es bien conocido el fenómeno del *"iceberg de la enfermedad"* descrito por Last²⁷ en 1963, donde una pequeña parte de las personas con síntomas de enfermedad consultan a un profesional de la salud, institucional o privado. Se sabe que no todos los problemas de salud que padece una persona son informados al médico en el momento de la consulta, ya sea por el interés del paciente en su padecimiento actual o por la atención que le brinda el médico al motivo de consulta, posponiendo la atención de problemas secundarios del paciente²⁸. Por otro lado cuando el acceso es fácil, puede haber una demanda innecesaria de servicios incrementando su utilización sin que exista una justificación desde el punto de vista médico. Por otro lado, cuando la capacidad instalada es insuficiente o el patrón de morbilidad es elevado, puede no haber capacidad de respuesta, no brindar la atención que se requiere o brindar atención inadecuada y ello obliga al paciente a buscar otros medios para su atención tales como la auto atención y automedicación. Existen en la literatura médica planteamientos en el sentido de que sectores poblacionales que

encuentran barreras socioeconómicas para su acceso y utilización en la atención médica están propensos a realizar auto atención y automedicación como un recurso alternativo para atender sus necesidades de salud²⁹³⁰.

En el caso de la auto atención diversos investigadores se refieren a ella como expresión de un proceso de apropiación y socialización del conocimiento médico y que, dependiendo de la percepción social de la gravedad del padecimiento se puede recurrir a ella³¹. Por otro lado, existen estudios que analizan la auto atención como producto de la falta de accesibilidad de los servicios de salud por razones económicas, culturales y geográficas, entre los determinantes se pueden mencionar; los altos costos de los honorarios, de los medicamentos^{32 33}, y de los auxiliares de diagnóstico.

Estas son las alternativas que pueden ser observadas en el estudio de los patrones de utilización de servicios y que son determinadas por la disponibilidad, accesibilidad y morbilidad, que forman parte de las características de los servicios de salud por un lado y de las características de la población, expresadas en la percepción de enfermedad y su gravedad, capacidad de pago y creencias respecto a la enfermedad y los servicios de salud por otro, determinadas en ultima instancia por las condiciones socioeconómicas y políticas de la sociedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Declaración Universal de los Derechos Humanos plantea que: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios". Estos ideales están lejos de ser alcanzados en México, ya que la desigualdad social determina inequidad en las condiciones de vida y ello genera inequidad en el acceso, calidad y utilización de servicios de salud y como resultado inequidad en el estado de salud.

La literatura científica en el mundo le esta dando importancia creciente al estudio y comprensión de las relaciones entre condiciones de vida y salud. El número de trabajos en los que se analizan cómo, las condiciones socioeconómicas presentan modificaciones por efectos de la crisis y su impacto en el estado de salud y en la determinación de búsqueda de atención a los problemas de enfermedad por la población son escasos.

El conocimiento de las formas bajo las cuales los individuos buscan atención a sus problemas de enfermedad en situaciones de crisis, ya sea a través de la autoatención o mediante la utilización de servicios de salud expresada como atención médica, constituye una información clave para el diseño de políticas y estrategias para mejorar la prestación de servicios de salud.

La utilización de servicios de salud se comprende como un resultado de la interacción entre las características del paciente, del proveedor de los servicios y de los atributos del sistema de atención y se considera como una de las

variables que permite analizar la interacción entre población y servicios de salud.³⁴

Para efectos de este trabajo, se expresara como atención médica.

La utilización se encuentra asociada con la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los recursos para la atención de la salud, con las condiciones socioeconómicas y culturales de la población, así como con las características del daño a la salud o riesgo al que se encuentra expuesta.

Del mismo modo, nosotros consideramos a la autoatención como el recurso de búsqueda de otras formas de enfrentar los problemas de salud-enfermedad (medicina tradicional, atención doméstica, acupuntura, herbolaria), por parte de la población. Estas formas están determinadas por las condiciones socioeconómicas y culturales de la población que definen características del daño a la salud, percepción del estado de salud y de gravedad de la enfermedad.

Ante una situación de crisis económica, esperaríamos que la atención médica como expresión de la utilización de los servicios de salud disminuyera en virtud de que la disminución del gasto en salud provoca problemas en la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios institucionales, causando insatisfacción, desconfianza y rechazo por parte de los usuarios y promovería el incremento en la utilización de servicios privados y otras formas de atención definidas aquí como autoatención. Sin embargo, de acuerdo con el conocimiento empírico, por la crisis observamos una disminución de la capacidad de pago de los sectores pobres, deterioro del estado de salud, percepción de gravedad de la enfermedad, que los obliga a recurrir a los servicios institucionales con mayor frecuencia, afectando primordialmente a los sectores socioeconómicos medios y bajos, de estados y regiones con menores ingresos.

El incremento en la utilización de los servicios de salud repercute en aumento en los requerimientos de recursos financieros, recursos humanos y materiales para la satisfacción de la demanda de servicios, por lo que el conocimiento de su comportamiento proporciona información útil para la planeación.

En este sentido cabe entonces preguntarse:

¿Las crisis económicas determinan cambios en los patrones de búsqueda de atención a los casos de enfermedad por los individuos?

¿Cuales son los factores que se asocian con las diferentes fuentes de atención a las cuales las personas acceden antes y después de una crisis?

¿La autoatención es una medida que se adopta cuando no es posible utilizar un servicio de salud por problemas de acceso (geográfico, económico, cultural)?

¿Cuales son los factores asociados a la utilización de los servicios de salud antes y después de una crisis?

JUSTIFICACIÓN

Las enormes inequidades socioeconómicas que existen en México se ven agravadas aun más por el peso desigual de los problemas de salud y la accesibilidad y utilización de los servicios de salud.

La posibilidad de asegurar que la gente utilice realmente los servicios de salud, depende de que se garantice su acceso a los mismos, eliminando o disminuyendo las barreras económicas y geográficas, que entre otras, se constituyen en problemas que acentúan la inequidad.

La disponibilidad de servicios de salud tanto públicos como privados y la existencia de diversas alternativas de atención a la enfermedad como la herbolaria, la medicina tradicional y otras prácticas, así como la accesibilidad a la información médica y farmacológica, permiten que la población, busque diversas formas de solución a la enfermedad, como la auto atención con remedios caseros y terapéuticas tradicionales, atención médica y/o combinación de las dos anteriores.

En México, existen pocos estudios que analicen la dinámica de las formas de atención a la enfermedad por parte de la población y como se relacionan con la situación socioeconómica del país, la situación de los servicios de salud y los determinantes de esa atención.

Los tomadores de decisiones que desean implementar intervenciones para reducir las desigualdades en la accesibilidad y utilización de servicios de salud no disponen de información que sea relevante y útil para sus necesidades. Gran parte de lo que se conoce sobre utilización de servicios de salud y acceso y las consecuentes inequidades y desigualdades es resultado de investigaciones realizadas en los países industrializados de América del Norte y de Europa Occidental.

Por otra parte, en México se han realizado encuestas nacionales en hogares y constituyen una fuente confiable de información sobre las características socioeconómicas, condiciones de salud, acceso, utilización y gasto en servicios de salud. A pesar de ello, estas encuestas han sido poco utilizadas para estudiar los factores asociados a la relación servicios de salud y condiciones de vida de la población.

El conocimiento de la evolución de las diferentes formas de atención a la enfermedad nos permiten acercarnos a una explicación de la utilización de los servicios de salud y a la determinación de otras formas de atención, y los resultados pueden contribuir a la adopción de medidas que garanticen una mayor accesibilidad y utilización de los servicios de salud.

En este trabajo se analizan datos de las Encuestas Nacionales de Salud, combinando con datos nacionales sobre la situación económica de crisis de 1994, para profundizar en el conocimiento de los patrones de utilización de los servicios de salud y su relación con factores de índole socioeconómico en México.

OBJETIVOS

Objetivo general:

El objetivo general es analizar los factores asociados a la utilización de los servicios de salud antes y después de la crisis económica de 1994 en México.

Objetivos específicos:

- Identificar los factores asociados a la atención médica a los problemas de enfermedad en México 1994 y 2000.
- Identificar los factores asociados a la autoatención a los problemas de enfermedad en México 1994 y 2000.
- Analizar las diferencias entre utilización de servicios de salud y autoatención en 1994 y 2000 en México.
- Identificar las causas de no utilización de servicios de salud entre la población en México 1994 y 2000.

MARCO TEÓRICO

En la salud pública el tema de la utilización de los servicios ha sido ampliamente discutido, existen diversas corrientes de pensamiento médico que plantean formas diferentes de abordar el tema.

Ante un problema de enfermedad, diversos factores determinan el proceso de búsqueda de atención por parte de los individuos, en este proceso de búsqueda se pueden analizar diferentes niveles de determinación y diferentes perspectivas de atención. Por un lado podemos entender el proceso de atención a la enfermedad como un proceso social determinado por variables externas a los individuos y ubicadas en un contexto general en el ámbito poblacional (condiciones de vida, situación socioeconómica, y cultural, accesibilidad y disponibilidad de servicios, entre otras) que se expresan en el ámbito individual como un tipo específico de acción de búsqueda de atención en el que intervienen situaciones de carácter individual ubicadas en la esfera biológica y psicosocial (situaciones de discapacidad, daño orgánico, percepción de enfermedad y de gravedad, así como percepción de utilidad y calidad de los servicios de salud).

De esta forma podemos plantear que el patrón de atención al problema de enfermedad es un proceso dinámico y complejo y se manifiesta como una interfase en la cual entran en contacto por un lado los individuos enfermos y por otro lado los prestadores de un servicio de atención, con el propósito de satisfacer una necesidad y lograr restablecer la condición de salud.

A partir de estas consideraciones generales se pueden mencionar diversos enfoques que a partir del estudio de la utilización de servicios ofrecen algunas respuestas para el abordaje del análisis de los patrones de atención a los problemas de enfermedad por parte de la población.

En este sentido Pineault³⁵ plantea que el fenómeno de la utilización surge de la interacción entre dos componentes:

1) El del individuo, que inicia un proceso para solucionar sus problemas de enfermedad. Este componente se basa en una morbilidad sentida, (por ejemplo consultas por síntomas, dolores, molestias) o en una morbilidad anticipada por el individuo (ejem. En la búsqueda de servicios preventivos, mediante los cuales los usuarios desean evitar un padecimiento).

2) El del profesional de la salud que se dirige al enfermo en el sistema de cuidados. Este componente se basa en una morbilidad diagnosticada por el médico a partir de una consulta solicitada por el usuario, o por una morbilidad no sentida o reconocida por el usuario y es producto de un hallazgo del médico en una consulta por otro motivo; también se basa en una morbilidad anticipada por el médico pero no sentida ni anticipada por el usuario, en el caso de exámenes rutinarios prescritos por el médico ante la identificación de un riesgo para la salud (stress, tabaquismo, alcoholismo, etc.) .

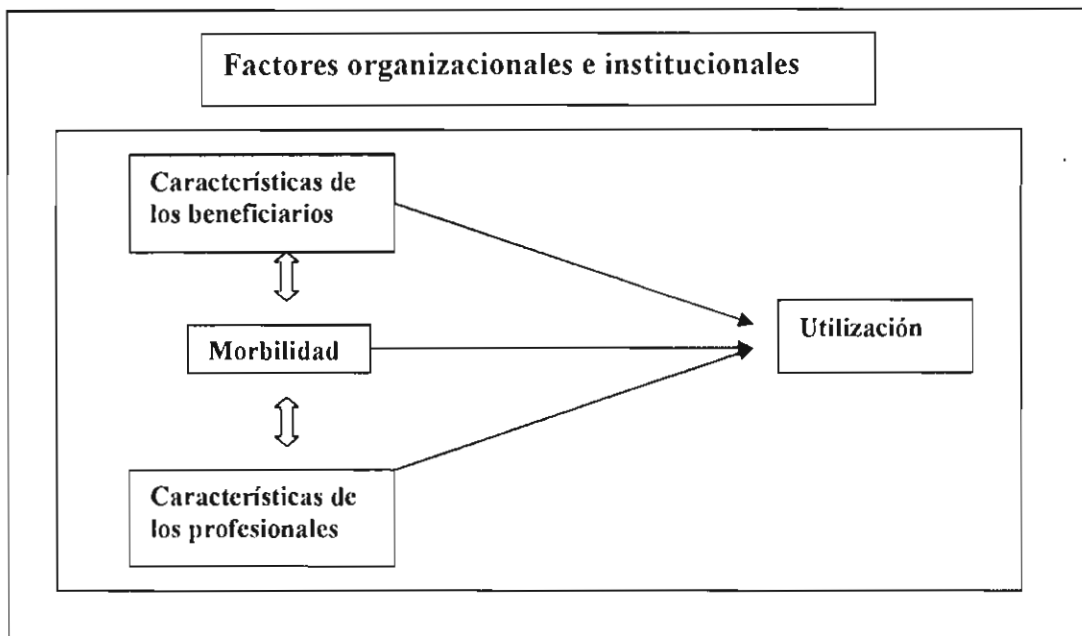
Los determinantes de la utilización de servicios de salud son:

- I. Factores relacionados con la naturaleza de la morbilidad
 - Gravedad
 - Urgencia

- II. Factores relacionados con los usuarios
 - Demográficos y geográficos (edad, sexo, región)
 - Socioeconómicos y culturales (educación, ingreso)
 - Psicosociales (actitudes, valores)
- III. Factores relacionados con los profesionales
 - Edad, sexo.
 - Años transcurridos desde la obtención del grado
 - Especialidad
 - Características psicosociales
 - Tipo de formación
- IV. Factores organizacionales
 - Trabajo individual Vs. En equipo
 - Hospital o clínica
 - Remuneración (pago directo, seguro)
- V. Factores institucionales
 - Régimen de seguro (asistencia social, seguridad social, privado)
 - Marco jurídico (leyes, normas, reglamentos, de servicios)
 - Tipo, cantidad y calidad de recursos para la salud.

La naturaleza de la morbilidad presentada es el mayor determinante de la utilización. En la *figura 1* se aprecia el modelo de relación entre los factores de la utilización de los servicios de salud.

Figura 1. Modelo de Relación entre los factores de la utilización de los servicios de salud



Por otro lado, Julio Frenk plantea que el estudio de la accesibilidad se hace idéntico al de los determinantes de la utilización de los servicios³⁶ ya que considera la utilización como una sucesión esquemática de acontecimientos desde el momento en que surge la necesidad de atención hasta el momento en que se inicia o continúa la utilización. En este proceso identifica como determinantes de la utilización aspectos que incluyen creencias personales sobre la salud, confianza en el sistema de atención y grado de tolerancia al dolor y a la incapacidad.

En un modelo epidemiológico planteado por Arredondo³⁷, los daños a la salud (morbilidad, mortalidad, etc.) constituyen necesidades que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios una vez que son expresadas.

La utilización de los servicios de salud dependerá de la exposición de la población a los factores de riesgo (*Tabla 1*) los cuales están asociados con la posibilidad de que un individuo desarrolle un padecimiento. Los riesgos pueden ser iniciadores, promotores, o pronósticos de la utilización; así, dependiendo del tipo de riesgo y su característica serán los servicios a utilizar ya sea de prevención, de curación o de rehabilitación. Así mismo se plantea la utilización de los servicios de salud como un riesgo de tal manera que exponerse a la utilización de los servicios protege la salud de los expuestos con relación a los no expuestos, de esta manera la población expuesta a la utilización de los servicios de salud gozará de un efecto protector mayor que la población no expuesta a dicha utilización y que dependiendo de la calidad del servicio el efecto protector será mayor o menor hasta causar una iatrogenia. También se considera que la población no expuesta a la utilización de los servicios de salud tendría un nivel de protección mínimo y la iatrogenia sería un factor de riesgo mucho mayor que en el caso de los expuestos debido a la utilización de otros servicios no institucionales como podrían ser curanderos, farmacéuticos, hierberos.

Tabla 1. Relación de los riesgos con la utilización de los servicios

Riesgo	Servicios utilizados		
	Prevención	Diagnostico y tratamiento	Mantenimiento
Iniciadores	+++	++	+
Promotores		+++	++
Pronósticos	++	+++	

Otros determinantes de la utilización de los servicios y de la búsqueda de atención a los problemas de enfermedad que se consideran en este modelo son por un lado la demanda y la accesibilidad por parte de la población y por el sistema de salud la disponibilidad y características de los servicios. De esta manera se considera que al empeorar el estado de salud de la población y considerarse como moderados y graves sus padecimientos la población demandara con mayor frecuencia la atención de los servicios de salud y si existe accesibilidad ya sea económica, geográfica, cultural, la población incrementara el índice de utilización de los servicios.

La utilización se relaciona de manera directa también con la disponibilidad y característica de los servicios, ya que si no se dispone de unidades de salud y de prestadores de servicios, la población enferma no podrá utilizarlos; la eficiencia, la calidad y el buen trato son considerados características que fomentan la utilización de los servicios ya que otorgan confianza a los enfermos, mientras que aspectos relacionados con el desabasto de medicamentos y material, tiempos de espera prolongados, diferimento de las consultas de especialidad, falta de información respecto al estado de enfermedad de los pacientes y el maltrato por parte de los servidores desalientan su utilización.

Mario Bronfman³⁸ refiere algunos aspectos conceptuales sobre la utilización de los servicios de salud y menciona que a partir del concepto parsoniano del papel del enfermo (sick role) Mechanic formuló el concepto de la conducta del enfermo (illness behavior), definido como la forma en que los síntomas pueden ser

diferencialmente percibidos y pueden llevar a diferentes reacciones en los individuos. Además propuso que el concepto de la conducta del enfermo debía distinguir por lo menos cuatro grupos de variables: a) visibilidad y frecuencia de los síntomas; b) grado de severidad de los síntomas; c) existencia de sistemas alternativos para interpretar los síntomas y d) factores no sociológicos tales como las características de los servicios de salud.

Este grupo de variables explicarían porque se utilizan y de que manera se utilizan los servicios de salud o la auto atención. Así mismo sugiere que la conducta del enfermo es una respuesta aprendida cultural y socialmente y que la búsqueda de atención médica es determinada por: a) visibilidad y reconocimiento de los signos y síntomas b) grado en que los síntomas son percibidos como peligrosos, c) grado en el que los síntomas interfieren en la dinámica habitual de la familia, el trabajo y otras actividades sociales, d) frecuencia y persistencia de los síntomas, e) umbral de tolerancia a las molestias, f) información y conocimientos respecto a la enfermedad, g) necesidades básicas de salud, h) otras necesidades que compiten, i) interpretaciones dadas por los síntomas, j) aspectos relacionados con la disponibilidad de tratamiento, recursos económicos, distancia al médico y costo psicológico y financiero de la atención.

Estos determinantes según Mechanic operan en dos niveles de definición: definición por parte del propio enfermo (dependiendo de los síntomas) y definición dada por otros (opinión del estado de salud del enfermo por parte de familiares, amigos, o profesionales relacionados con la salud). De esta manera la conducta

del enfermo responde a su definición propia basada en la percepción de los síntomas y que puede ser influenciada por la opinión de quienes lo rodean.

En este mismo sentido³⁹ Suchman propuso que en la conducta del enfermo puede distinguirse la siguiente secuencia 1) percepción de los síntomas; 2) adopción del papel del enfermo con validación provisional de individuos no provisionales; 3) establecimiento de contacto con los servicios de salud; 4) ingreso en la relación médico paciente y 5) recuperación y rehabilitación. Siendo este el flujograma desde la percepción de la enfermedad hasta el restablecimiento del buen estado de salud y la explicación de la utilización de los servicios estaría dado por los factores asociados a cada uno de estos casos. De tal manera que para explicar o analizar la utilización de los servicios tendríamos que estudiar los determinantes de la percepción de la enfermedad, las redes sociales en las que interactúa el enfermo y obtiene opinión del estado de salud por quienes lo rodean, los condicionantes del contacto del enfermo con los servicios (disponibilidad, accesibilidad, y calidad de los servicios) y analizar la dinámica de la relación médico paciente en la que interviene el trato del médico, la confianza del paciente y el ambiente en el que se desenvuelve. Se trata pues de trabajar en lo que se a dado en llamar relaciones sociales en las que cada cual tiene una red central social para resolver su vida, por lo tanto los niveles de conocimiento que tenga el individuo, su red de relaciones sociales sobre el proceso salud enfermedad y la disponibilidad de los servicios determinan la actitud a tomar en la enfermedad y su tratamiento.

Irwon M. Rosenstock⁴⁰ maneja el concepto de "health behavior" y considera que la decisión de buscar salud es un proceso en el cual el individuo se mueve a través de varios estadios y propone que la utilización de los servicios puede explicarse distinguiendo tres tipos de variables: a) disposición del individuo para utilizar los servicios, determinada por la percepción de gravedad de la enfermedad y la susceptibilidad percibida; b) los beneficios y barreras percibidas en cuanto a la utilización y c) detonantes de la acción (internos: como la percepción del estado de salud, y externos como la opinión sobre su estado de salud por parte de quienes lo rodean). El primero se refiere a los riesgos subjetivos de ajustarse a una condición de enfermedad, (susceptibilidad percibida y gravedad percibida) é incluye aspectos como los efectos de la enfermedad sobre el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales; en cuanto a las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar los servicios, los individuos pueden pensar que la utilización de los servicios de carácter preventivo o curativo se hará efectiva para reducir la amenaza de la enfermedad pero al mismo tiempo ver los inconvenientes como el costo de la atención, el dolor, el maltrato que puedan recibir por parte del personal de salud, etc.

En relación a la utilización de servicios de salud de carácter preventivo, este autor plantea que la decisión de utilizarlos la tomará el individuo solo cuando se cumplan cuatro condiciones:

- 1) Que la persona crea que la prevención es factible y reducirá su susceptibilidad percibida, así como la gravedad percibida de su enfermedad,
- 2) Que no existan barreras psicológicas para la acción por decidir

3) Que el individuo este psicológicamente atento a realizar una acción preventiva con respecto a una posible enfermedad

4) La presencia de un detonante ya sea de carácter interno o externo.

Anderson⁴¹ por su parte considera que la utilización de los servicios de salud puede explicarse a través de tres variables: 1) necesidad de atención médica desde el punto de vista del paciente definida por la necesidad percibida en función de su incapacidad o del estado de salud y desde el punto de vista del personal de salud, definida como necesidad valorada en función de sus diagnósticos; 2) factores predisponentes de la utilización conformados por variables sociodemográficas asociadas a las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad tales como edad, sexo, composición familiar, clase social, ocupación, etc. y 3) factores capacitantes que tienen que ver con la condición socioeconómica del enfermo relacionados con los recursos familiares (ingreso, capacidad de ahorro, acceso a la seguridad social) y recursos comunitarios como disponibilidad de servicios, accesibilidad y características de los servicios (eficiencia, calidad y calidez).

Belmartino S⁴², plantea que el objeto predominante y casi exclusivo de la investigación en servicios de salud ha sido precisamente el servicio. Los enfoques utilizados han sido múltiples: socio-estructural, estructural funcionalista, modelos de análisis de la conducta, perspectivas organizacionales, teoría del conflicto, teoría de las decisiones. En los enfoques más tradicionales se combinan perspectivas que valoran formas organizativas con otras que buscan ponderar las condiciones de la utilización por parte del usuario.

Los estudios sobre utilización, menciona, han llegado, en sus enfoques más elaborados a combinar perspectivas sociodemográficas, socio psicológicas, económicas y organizacionales. Aunque se empieza a razonar en términos de sistemas y aun cuando los servicios puedan considerarse como parte significativa del Sistema, es innegable que este tipo de análisis agrega mayor complejidad al diagrama. Aquí se torna indispensable la integración del estado y sus políticas.

En la Investigación de Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) y en el abordaje del proceso salud/enfermedad/atención, existen intentos bastante logrados de definir un objeto de investigación a partir de delimitar las relaciones que vinculan sus elementos constitutivos. De manera general, la sistematización de la dinámica (*Figura 2*) del Sistema de Servicios de Salud (SSS) en tres conjuntos de relaciones identificadas: a) entre población y financiadores; b) entre financiadores y proveedores y c) entre proveedores y pacientes, facilita evaluar la magnitud de las transformaciones producidas y las instituciones y agentes que resultan afectados en esta dinámica. En el interior del triángulo formado por estas relaciones, se identifican las funciones de regulación por parte del gobierno.

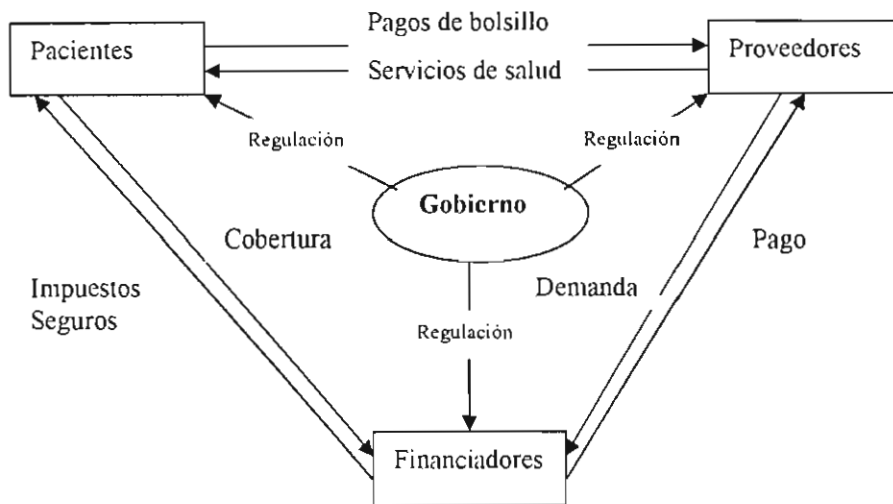
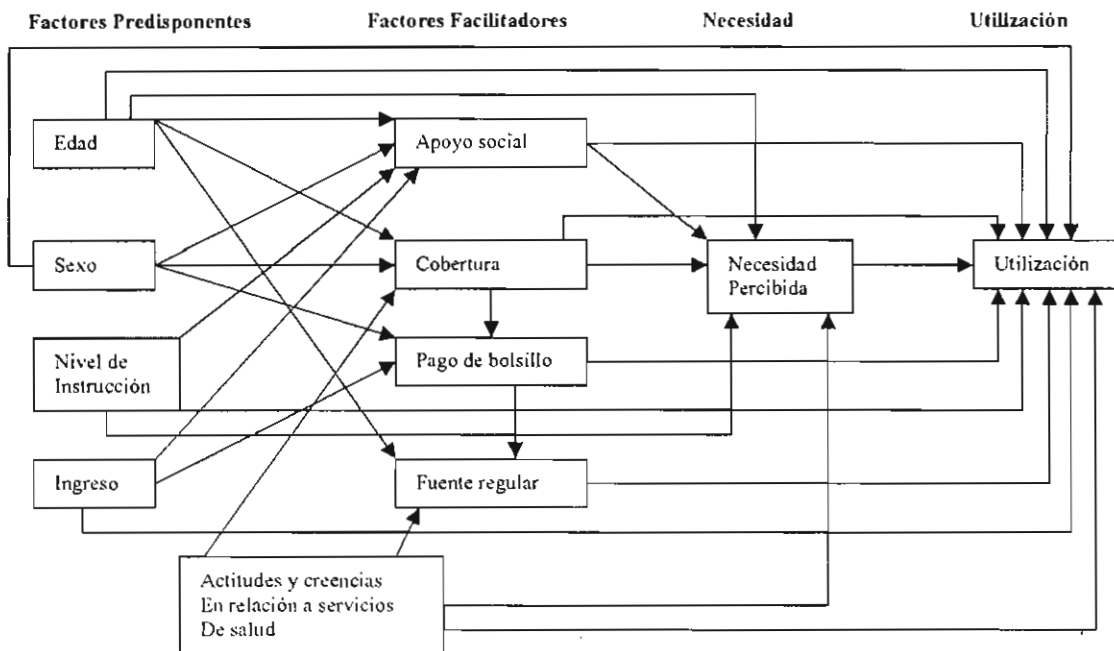


Figura 2. Dinámica del Sistema de Servicios de Salud. Belmartino, S, 1992.

A partir de este diagrama se pueden plantear recortes al objeto de estudio conforme a los intereses del investigador, sin cercenar segmentos del sistema. Un recorte posible sería el interés por evaluar la utilización de los servicios por parte de los individuos afectados por determinadas patologías.

El esquema conceptual corresponde al modelo (Figura 3) elaborado por Andersen (1968), que representa un intento multidisciplinario de incorporar factores económicos, socioculturales y psicológicos relacionados con la atención médica. El modelo supone que existe una relación secuencial entre tres conjuntos de determinantes de los que depende la utilización de los servicios.

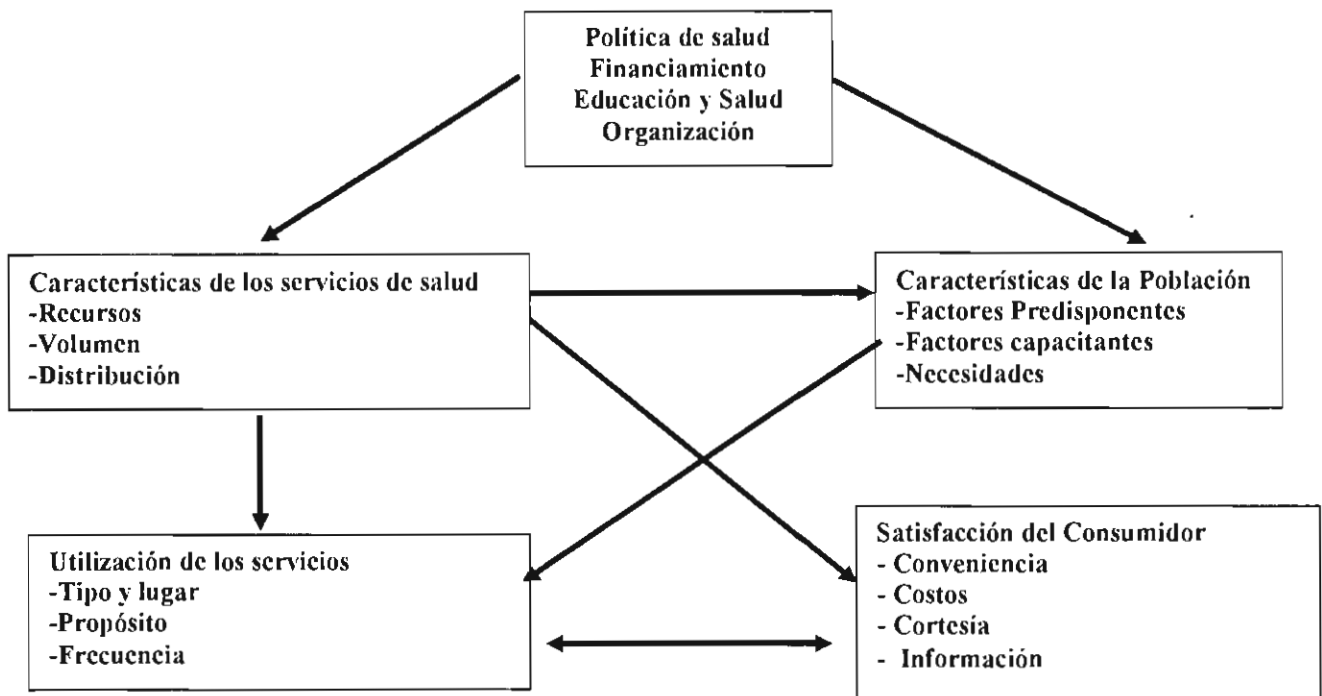
Figura 3. Adaptación del modelo conductual de Andersen a un estudio de utilización de servicios



Fuente: Fleury et al. 2000

El eje de interés es verificar el peso de los factores facilitadores (que son los más sensibles a los cambios políticos) en la determinación de los niveles de utilización. Aday y Andersen⁴³ proponen un modelo de utilización de los servicios, donde las relaciones del sistema a nivel macro permiten entender su uso. En él, la política de salud del sistema determina las características de los servicios y estos a su vez las características de la utilización y por otro lado determina las características de la población y estas a su vez determinan la satisfacción del consumidor en coacción con los servicios de salud y la utilización de los servicios; asimismo las características de la población determinan la utilización de los servicios (Figura 4).

Figura 4. Modelo de utilización de servicios. Adaptación Tomada de Andersen y Aday



El modelo comprende el análisis de variables en dos dimensiones:

- Variables de proceso: política de salud, características de los servicios y de la población.
- Variables de resultados: Utilización de los servicios de salud y satisfacción del consumidor.

Brehil y Granda⁴⁴ parten del marxismo, tomando como base el proceso dialéctico de producción-reproducción para el abordaje del estudio y análisis de la demanda de los servicios de salud y asumen que esta determinada por aspectos relacionados con:

- 1) Nivel General: Reproducción social.
- 2) Nivel particular: Reproducción de la fuerza de trabajo.

3) Nivel específico: Producción del individuo.

Para que se utilice un servicio de salud debe ocurrir un proceso de transformación de carácter dialéctico que llevaría a un individuo a través de las etapas:

a) Sensopercepción de un problema. Mediante un ejercicio mental individual, el hombre determinado socialmente por su historia y por el lugar que ocupa en el proceso de producción percibirá su estado de salud-enfermedad.

b) Registro racional de la existencia del problema. De acuerdo a la percepción del mundo que tenga y de acuerdo a su contexto histórico y social, reconocerá el carácter del problema y sus implicaciones para su proceso de producción-reproducción.

c) Planteamiento racional de la necesidad de solucionar el problema. En función del mismo contexto anterior, se planteara las acciones a realizar para la búsqueda de solución.

d) Selección de los medios de solución. Esta selección la realizara en función del lugar que ocupa en la sociedad y en el proceso de producción, que definen su clase social y los bienes y servicios de que dispone de acuerdo a su inserción social.

e) Realización de acciones para la solución. Se refiere al planteamiento de una demanda a satisfacer a través de la oferta de los medios necesarios para la solución de su problema y regida esta relación por las leyes del mercado⁴⁵.

Actualmente cobra mayor preponderancia las teorías del capital humano, que consideran a la salud como una forma de capital en el que se debe invertir ya que

los individuos sanos garantizan una mayor capacidad productiva y de consumo que los individuos enfermos. Se considera además que la enfermedad repercute directamente en el deterioro de este capital y por ende es generador de gasto que empobrece al individuo, su familia y su comunidad y se convierte en un obstáculo para el desarrollo, mientras que la salud, al mejorar la capacidad productiva, fomenta y promueve el desarrollo y crecimiento económico junto con la educación que son áreas donde se debe invertir para el mejoramiento del capital humano en beneficio del desarrollo y crecimiento económico.

Grosman⁴⁶ Señala que el acervo de capital salud afecta el tiempo de vida para dedicarlo a producir ingresos y bienes. Plantea que la edad afecta la tasa de depreciación del acervo del capital salud, esto es que a mayor edad menor salud y por ende menor capacidad productiva. Los individuos heredan un acervo inicial de salud que como un bien material de recién producción, con el paso del tiempo se deteriorará y se depreciará su valor.

Refiere que la salud se puede incrementar a través de la inversión en los servicios de salud y que a través de estos se garantiza el valor del capital. La muerte ocurre cuando el acervo del capital salud cae por debajo de un nivel mínimo que permite la sobrevivencia de los individuos. Así mismo plantea que el capital humano en salud se incrementa como ya mencionamos a través de la inversión en los servicios y contradictoriamente se encarece a través del ingreso creciente de los individuos de tal manera que al enfermarse un trabajador y dejar de participar en el proceso productivo el costo día enfermo se incrementa proporcionalmente al

salario que devenga por lo que sugiere que el incremento en el ingreso incrementa el costo de producir salud en virtud del gasto que se genera al tratar al individuo enfermo.

Phelps y Newhouse⁴⁷ añaden al modelo de Grossman variables como los efectos de calidad en la proporción de los servicios y que dependiendo de la variación de esta calidad los individuos que reciben los servicios tendrán diferente nivel de productividad de tal manera que el invertir en la mejora de la calidad de los servicios generará una mayor productividad en los individuos que utilizan dichos servicios.

Entre las diversas teorías económicas de la salud existen modelos para analizar los servicios de salud a través de curvas de demanda derivadas de la utilidad sujeta a una restricción presupuestal. Se plantea que el ingreso de las familias se gasta en dos grupos de bienes: servicios de salud y otro grupo formado por todos los demás bienes. Parker plantea que el beneficio expresado en la categoría utilidad depende directamente de la cantidad de bienes correspondientes a estos dos grupos que se consuman y plantea la fórmula $U=(x,y)$ donde (x) es la cantidad de bienes de servicios de salud que se consumen, (y) el resto de bienes. El consumo de estos bienes (x, y) está determinado por el nivel de ingresos del individuo y/o familia y la cantidad adquirida dependerá de la relación ingresos/precios. La demanda y utilización de los servicios de salud dependerán del precio de estos, del precio del resto de los bienes y del ingreso; plantea que el consumo de uno u otro bien dependen de una categoría llamada *elasticidad*. La

cantidad demandada de bienes depende de los cambios de los precios (elasticidad de los precios), de los cambios en el ingreso, (elasticidad de ingresos), y de los cambios en los precios de otros bienes (elasticidad cruzada) de tal forma que un incremento en los precios de los servicios de salud con un ingreso fijo o decreciente y bajos precios de otros bienes determinaría una elasticidad negativa y por lo tanto una baja demanda y utilización de los servicios de salud. Por otro lado, un incremento en el ingreso generaría una elasticidad positiva del ingreso y produciría un incremento en la demanda de bienes de salud y de otro tipo. A ingreso fijo y aumento de precios en otros bienes genera una elasticidad cruzada que favorece el consumo de bienes de salud y por lo tanto se incrementa la demanda y la utilización de servicios. El asunto es pues determinar las elasticidades que determinan la utilización de los servicios de salud.

Arredondo⁴⁸ plantea que el uso de los servicios de salud viene a ser consecuencia combinada de tres características principales: el estado de salud y de enfermedad de la población, las decisiones del usuario y las decisiones del proveedor. Considera que los principales factores que afectan la utilización de los servicios de salud son: la incidencia y prevalencia de la enfermedad, las características sociodemográficas y culturales de la persona, y los factores económicos; a su vez, entre los indicadores más importantes de estas categorías podemos ubicar a la percepción de la enfermedad y su gravedad, la edad de las personas, su educación, el tamaño de la familia y el ingreso. Dependiendo de la percepción de la enfermedad, el individuo activará mecanismos en torno al deber de satisfacer una necesidad y esto lo hará en relación con su cultura, poder de

compra y personalidad. El individuo, dependiendo de la edad, demanda distintos tipos de servicios de salud, puesto que la relación entre la edad y el uso de los servicios no es simplemente lineal ni es la misma para cada tipo de servicio. El sexo de la persona marca diferencias muy importantes en la necesidad de atención médica; así la mujer en edad reproductiva necesitara de atención obstétrica, sin embargo el grado en que la demande dependerá de su conducta dentro de una sociedad determinada. El tamaño de la familia afecta la demanda de los servicios considerablemente, pues se supone que una familia grande tendrá un menor ingreso per cápita que una familia pequeña con igual ingreso, aunque este factor afecta diferencialmente la demanda de servicios de salud según el nivel socioeconómico. La educación es otro factor que afecta la salud personal y familiar y la demanda de servicios de salud; es el caso de los padres, en especial la madre: una mayor educación de la madre le permitiría identificar oportunamente los signos y síntomas de la enfermedad y calificar su gravedad, así como el beneficio de las acciones de carácter preventivo (inmunizaciones, educación para la salud, detecciones, etc.), por lo que se espera que una familia con mayor nivel educativo demandaría y utilizaría mas los servicios de salud.

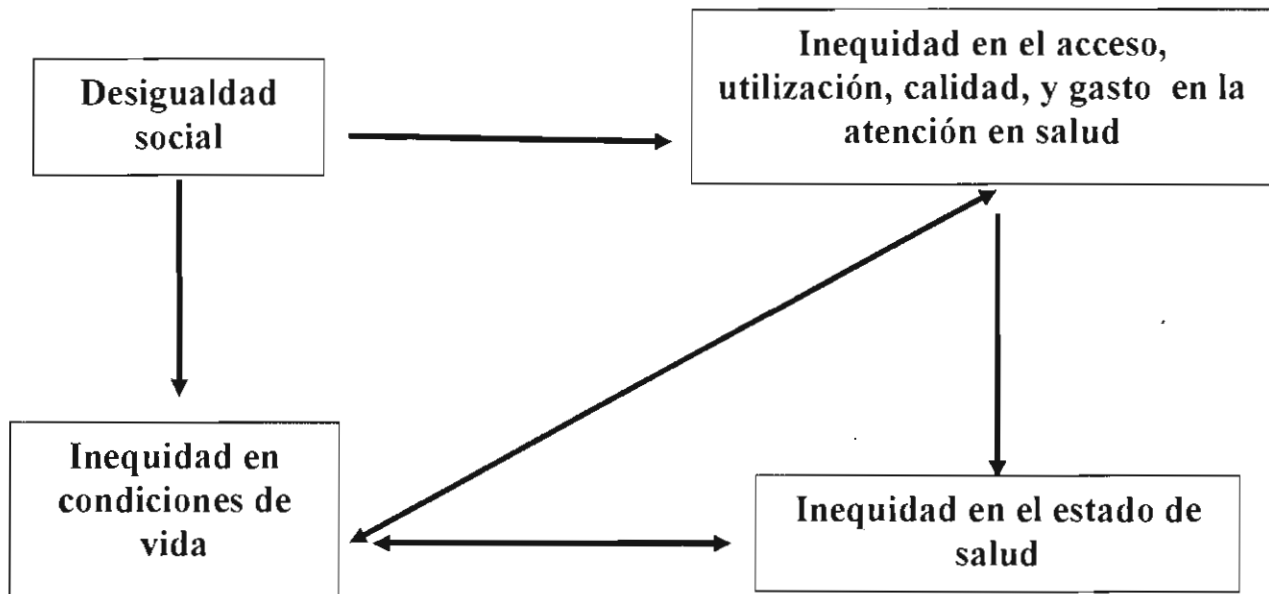
Ante la necesidad de desarrollar una línea de investigación para profundizar en el entendimiento entre los macro determinantes de salud (sociales, económicos, de genero, étnico, etc.) y las desigualdades a nivel local, nacional y regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁴⁹ lleva a cabo iniciativas de investigación en desigualdades e inequidades en condiciones de salud y atención de salud, considerando datos secundarios de los censos y de las encuestas de

salud en hogares para permitir la formulación de propuestas de políticas de salud. Se hace la distinción entre desigualdad e inequidad. Desigualdad indica diferencias relevantes y sistemáticas entre individuos y grupos sociales en una dada población, pero inequidad significa que la desigualdad observada es además innecesaria e injusta. Equidad significa que las necesidades de las personas guían la distribución de oportunidades de bienestar. Buscar la equidad en el estado de salud y en la atención de salud (Recursos, procesos de atención, disponibilidad, accesibilidad, utilización, calidad, etc.) implica tratar de reducir las brechas evitables en las condiciones de salud de las personas y en su acceso, utilización y gasto en atención de salud entre grupos con niveles sociales y económicos diferentes.

En la *figura 5* se presenta una versión simplificada de una compleja cadena de determinaciones que son la base para analizar la desigualdad y la inequidad en diferentes ámbitos de la atención a la salud y en el estudio del estado de salud de las poblaciones. Las desigualdades sociales llevan a inequidades en condiciones de vida así como a inequidades en atención de la salud (accesibilidad, utilización, calidad) y en gastos en atención de salud y estos a su vez interaccionan entre sí para causar inequidades en el estado de salud. Inequidades en salud indica inequidades en el estado de salud de la población, en acceso, utilización, y gasto en atención de la salud. La inequidad en salud significa la existencia de una desigualdad en materia de salud observada entre los diferentes grupos poblacionales, pero que es innecesaria e injusta.

A partir de este marco teórico se puede abordar el problema específico de la búsqueda de atención a los problemas de enfermedad, ya sea mediante autoatención o la utilización de los servicios institucionales de salud y se pueden explorar pues las desigualdades e inequidades, así como sus determinantes a nivel de políticas macroeconómicas y políticas sociales y de salud y sugerir algún tipo de intervención que pueda mejorar los niveles de salud y bienestar de la población en determinados contextos.

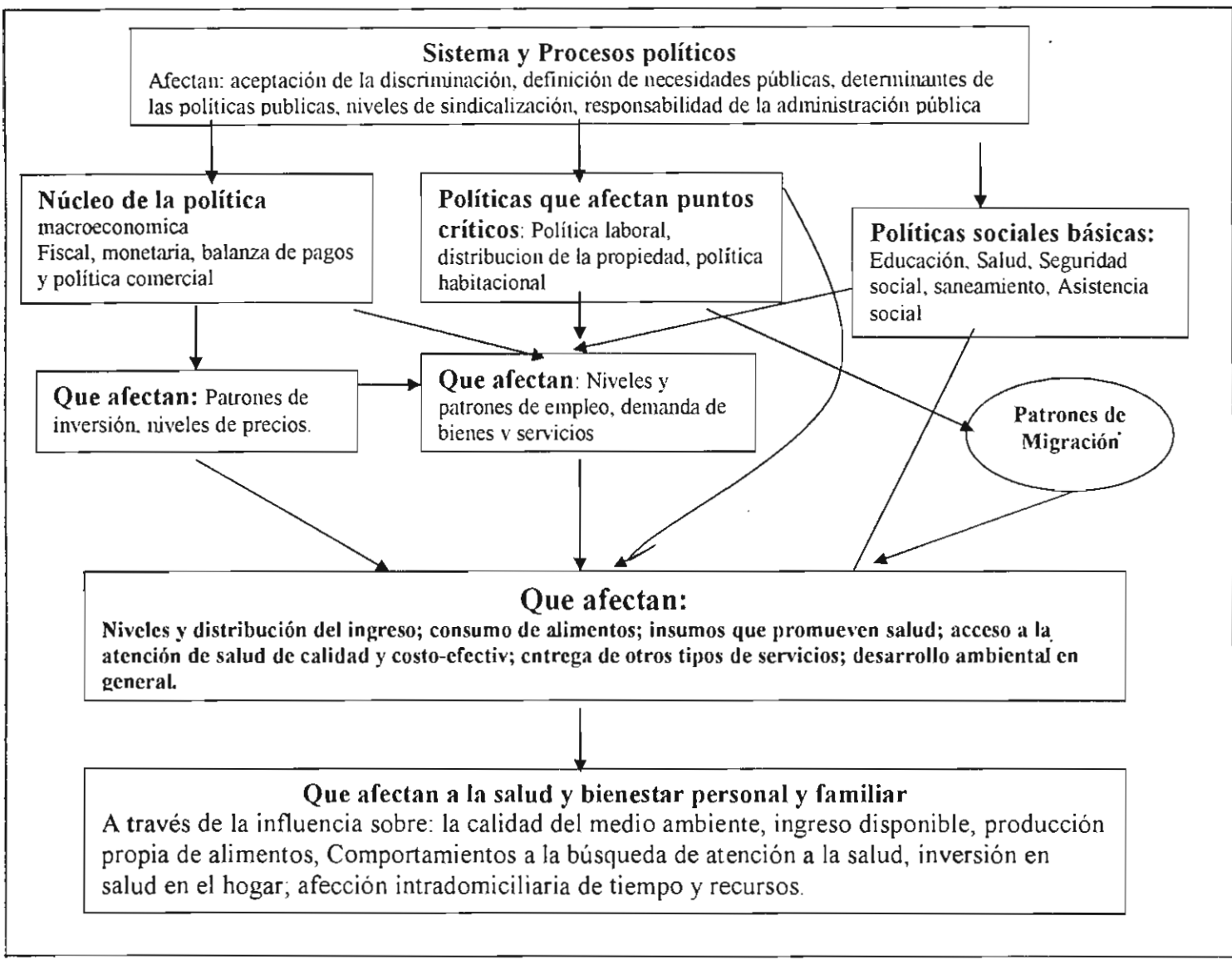
Figura 5. La desigualdad social como determinante de inequidad



Whitehead y Diderichsen^{50, 51} en una propuesta para el estudio de las inequidades en salud, desarrollada por la Fundación Rockefeller, plantean un análisis de determinantes en el ámbito de las relaciones de las políticas públicas con el estado de salud, el acceso y la utilización de servicios de atención a la salud y propone algunas intermediaciones posibles. Plantea que el sistema político nacional y los procesos políticos afectan la definición de necesidades públicas, determina las políticas públicas y establece la responsabilidad del sistema en el

ámbito de la administración pública y divide en tres áreas de política determinadas por el sistema. Por un lado la política macroeconómica que tiene que ver con la política fiscal, monetaria y comercial que afecta por un lado los patrones de inversión nacional, regional y local y los niveles de precios de los bienes de consumo así como los niveles y patrones de empleo y la demanda de bienes y servicios. Otro ámbito son las políticas sociales básicas que incluyen: salud, seguridad social, educación, asistencia social, etc. y que afectan los niveles y patrones de empleo, la oferta y la demanda de bienes y servicios. Además propone el ámbito de las políticas que afectan puntos críticos entre las que destaca la política laboral y que tiene que ver con los niveles y patrones de empleo. Estos tres ámbitos de políticas mediante las intermediaciones que mencionamos afectan los niveles y distribución del ingreso, el consumo de alimentos, la disponibilidad de insumos para la salud, el acceso a la atención de salud de calidad, la utilización de los servicios y el consumo de otros tipos de servicios que en su conjunto finalmente afectan la salud y el bienestar individual y familiar (Figura 6).

Figura 6. Intermediaciones entre sistema y procesos políticos y la salud y bienestar personal y familiar



Entendido el proceso salud-enfermedad-atención como un proceso social, determinado históricamente, las condiciones de vida de una sociedad determinan las diferentes formas de enfermar, morir y buscar atención, las cuales variaran de un momento histórico a otro, de una región a otra y de un grupo social a otro.

La explicación de la enfermedad debe trascender el ámbito meramente biomédico pues las causas últimas se encuentran al nivel de lo social.

Las condiciones generales de vida y las formas de enfermar, morir o atenderse son fenómenos colectivos o poblacionales que se expresan a nivel individual. De esta manera, cada grupo social tiene ciertas características sociales como nivel de ingreso, escolaridad, cultura, residencia, nivel de acceso a los servicios de salud, que le permiten de acuerdo a la necesidad, percepción de estado de salud y percepción de la gravedad de la enfermedad y de las características de los servicios a que tiene acceso, definir si opta por la auto atención o por la utilización de los servicios para resolver su situación de enfermedad y buscar mejorar su estado de salud.

Por otro lado, la situación social general determina las características de los servicios de salud, los cuales en una sociedad desigual, de acuerdo a esta determinación tenderán a ser de carácter multiinstitucional, reproduciendo la desigualdad en la disponibilidad, lo que determina la accesibilidad y la utilización diferencial por los grupos poblacionales.

Para efectos de este trabajo, consideraremos que la situación económica, social y política de una sociedad en un momento histórico, determina por un lado las características de la población y por otro, las características del sistema de

servicios de salud que facilitarían u obstaculizarían la utilización de los servicios de salud.

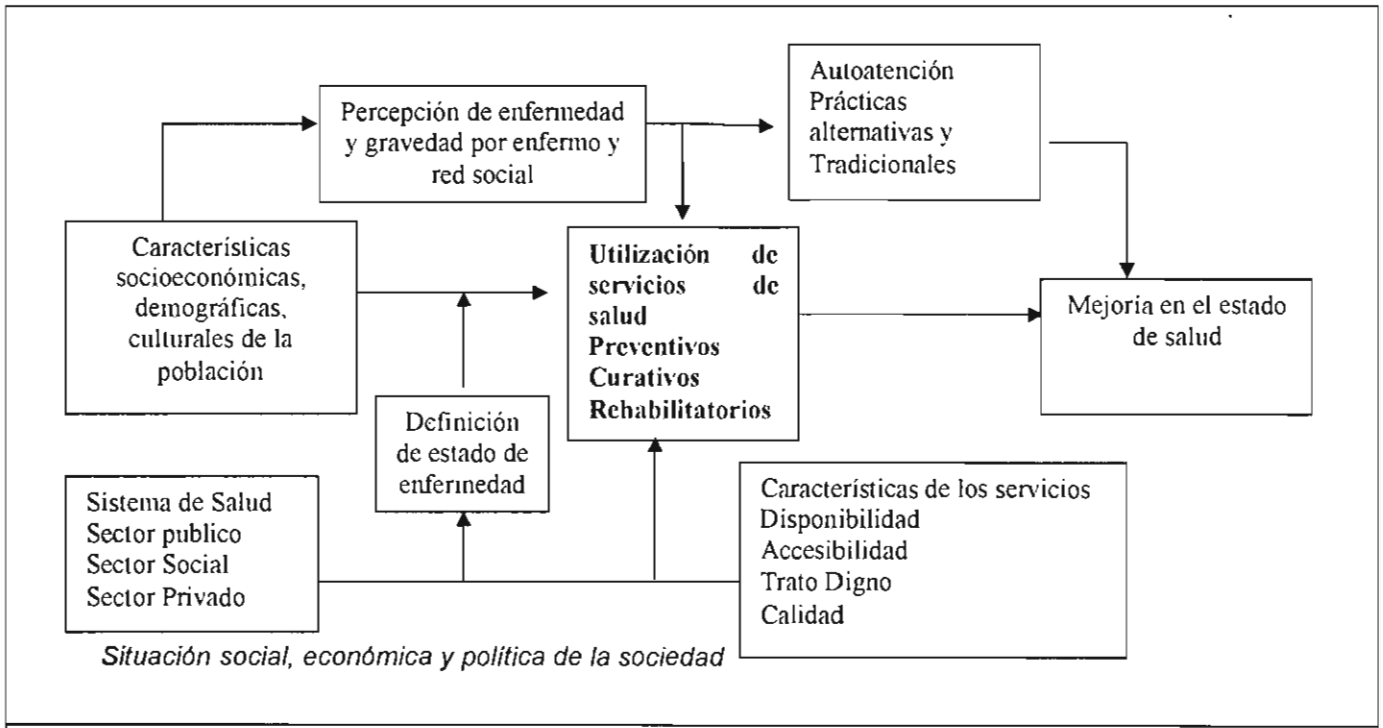
Entre las características de la población que se pueden mencionar como importantes se considera al sexo, ya que las mujeres, por ser las responsables de la salud familiar por su rol social, recurrirán con mayor frecuencia a la utilización de servicios. En cuanto a la edad, esta se asocia con la percepción de gravedad de la enfermedad en el caso de los niños menores de 5 años y de los ancianos, por lo que se prefiere recurrir a la atención médica. Se considera que de acuerdo a un mayor nivel escolar y por su acceso a la información médica, la población prefiere el uso de servicios de salud. En cuanto a la percepción de gravedad de la enfermedad, las personas que consideran de moderado a grave su padecimiento, buscarán utilizar los servicios por sobre otras formas de atención; Cuando se considera como leve el padecimiento, de acuerdo a su capacidad de pago, las personas recurren a la autoatención o automedicación.

Por parte de las instituciones de salud, al incrementarse la frecuencia de enfermedades, se incrementan las medidas de control epidemiológico y se promueve la utilización de servicios. A pesar de los obstáculos organizacionales (tiempos de espera largos, sistemas de referencia, etc.), la población de escasos recursos tanto derechohabiente de la seguridad social, como usuaria de la asistencia social, no le queda otro recurso que utilizar los servicios de salud ante su precariedad económica que no le permite otra opción.

En función de la percepción de la enfermedad y de sus condiciones generales de vida, así como de las características del sistema de servicios, la población optará

por la utilización de los servicios de salud o por la búsqueda de auto atención, automedicación y uso de prácticas alternativas para resolver su situación de enfermedad y mejorar su estado de salud' (Figura 7).

Figura 7. Determinantes de la utilización de los servicios de salud



Ante una situación de crisis económica como la ocurrida en 1994-1995 en México, las condiciones de vida de los sectores socioeconómicos medios y bajos empeoran, repercutiendo en un incremento en la frecuencia de enfermedad, ocasionando una mayor demanda de servicios de salud y una mayor utilización.

HIPOTESIS / EXPECTATIVAS EMPIRICAS

- Existe una relación entre factores socioeconómicos y demográficos que caracterizan a México en 1994 y 2000 y las formas que la población adoptó para buscar atención a sus problemas de salud.
- Los cambios en los patrones de utilización de servicios de salud y otras formas de búsqueda de atención empleados por la población entre 1994 y 2000 estuvieron determinados por la situación de crisis económica que caracterizó ese período.

METODOLOGIA

De acuerdo al problema planteado y a los objetivos propuestos, se trata de un estudio de tipo transversal descriptivo.

El universo de estudio estuvo conformado por la población nacional de 1994 y 2000. A través de un muestreo multietápico estratificado, utilizando el Marco Muestral Jurisdiccional de Viviendas de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, se seleccionaron y encuestaron en la Encuesta Nacional de Salud 1994 a 64,000 personas y en 2000 a 190,214 personas, seleccionadas de manera representativa de 5 regiones de estudio en el país.

Las fuentes de información del presente trabajo fueron las bases de datos de la ENSA 1994 y 2000, proporcionadas por el Centro Nacional de Encuestas del Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP).

Se incluyeron en el estudio las personas que reportaron algún problema de salud en los quince días previos a la aplicación de las encuestas; 5,460 personas en 1994 y 26,900 en el año 2000.

Para este trabajo, se revisaron los formatos de encuesta de 1994 y 2000, se identificaron las variables equivalentes (anexo 1) y se seleccionaron variables sociodemográficas, de enfermedad y de servicios de salud.

Los problemas de salud seleccionados fueron: enfermedades intestinales (CIE, 1-9); infecciones agudas del aparato respiratorio (CIE, 460-487); diabetes mellitus (CIE, 250); hipertensión arterial esencial (CIE 401) y los síntomas generales (CIE780), que en conjunto representaron más del 50 % de los problemas de enfermedad referidos por los encuestados en la ENSA 2000.

Definición operacional de las variables:

La **utilización de servicios de salud** se comprende como un resultado de la interacción entre las características del paciente, del proveedor de los servicios y de los atributos del sistema de atención y se considera como una de las variables que permite analizar la interacción entre población y servicios de salud.⁵² Para efectos de este trabajo, se expresara como utilización de atención médica, otorgada por médicos, enfermeras y/o odontólogos.

Del mismo modo, nosotros consideramos a la **autoatención** como el recurso de búsqueda de otras formas de enfrentar los problemas de salud-enfermedad expresado a través los cuidados que se auto- proporciona la persona que padece la enfermedad o la atención brindada por algún familiar, amigo, vecino, farmacéutico, curandero, partera, hierbero, etc.

Procesamiento de los datos:

Se recortaron las bases de datos de la encuesta nacional de salud de 1994 y 2000, obteniendo la información de las personas que reportaron algún padecimiento en los 15 días previos. La información se proceso en el programa STATA versión 7.0 y los resultados se presentan en cuadros y gráficos realizados mediante EXCELL.

Se analizaron la forma de atención (auto atención y utilización de servicios), la prescripción de medicamentos, los motivos de no-atención médica como variables dependientes. Para ello se elaboró un modelo análisis que incluyó como variables independientes: Edad, sexo, derechohabiencia a la seguridad social, contar con seguro privado, estado de salud, percepción de gravedad de la enfermedad (leve,

regular o grave), y región socioeconómica (Norte, Centro, Sur/este y golfo, Zona Metropolitana de CD. De México y Región PASSPA)¹. Esta última región incluye los estados de mayor pobreza en el país.

Se realizó un análisis univariado de las variables mencionadas, comparándolas mediante frecuencias simples y porcentajes entre 1994 y 2000, y un análisis bivariado, correlacionando las variables independientes y dependientes mediante frecuencias simples y porcentajes, comparando los resultados entre 1994 y 2000.

Características de las Encuestas Nacionales de Salud 1994 y 2000:

“Con base en consideraciones metodológicas, como son la frecuencia del evento a estudiar y las tasas de no-respuesta entre otros, y de acuerdo a fines operativos, se decidió agrupar el conjunto de entidades federativas en cinco regiones de estudio, y seleccionar para cada región, un número aproximado de viviendas de 2520 para 1994 y alrededor de 7000 para el año 2000. Para la selección de las viviendas, en cada región se realizó un muestreo polietápico estratificado, utilizando el marco muestral jurisdiccional de viviendas de la Dirección General de Epidemiología de la SSA. Con el fin de lograr una distribución adecuada de las viviendas por estado, la muestra asignada para cada región se distribuyó de manera proporcional al tamaño de la entidad federativa, fijando un mínimo muestral de 100 viviendas para los estados más pequeños. En total, en 1994 se recabó la información de 61 524 individuos y para el año 2000, la información de 190 214 personas. La información se recolectó mediante la aplicación de un

¹ Región socioeconómica; Norte (Baja California, Baja California Sur, Sonora, Chihuahua, Sinaloa, Coahuila, Nuevo León, Tamaulipas, Durango y Zacatecas); Centro (San Luis Potosí, Guanajuato, Querétaro, Michoacán, México, Tlaxcala, Nayarit, Aguascalientes, Jalisco y Colima); Zona Metropolitana Ciudad de México (Distrito Federal); Región PASSPA (Hidalgo, Oaxaca, Guerrero y Chiapas) y Sureste/Golfo (Morelos, Puebla, Veracruz, Campeche, Tabasco, Yucatán y Quintana Roo).

cuestionario con reactivos que abordaron aspectos relativos a la morbilidad aguda y crónica, así como aquellos sobre ocupación y educación de los ocupantes de la vivienda. Se identificó a los integrantes del hogar que solicitaron algún tipo de servicios de salud en los últimos 15 días previos al levantamiento de la encuesta y se entrevistó a cada uno de los usuarios de los servicios de salud sobre su derechohabencia, el tipo de institución a la que acudieron, quien los atendió, la causa que motivó su atención y aspectos relacionados con costos y satisfacción del usuario”.

Nota acerca del empleo de información de encuestas nacionales

La reducción de la pobreza, el mejoramiento del estado de salud de la población y el incremento de la equidad social se encuentran entre los principales objetivos de los gobiernos y de las instituciones multilaterales. Aunque mucho se ha aprendido en los años recientes, persiste la necesidad de conocer mejor el impacto de las políticas gubernamentales sobre el bienestar de los hogares, sobre todo de los más pobres, de América Latina y el Caribe. Para ello es imprescindible contar con información precisa sobre las características y comportamiento de los hogares: por ejemplo, fuentes de ingreso, ubicación geográfica, características socio-demográficas, hábitos alimentarios, uso de servicios sociales, servicios de salud, etc. Esta tarea requiere disponer de información de los hogares y comunidades a escala nacional, comparable en el tiempo, y que sea simultáneamente confiable, oportuna y relevante.

Durante las últimas dos décadas, y particularmente durante los últimos diez años, los países han adquirido mucha experiencia en el levantamiento de encuestas de

hogares. En principio, se han llevado a cabo tres tipos de encuestas: las *Encuestas de Hogares* (o *de Empleo*) propiamente dichas, las cuales se levantan con una frecuencia de por lo menos una vez al año, usualmente cubriendo sólo las áreas urbanas, y cuyo principal objetivo es medir el desempleo y el subempleo.

Las *Encuestas de Ingresos y Gastos*, que se recolectan cada cinco o diez años en algunos de los países y con mayor frecuencia en otros.

Las terceras son las encuestas enfocadas en *la Medición de las Condiciones de Vida*, tal como las encuestas del proyecto de los "Living Standards Measurement Surveys" (LSMS) promovidas y auspiciadas por el Banco Mundial, la encuesta de caracterización socio-económica (CASEN) en Chile y la Encuesta Nacional de Salud en México.

Aunque aparentemente se dispone de un gran número de encuestas a nivel de los hogares, el problema es que pocas combinan las características de ser al mismo tiempo confiables, oportunas, comparables en el tiempo y que incluyan toda la información requerida para llevar a cabo el análisis del impacto de las políticas sobre los grupos más pobres. Las deficiencias varían según el caso, pero las que se observan con mayor frecuencia son:

a) *Cobertura insuficiente*: En algunos países todavía no se dispone de encuestas de cobertura nacional y sólo se cubre el área urbana. Esto ocurre aún cuando en la mayoría de los países la incidencia de la enfermedad y la muerte, así como la pobreza, es mayor en las zonas rurales. No contar con información para las zonas rurales representa una limitación seria para el conocimiento de la situación de

vida y salud y para poder enfocar las políticas sociales hacia los grupos pobres de manera adecuada.

b. *Cuestionarios con propósitos restringidos*: Los sistemas de encuestas de hogares más frecuentemente aplicados son diseñados esencialmente con un sólo propósito. Por ejemplo, las Encuestas de Hogares, son primariamente utilizadas para medir el empleo y el desempleo. Las encuestas de propósitos múltiples, como son las Encuestas de Medición de los Niveles de Vida (las LSMS del Banco Mundial y CASEN en Chile) generalmente se hacen a grandes intervalos de tiempo o, como es el caso en muchos países, simplemente no existen.

c. *Problemas de confiabilidad de los datos*: Otro problema importante que se observa con gran frecuencia en las encuestas existentes es la tendencia a subestimar en forma muy significativa los ingresos y gastos de los hogares. Como consecuencia, tanto los gobiernos como las agencias multilaterales e investigadores académicos se sienten obligados a corregir los datos primarios para eliminar la subestimación mediante la aplicación de métodos que inevitablemente se basan en supuestos arbitrarios. Desafortunadamente, los factores utilizados para corregir la subdeclaración no son triviales. El problema se agrava por el hecho de que el grado de subestimación tiende a variar en el tiempo y por ende es incluso posible encontrar que la incidencia de la pobreza y la enfermedad se muevan en direcciones opuestas según si se usan los datos primarios o los datos corregidos.

d. *Integración insuficiente con otras fuentes de información*: Los marcos muestrales de las encuestas de hogares generalmente están basados en los censos de población. Sin embargo, más allá de esto generalmente no hay mucha

integración entre las encuestas de hogares y otras bases de información y, por lo tanto, hay muy poca compatibilización de la información proveniente de diferentes fuentes.

e. *Contenido limitado*: muchas encuestas escasamente incluyen información acerca del acceso de los individuos y los hogares a servicios sociales y de salud. Además, mucha información que sería relevante tener para el mismo hogar se recoge por separado. Por ejemplo, encuestas agropecuarias generan información sobre la unidad de producción de los hogares campesinos, pero poco sobre las características socio-demográficas del hogar, mientras que las encuestas de hogares y las de ingresos y gastos sí contienen esta última pero no la primera. Una situación similar tiende a ocurrir con encuestas de salud y educación.

A veces se critica a las encuestas de hogares por lo largo que es el proceso para recabar y procesar los datos y, aparentemente, la poca utilidad inmediata para fines de políticas. Sin embargo, las nuevas tecnologías de computación han acortado en forma muy significativa el tiempo requerido para procesar la información de las encuestas y en la actualidad estas tecnologías ya están en uso en muchos países de la región. Más importante es la duda sobre la relevancia y utilidad del contenido de las encuestas. Esta deficiencia es en gran parte el resultado de la existencia de una brecha grande entre los 'usuarios' y los 'productores' de la información. Los usuarios potenciales involucrados en el diseño, implementación y evaluación de políticas sociales generalmente no son consultados, o lo son de forma muy marginal, acerca del diseño de las encuestas de hogares. Esto tal vez explique, en parte, la subutilización de la información de las encuestas de hogares para fines de análisis de políticas.

También es frecuente que los funcionarios que formulan y deciden sobre la política social en los ministerios de educación, salud, bienestar social y en otras partes del sector público, por diversas razones, no tienden a basar sus análisis y evaluaciones de políticas y servicios en el uso sistemático de indicadores sociales y metodologías rigurosas para el seguimiento y la evaluación de las acciones en el ámbito de la política social. En consecuencia, los productores de los datos en las oficinas de estadística no tienden a recibir demandas suficientemente bien articuladas sobre el tipo de información que tienen que generar, ni reciben las observaciones constructivas necesarias para mejorar las encuestas en términos de su utilidad y relevancia para fines de políticas.

Actualmente, las agencias multilaterales recomiendan con cierto vigor el uso de las encuestas nacionales de hogares para establecer de modo más sistemático, indicadores sociales para la identificación y el análisis del estado de salud, de utilización de servicios, de la pobreza y de la aplicación de sistemas de monitoreo y evaluación de políticas sociales. De igual manera esta necesidad ha sido expresada por un gran número de los gobiernos. Sin embargo, la satisfacción de esta necesidad básica se ve dificultada por las debilidades estructurales que caracterizan los sistemas nacionales de información, en particular en lo que se refiere a datos sociales. Por ello se considera que las encuestas nacionales de hogares y a nivel comunitario de propósitos múltiples (ingreso, salud, educación, servicios, etc.) constituyen un elemento clave para que los sistemas nacionales de información puedan servir para el análisis y la evaluación de las condiciones generales de vida, del estado de salud de la población y de la efectividad de las

políticas económicas y sociales que ponen prioridad en buscar soluciones para los problemas de salud, de la pobreza y la falta de equidad social.

Uno de los propósitos de este trabajo es fortalecer la capacidad para analizar sistemas de encuestas de propósitos múltiples sobre aspectos relacionados con el estado de salud y utilización de los servicios de salud en México.

Principios éticos

El presente trabajo se plantea presentar los resultados en términos objetivos, de acuerdo a la información contenida en las bases de datos, comprometidos con la verdad, sin modificar en nada la información recibida, aceptando las limitaciones que ello implica como no el haber podido construir estratos de población de acuerdo a ingreso y nivel educativo, que desde el punto de vista teórico nos hubiera acercado más a la aseveración de la determinación de la utilización de los servicios por la crisis económica del país.

Cabe hacer un reconocimiento al Dr. Gustavo Olaiz Fernández, Director del Centro Nacional de Encuestas del INSP, por su colaboración proporcionando las bases de datos utilizadas en este trabajo; al Dr. Rene Leyva Flores, por su orientación como Director de Tesis y por su apoyo solidario, que determinó la realización del presente trabajo; a la Dra. María de la Luz Kageyama, por su asesoría en cuestiones metodológicas y a las autoridades de la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco por su comprensión y apoyo para la revisión, aceptación y presentación del trabajo como Tesis para la obtención del grado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La encuesta nacional de salud de 1994, incluyó a 61 524 individuos y la del año 2000 a 190 214 personas, de manera representativa de 6 regiones del país. La información recabada muestra una distribución por sexo (cuadro 1 y Gráfica 1) homogénea en ambas encuestas, con diferencias poco significativas, con un índice de masculinidad de 0.98 para 1994 y 0.91 para el 2000.

Cuadro 1. Distribución de la población encuestada según genero México, 1994-2000

Sexo	1994		2000	
	No	%	No	%
Hombres	30 454	49.5	90 415	47.5
Mujeres	31070	50.5	99 799	52.5
Total	61524	100	190 214	100

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Uno de los aspectos más importante en la accesibilidad y utilización de servicios de salud es la condición de derechohabiente (cuadro 2 y gráfica 2) a instituciones de seguridad social. Para el año 1994 el 39.3 % de la población estaba asegurada, mientras que para el año 2000, el porcentaje de asegurados aumenta 2 % para llegar al 41.3 %. El aumento parece poco significativo para los 6 años transcurridos. Estos datos contrastan con los resultados de la encuesta Nacional de Salud I levantada en 1988, que reporto una cobertura de población asegurada de 49.5 %, es decir un 9 % arriba de 1994 y un 7 % arriba del 2000. Esto indica que en los últimos 12 años, cerca de 8 millones de mexicanos han dejado de ser asegurados pasando a incorporarse a la población abierta que demanda servicios de salud de las instituciones públicas como la SSA, DIF, IMSS-Solidaridad, servicios estatales y municipales de salud. Ello refleja el impacto de la crisis económica, al disminuir el número de asegurados, seguramente hubo una

disminución en la generación de empleos o una reducción del número de trabajadores asegurados.

**Cuadro 2. Derechohabiencia según año
México, 1994-2000**

Derechohabiencia	1994		2000	
	No	%	No	%
DH	24 179	39.3	77 475	41.3
No DH	37345	60.7	110 301	58.7

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Por otro lado, se observa que existe una variación leve a la baja en el porcentaje de población que cuenta con seguro privado al pasar del 0.8 % en 1994 a un 0.75 % para el 2000. Sin embargo si observamos al interior de la población con seguro privado, esta disminución representa un decremento del 6.6 % en el número de asegurados privados que serían alrededor de 50 mil mexicanos que dejaron su seguro privado y pasaron a la seguridad social o a la población abierta (cuadro 3 gráfica 3).

**Cuadro 3. Derechohabiencia según institución
México, 1994-2000**

Derechohabiencia	1994		2000	
	No	%	No	%
Seguridad social	23 748	38.6	76 073	40.5
Seguro privado	4 922	0.8	1 402	0.75
Población abierta	37 345	60.7	110 301	58.7

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Aun cuando la utilización de los servicios de salud se asocia con la condición de aseguramiento de la población, fracciones importantes de población asegurada y no asegurada prefieren hacer uso de los servicios privados y población asegurada que prefiere los servicios de carácter público de salud. Esto se aprecia a través de la preferencia de atención, en la que se observa que para 1994 el 30.26 % prefiere

atenderse en instituciones de seguridad social, el 37.48 manifiesta preferir los servicios privados y el 32.1 los servicios públicos. Para el año 2000 no se aprecia un cambio significativo en la preferencia por las instituciones de seguridad social al reportarse un 31.1. %, y se observa una disminución en la preferencia por los servicios privados del 12 %, al disminuir a un 25.5 %. Por otro lado se aprecia un aumento significativo en la preferencia por servicios públicos, al incrementares las preferencias en un 9 % alcanzando un 41.3 %. Ello apunta a uno de los efectos de la crisis, en el sentido de que, al disminuir la capacidad de pago de servicios privados, se opta por utilizar más los servicios de la seguridad social y de los servicios públicos en función de su menor costo.

**Cuadro 4. Preferencia de atención según servicio
México, 1994-2000**

Preferencia atención	1994		2000	
	No	%	No	%
Seguridad social	18 322	30.26	58 166	31.1
Servicio privado	22 889	37.48	47 768	25.5
Servicio publico	19 862	32.10	77 258	41.3

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Según derechohabiencia (cuadro 5 y gráfica 6), se observo que en 1994 que el 65.2 % de los derechohabientes, prefería (cuadro 4 y gráfica 4) atenderse en sus instituciones de seguridad social, el 23.1 % en servicios privados y el 11.3 % utilizar servicios de asistencia social (SSA, DIF, y otros). Para el año 2000 se aprecia un cambio importante al incrementarse la preferencia por sus instituciones al 74.3 % y disminuir la preferencia de los servicios privados en un 8 %. Los no derechohabientes preferían en 1994 un 46.6 % servicios privados y un 46 % servicios de asistencia social y el 7.6 % hacer usos de instituciones de seguridad social. Para el año 2000, se incrementa la preferencia por la asistencia social en

un 16 % al pasar al 65.6 %, y disminuye la preferencia por los servicios privados de un 46.6 % en 1994 a un 32.8 % para el año 2000. También disminuye la preferencia por la seguridad social de 7.6 % en 1994 al 1.6 % en el 2000.

**Cuadro 5. Preferencia de atención según derechohabiencia
México, 1994-1995.**

Preferencia de atención	Derechohabiencia			
	Derechohabientes		No Derechohabientes	
	1994 %	2000 %	1994 %	2000 %
Seguridad Social	65.2	74.3	7.6	1.6
Servicio Privado	23.1	16.7	46.6	32.8
Asistencia Social	11.3	9.0	46.0	65.6
Total	100	100	100	100

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Las encuestas captaron el estado de salud de la población a través de la percepción de los encuestados (cuadro 6). En 1994, el 67.1 % reporta su estado de salud como bueno, el 29.4 % como regular y el 3.5 como malo. Se observa una percepción de empeoramiento del estado de salud en el 2000 ya que disminuyó el porcentaje que reportó estado de salud buena y se incrementó a 34.6 % el regular y a 6 % el estado de salud malo.

Cuadro 6. Percepción del estado de salud, México 1994-2000

Edo.Salud	1994		2000	
	No	%	No	%
Bueno	41 283	67.1	112 921	59.4
Regular	18 088	29.4	65 747	34.6
Malo	2 153	3.5	11 546	6.0

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Los resultados obtenidos respecto a morbilidad muestran que en 1994 el 10.1 % de la población reporta algún problema de enfermedad, molestia o accidente en el lapso de los 15 días previos a la encuesta. Para el año 2000 se observó un incremento del 4.3 % al reportarse el 14.4 % con algún padecimiento, lo que corrobora el resultado del cuadro anterior de un empeoramiento de la situación de salud-enfermedad (cuadro 7 y gráfica 7).

Cuadro 7. Situación de salud, México, 1994-2000

Situación de salud	1994		2000	
	No	%	No	%
Sanos	55 310	89.9	162 087	85.6
Enfermos	6 214	10.1	27 177	14.4

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Las infecciones respiratorias agudas fueron las que se reportaron con mayor frecuencia en ambas encuestas, seguidas de los síntomas generales, enfermedades gastrointestinales, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Se observa la presencia de dos padecimientos transmisibles y de dos padecimientos crónicos entre los problemas de enfermedad mas frecuentes. Llama la atención el incremento de las infecciones respiratorias agudas en el año 2000, al pasar del 27.3 % en 1994 al 50.5 % en el 2000. En el resto de los padecimientos no se observan cambios significativos entre 1994 y el 2000 (cuadro 8 y gráfica 5).

Cuadro 8. Principales causas de atención, México ,1994-2000

Enfermedad	1994		2000	
	No	%	No	%
Infecciones Respiratorias agudas	1492	27.3	13 674	50.5
Síntomas Grales.	366	6.7	1 345	5.0
Enf. Gastrointestinales	5 464	4.4	1 336	4.9
Hipertensión Arterial	224	4.1	756	2.8
Diabetes Mellitus	120	2.2	484	1.8
Otras	3 022	55.3	9493	35.0

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Entre la población que reportó algún problema de salud se recabó la percepción de gravedad de su enfermedad, y para 1994 el 35.7 % la percibió como leve, el 44.1 % como moderada y el 20.2 % como grave, mientras que para el año 2000 aumento al 51.3 % la percepción de leve, disminuyendo a 29.8 % regular y a 18.9 % la grave. En general los datos apuntan hacia un empeoramiento en el estado de salud, un aumento en la morbilidad y en la frecuencia de infecciones respiratorias agudas, pero a una disminución en la percepción de gravedad de los padecimientos.

Cuadro 9. Percepción de gravedad de la enfermedad, México, 1994-2000

Percepción de la enfermedad	1994		2000	
	No	%	No	%
Leve	1943	35.7	13 790	51.3
Moderada	2401	44.1	8 009	29.8
Grave	1097	20.2	5 072	18.9

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Del total de personas que refirieron algún padecimiento y que buscaron solución a su problema de enfermedad, en 1994 el 60.8 % se auto atendió y el 39.2 utiliza los servicios de salud, mientras que para el año 2000 el 40.6 se auto atendió y el 59.6 utilizan servicios de salud para su problema de enfermedad (cuadro 10 y gráfica 8).

Esto muestra un cambio significativo en los patrones de utilización al invertirse los porcentajes. La disminución de la auto atención y el incremento de la utilización de los servicios de salud se pueden explicar por la situación de crisis mencionada en los antecedentes. La crisis ocasionó una disminución del ingreso y de la capacidad

de pago de bolsillo, y condiciona una mayor utilización de los servicios de salud de carácter social y público.

Cuadro 10. Tipo de atención, México, 1994-2000

Tipo atención	1994		2000	
	No	%	No	%
Autoatención	3320	60.8	10 938	40.6
Atención Médica	2144	39.2	16 033	59.6
Total	5 464	100	26 971	100

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

La utilización de medicamentos se incrementó de 1994 al 2000 ya que el 71.6 % de los enfermos los utilizó en 1994, y el 82.4 % el año 2000. (Cuadro 11 y gráfica 9).

Cuadro 11 Población que utilizó medicamentos, México, 1994-2000

Uso de medicamentos	1994		2000	
	No	%	No	%
Sí	3 908	71.6	22 157	82.4
No	1556	28.4	4 725	17.6
Total	5 464	100	26 882	100

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

De los que utilizaron medicamentos, el 49.2 % lo uso por medio de auto atención, mientras que el 50.8 % lo uso por prescripción médica, en 1994; mientras que para el año 2000, disminuyo el uso por auto atención al 29.3 % y se incremento el uso por prescripción médica al 70.7 %. Esto fortalece el planteamiento de que por efecto de la crisis, disminuye la auto atención y la automedicación en función de la disminución de la capacidad de pago y se incrementa la utilización de los servicios de salud sobre todo institucionales (seguridad y asistencia social que otorgan

servicios y medicamentos gratuitos o a bajo costo) generando una mayor utilización de medicamentos por prescripción médica (Cuadro 12 y gráfica 10).

**Cuadro 12. Utilización de medicamentos, según tipo de atención
México, 1994-2000**

Quien recomendó medicamento	1994		2000	
	No	%	No	%
Autoatención	1924	49.2	6 491	29.3
Prescripción médica	1984	50.8	15 666	70.7
Total	3 908	100	22 157	100

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Según grupos de edad, de la población enferma que recibió atención médica, entre 1994 y el año 2000 no se observan diferencias significativas, siendo el grupo de 15-49 años quien recibió atención en mayor porcentaje, seguido por el grupo de 0-4 años. Mendoza-Sassi R. y Beria H,⁵³ Refieren que los grupos extremos (niños y ancianos) utilizan más los servicios que los otros grupos de edad, y esto ocurre independientemente del país en cuestión. De la misma manera, Juraci C, et al.⁵⁴ encontraron que la utilización de servicios de hospitalización es mas frecuente en casos de enfermedad de niños menores de 5 años, sobre todo cuándo las madres son de escasos recursos económicos y de baja escolaridad. Sin embargo en este estudio los resultados son diferentes, ya que la mayor frecuencia de utilización se ubica en el grupo de 15 a 49 años. Una posible explicación sería que este grupo de edad se corresponde con las mujeres en edad fértil. Habría que profundizar en el estudio de la utilización de servicios por parte de este grupo de edad, y sobre todo, las mujeres.

En el caso de los enfermos que recurrieron a la auto atención, en 1994, el grupo de 15-49 recurrió con mayor frecuencia, seguido del grupo de 50-64, observándose un cambio para el año 2000 en donde se observa un incremento en los grupos de 0-4 de 3 puntos porcentuales, y el de 5-14 años con 6 puntos porcentuales.

**Cuadro 13. Forma de atención según grupos de edad
México, 1994-2000**

Gpos. De edad	Formas de atención							
	Atención Médica				Autoatención			
	1994		2000		1994		2000	
No	%	No	%	No	%	No	%	
0-4	354	16.5	3 222	20.1	389	11.1	1 597	14.6
5-14	330	15.4	2 939	18.3	491	14.8	2 287	20.9
15-49	888	41.4	6 173	38.1	1529	46.1	4 888	44.7
50-64	338	15.8	2 090	13.0	513	15.5	1 265	11.6
65 y más	234	10.9	1 598	10.0	398	12.0	892	8.1
Total	2 144	100	16 022	100	3 320	100	10 929	100

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Según genero (cuadro 15 y gráfica 12), de los enfermos que recibieron atención medica, el 58 % correspondió a hombres para 1994, observándose una inversión para el año 2000, donde el 59 % correspondió a las mujeres. En el caso de enfermos que se auto atendieron en 1994 el 55.4 % correspondió a los hombres y el 56.4 % a las mujeres para el año 2000. En este lapso se observa un cambio en el patrón de atención a favor de una mayor proporción de atención médica y de auto atención hacia las mujeres. Las mujeres utilizan más los servicios, aún después del ajuste con necesidad en salud, Krasnik et. Al.⁵⁵ encontraron que luego de controlar por variables demográficas y socioeconómicas y de necesidades de salud, el sexo femenino se asocio significativamente con la posibilidad de consultar médicos. Además, el uso es mayor según Beland⁵⁶, en las mujeres en edad fértil, por motivos obstétricos.

**Cuadro 14. Forma de atención según género
México, 1994-2000**

Genero	Formas de atención							
	Atención Médica				Autoatención			
	1994		2000		1994		2000	
No	%	No	%	No	%	No	%	
Hombres	1 253	58.4	6 542	40.8	1 838	55.4	4 762	43.54
Mujeres	891	41.6	9 491	59.2	1 482	44.6	6 176	56.46
Total	2 144	100	16 033	100	3 320	100	10 938	100

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Con relación a la derechohabiencia (cuadro 15 y gráfica 13), se observa que en ambos años, 1994 y 2000, los derechohabientes recurren con mayor frecuencia a la atención médica, mientras que los no derechohabientes recurren con mayor frecuencia a la autoatención, no observándose diferencias significativas entre ambos años para cada uno de ellos. La variable seguro de salud esta muy relacionada con la categoría socioeconómica (principalmente cuando es seguro privado voluntario) ya que tiene fuerte relación con el nivel de ingreso y la clase social.

**Cuadro 15. Forma de atención según derechohabiencia
México, 1994-2000**

Aseguramiento	Formas de atención							
	Atención Médica				Autoatención			
	1994		2000		1994		2000	
No	%	No	%	No	%	No	%	
DH	1 132	52.8	8 001	50.4	1 070	32.2	3 902	36.1
NDH	1 010	47.2	7 862	49.6	2 248	67.8	6 903	63.9
Total	2 142	100	15 863	100	3 318	100	10 805	100

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Con relación a la disponibilidad de seguro médico privado, entre los enfermos que recibieron atención médica, solo el 3.3 contaba con seguro privado en 1994, bajando drásticamente para el año 2000 a solo 0.8 %. Situación similar se observo

entre los enfermos que se auto atendieron donde solo el 1.4 % poseía seguro privado en 1994, disminuyendo a 0.4 % para el 2000. El efecto que tiene contar con seguro privado es consistente con un mayor grado de utilización de servicios y por ende de recibir atención médica. Las personas con seguro privado recurren más a la atención médica en virtud del costo que están asumiendo para el cuidado de su salud. Andersen & Aday⁵⁷ encontraron que ajustando para variables demográficas y socioeconómicas y de necesidad de salud, las personas con seguro privado consultaban con mayor frecuencia y recurrían menos a la autoatención.

**Cuadro 16. Forma de atención según aseguramiento privado
México, 1994-2000**

Seguro Médico Privado	Formas de atención							
	Atención Médica				Autoatención			
	1994		2000		1994		2000	
No	%	No	%	No	%	No	%	
Si	71	3.3	125	0.8	46	1.4	42	0.4
No	2 060	96.7	15 738	99.2	3 291	98.6	10 763	99.6
Total	2 131	100	15 863	100	3 337	100	10 805	100

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

De los enfermos que recibieron atención médica, en 1994, el 31.1 % percibió como leve su enfermedad, el 45.8 % la percibió como moderada y el 23.1 como grave; para el año 2000, se aprecia un incremento en la frecuencia de quienes la perciben como leve y moderada y una disminución de quienes la perciben como grave. Este fenómeno se repite entre quienes recurrieron a la autoatención en mayor grado ya que prácticamente se duplico para el 2000 el número de quienes percibieron su enfermedad como leve al pasar del 38.7 % en 199, al 59.6 %, a expensa de una disminución en la frecuencia de quienes percibieron como moderada y grave su enfermedad. Si observamos el comportamiento entre atención médica y autoatención, como ya se apuntó antes, el 60 % del total de los enfermos recurrió a la atención medica, de los cuales más de la mitad consideraban como moderada y grave su enfermedad, mientras que solo el 40 % del total recurrió a la autoatención y de estos solo el 40 % consideraron como moderada y grave su enfermedad. Esto muestra que la mayoría de quienes consideraron moderada y grave su enfermedad recurrió a la atención médica, mientras que la mayoría de quienes recurrieron a la autoatención, percibieron como leve su enfermedad (cuadro 17 y gráfica 14).Bronfman y Castro ⁵⁸ que la búsqueda y el tipo de atención tienen que ver con la distinción entre estar enfermo y caer enfermo. Solo ante la manifestación de la enfermedad se inicia la “prevención”, buscando con ello evitar caer enfermo, es decir, no poder levantarse para trabajar o cumplir con las actividades rutinarias. Antes de ese momento, los sectores populares de la población mantienen un rango de tolerancia al malestar, dentro del cual echan mano de sus propias estrategias preventivas que generalmente se desarrollan en al ámbito familiar, domestico o de farmacias. En

este sentido la población presenta un patrón de solución a sus problemas predominantemente intradomiciliario... En general las mujeres son quienes realizan un diagnóstico preliminar de los miembros de la familia determinando el tipo de enfermedad y la gravedad de la misma. Después del diagnóstico, se hace uso de algún remedio casero o medicamento anteriormente prescrito o recurren a la farmacia o familiar. Si no da resultado o se trata de enfermedades catalogadas como graves, recurren a un médico; por el contrario, si se trata de un síndrome de filiación cultural (susto, caída de mollera, etc.) recurren a la medicina tradicional.

**Cuadro 17. Forma de atención según percepción de la enfermedad
México, 1994-2000**

Percepción de gravedad de la enfermedad	Formas de atención							
	Atención Médica				Autoatención			
	1994		2000		1994		2000	
No	%	No	%	No	%	No	%	
Leve	666	31.1	7 267	45.8	1 277	38.7	6 451	59.6
Moderada	978	45.8	4 799	30.2	1 423	43.0	3 163	29.2
Severa	493	23.1	3 806	24.0	604	18.3	1 219	11.2
Total	2 137	100	15 872	100	3 304	100	10 833	100

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Por región socioeconómica (cuadro 18 y gráfica 15), los enfermos de la región sureste y PASSPA, las más pobres recurrieron con mayor frecuencia a la atención médica con relación a al autoatención para el año 2000, sin embargo, entre regiones, la metropolitana y norte recurren más a la autoatención en el 2000, ello muestra que las condiciones económicas determina que las regiones pobres y más empobrecidas por la crisis están recurriendo a los servicios de salud de la seguridad social y de la asistencia social, mientras que en las regiones menos pobres, con mejor capacidad de pago, pueden recurrir a al autoatención y adquirir sus medicamentos. La frecuencia alta de utilización de servicios por la población

de las regiones pobres se relaciona con la necesidad de salud producto de la alta morbilidad y por las facilidades de accesibilidad, asociado a la percepción de gravedad de su enfermedad. Resultados similares obtuvieron Cesar, Horta et al.⁵⁹ en su estudio de utilización de servicios de salud por menores de 5 años en el extremo sur de Brasil.

**Cuadro 18. Forma de atención según región
México, 1994-2000**

Región	Formas de atención							
	Atención Médica				Autoatención			
	1994		2000		1994		2000	
No	%	No	%	No	%	No	%	
Norte	540	25.2	5 685	35.5	721	21.7	4 166	38.1
Centro	455	21.2	4 875	30.4	797	24.0	2 903	26.5
Metropolitana	385	18.0	440	2.7	431	13.0	325	3.0
PASSPA	313	14.6	1 629	10.2	737	22.2	1 217	11.1
Sureste	451	21.0	3 404	21.2	634	19.1	2 327	21.3
Total	2144	100	16 033	100	3320	100	10 938	100

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

De los enfermos que recibieron atención médica, el 92.5 % utilizó al menos un medicamento en 1994. Para el 2000 se aprecia un ligero incremento de 1 %, cifra que consideramos poco significativa. En el caso de los enfermos que se autoatendieron, el 58 % utilizó por lo menos un medicamento, observándose un incremento para el 2000, al reportarse un 64.9 % (cuadro 19 y gráfica 16).

**Cuadro 19. Uso de medicamentos según forma de atención
México, 1994-2000**

Uso de Medicamentos	Formas de atención							
	Atención Médica				Autoatención			
	1994		2000		1994		2000	
No	%	No	%	No	%	No	%	
Sí	1 984	92.5	15 080	94.3	1 924	58.0	7 013	64.9
No	163	7.5	917	5.7	1 392	42.0	3 793	35.1
Total	2 147	100	15 997	100	3 316	100	10 806	100

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

Entre los enfermos que no recibieron atención médica, los motivos de no-atención variaron según la percepción de la gravedad de la enfermedad. En 1994 el 70.2 % de los enfermos que percibieron su problema de salud como leve, no se atendieron porque no lo consideraron necesario y el 21.5 % porque no tenían dinero o el servicio era caro; Para el año 2000, de este mismo grupo, el 67.9 % no lo considero necesario y el 16.3 % porque no tenía dinero. Entre los que percibieron su enfermedad como moderada, en 1994, el 53 % no lo considero necesario y el 36.6 % no tenía dinero, mientras que para el 2000 el 55.2 no lo considero necesario y el 16.3 no tenía dinero. Llama la atención que entre los que percibieron su enfermedad como grave, en 1994, el 33.5 % no considero necesario atenderse y el 51 % no se atendió porque no tenía dinero, y para el 2000, el motivo de no-atención más frecuente entre los graves fue la falta de dinero, seguido de no considerarlo necesario.

En estos resultados destaca que para el 2000, las causas de no-atención más frecuentes fueron no considerarlo necesario en los casos leves y moderados y la falta de dinero/lo caro del servicio entre los casos graves. Según Bronfman y Castro⁶⁰, la reticencia a visitar a un médico se fundamenta en factores que emanan de los servicios de salud, en particular, predomina un sentimiento de desconfianza hacia los servicios, atribuible a insuficiente capacidad técnica, mala calidad en el trato humano y aspectos relacionados con la burocratización de los procedimientos que obstaculizan la utilización de los servicios. A ello hay que agregar que la necesidad de pagar además de la consulta, los medicamentos por condiciones de pobreza de la población, favorece la autoatención y

automedicación como alternativa, sobre todo cuando se considera como leve la enfermedad (cuadro 20 y gráficas 11^a y 11b).

Cuadro 20. Causas de no atención médica, según percepción de la enfermedad.
México, 1994-2000

Causas de no- atención médica	Percepción de gravedad de la enfermedad											
	1994						2000					
	Leve		Moderada		Grave		Leve		Moderada		Grave	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
No lo considero necesario	815	70.2	653	53.3	165	33.5	4 110	67.9	1 627	55.2	287	26.4
No hay donde atenderse	43	3.7	56	4.5	22	4.4	160	2.6	81	2.8	48	4.4
Es caro/no tenía dinero	250	21.5	445	36.6	255	51.8	750	12.4	480	16.3	329	30.3
Maltrato/falta de confianza en servicios	41	3.5	40	3.2	38	7.7	236	3.9	181	6.2	105	9.7
Otras	11	0.9	30	2.4	12	2.4	791	13.0	575	19.5	317	29.2
Total	1160	100	1224	100	492	100	6047	100	2 944	100	1 086	100

Fuente: Ensa 1994 y 2000, SSA

CONCLUSIONES

Los patrones de atención a los problemas de enfermedad en el periodo 1994-2000 han mostrado estar relacionados con factores económicos y sociodemográficos. Estos factores determinaron cambios a partir de la crisis económica sufrida en México a mediados de la década de los 90s. En este período se aprecia un empeoramiento en la situación de salud de la población mostrado por la percepción del mal estado de salud y el incremento en la morbilidad general.

Se modificaron los patrones de utilización al invertirse la relación atención medica/autoatención, incrementándose por tanto la utilización de los servicios de salud, sobre todo a expensas de la seguridad y asistencia social. Una posible explicación de este fenómeno podría ser el aumento en el número de personas con baja capacidad de pago para la adquisición de medicamentos y servicios como efecto de la crisis económica, ya que como se mostró, se mantuvo la cobertura de servicios de seguridad social, disminuyó la cobertura de seguros médicos privados y se deslizó la preferencia de atención hacia servicios de seguridad y asistencia social a expensas de la disminución en la utilización de servicios médicos privados. La utilización de la atención médica se incrementa también a expensas de los enfermos que consideraron como moderada y grave su enfermedad.

Se mantiene un porcentaje importante de población que opta por la autoatención sin embargo, la mayor frecuencia de personas que buscan esta forma de atención esta conformada por aquellos que perciben como leve y moderada su problema

de enfermedad. Esto podría explicarse en virtud de que la crisis impacto negativamente el ingreso familiar y la capacidad de pago de servicios de un grupo importante de la población, lo que la obliga a incrementar el uso de servicios sobre todo de la seguridad y asistencia social y la disminución en la utilización de los servicios de salud privados, así como una disminución en la accesibilidad económica a los medicamentos y servicios de prácticas alternativas mediante autoatención, sobre todo las no relacionadas con la medicina tradicional.

La alta prevalencia de la autoatención y automedicación observada en el país debe ser un aspecto de preocupación para el sistema. Se debe mejorar la fiscalización y reorganizar las normas de venta y propaganda de medicamentos. Hay que estar atentos a la posibilidad de utilizar la autoatención y la automedicación como un instrumento de promoción de la salud, mediante un programa institucional debidamente orientado, que permita conferir un mayor grado de autonomía a la población para su autocuidado.

Según grupos de edad la población de 15 a 49 años que es la económicamente activa, recurre con mayor frecuencia a la atención médica. Mientras que los grupos de menores de 14 años recurren a la autoatención en virtud de que sus madres ofrecen primero remedios caseros y automedicación para resolver los problemas de enfermedad percibidos como leves. De acuerdo con el tipo de enfermedad se mantienen los patrones de atención, utilizándose con mayor frecuencia la autoatención para los síntomas generales y las enfermedades infecciosas, mientras que para el caso de las crónico-degenerativas continúa

predominando la atención médica. Esto se explica por las diferencias en los costos de atención de este tipo de enfermedades.

De acuerdo con el acceso a la seguridad social se observa un incremento en la utilización de la atención médica entre los asegurados. En situación de crisis económica, el contar con seguridad social mediante la cual se accede a la atención médica y a los medicamentos, favorece la búsqueda de este tipo de atención. De la misma forma existe una razón económica para que un porcentaje importante de asegurados y no asegurados que preferían la atención médica privada antes de la crisis, hoy busque la atención en las instituciones de seguridad y asistencia social. Al disminuir su capacidad de pago, ya no se recurre a la automedicación por el alto costo de los medicamentos, ni la atención médica privada por la misma razón, recurriendo a la atención médica institucional donde reciben el servicio y el medicamento sin pago directo (seguridad social) o a muy bajo costo (asistencia social).

En la población que aun mantiene acceso a seguros médicos privados continúa predominando la atención médica. En función de la región socioeconómica, hubo una disminución en la utilización de la autoatención en las regiones más pobres (sureste y PASSPA) y un incremento en la utilización de la atención médica, mientras que en las regiones centro y norte se mantiene un porcentaje alto en la utilización de la autoatención. Si bien es cierto que la crisis afectó a todo el territorio nacional, los estados del centro y norte mantienen un mejor nivel socioeconómico que los del sureste y PASSPA, y aunque en todo el país aumento

la utilización de la atención médica a expensas de la seguridad y asistencia social, esta diferencia económica permite aun a la población del centro y norte cierta capacidad de pago para la búsqueda de formas de autoatención, mientras que la población del sureste y PASSPA se vio obligada a utilizar los servicios de salud gratuitos o de bajo costo disponibles. La baja utilización de los servicios de salud en algunas regiones puede relacionarse con problemas culturales, problemas de abasto de medicamentos y material de curación, disponibilidad de equipo médico, promoción de los servicios y, en algunas unidades de salud, por la ausencia del personal médico y de enfermería. Como no fue objetivo de este trabajo explorar estos factores, planteamos la necesidad de profundizar en ello.

Los patrones atención que predominan determinan un incremento en la utilización de medicamentos a expensas de la población que recibió atención médica fundamentalmente en función de los servicios de seguridad y asistencia social. Esto también se puede explicar por la disminución en la accesibilidad económica a los medicamentos disponibles sin prescripción médica y para casos leves de enfermedad, que son los que se utilizan con mayor frecuencia mediante autoatención.

Entre los enfermos que se autoatendieron no hay diferencias significativas en el período, la mayoría de ellos expresaron como no-atención médica, el no considerarlo necesario en función de la gravedad de su enfermedad y porque no tenían dinero o el servicio de salud era caro. Esto reafirma la conclusión de que

una de las razones más importantes de la no utilización de servicios es de índole económica.

Los factores socioeconómicos determinan el tipo o forma de atención, principalmente a través de la necesidad de salud, expresada mediante percepción del estado de salud y gravedad de la enfermedad, ya que los estados de enfermedad percibidos como moderados y graves requieren de gastos mayores para su solución ya sea mediante autoatención ó atención médica y el acceso a servicios institucionales de seguridad social o asistencia social disminuye la posibilidad de altos gastos determinando una mayor preferencia por los servicios de salud en casos de gravedad. Por otro lado, en general, los estudios revisados muestran que la población recurre con mayor frecuencia a la autoatención cuando se trata de problemas de enfermedad considerados como leves. A su vez, las características de los servicios de salud (disponibilidad, accesibilidad, calidad) de manera secundaria favorecen la utilización de los servicios. En situación de crisis, la población de más escasos recursos económicos, al no disponer de acceso a formas caras de autoatención, no tiene otro recurso más que aceptar lo que los servicios institucionales de seguridad y asistencia social le ofrece. Los grupos sociales y regiones geográficas más pobres, los cuales tienen una mayor carga de enfermedad, tienden a utilizar menos los servicios de salud y buscar primero la autoatención, sobre todo si la accesibilidad al sistema de servicios de salud no les es favorable. Las diferencias en los patrones de atención manifiestan la importancia de las políticas y sistemas de salud. En países con sistemas donde la accesibilidad es universal como Canadá e Inglaterra, las poblaciones más pobres tienen mejor acceso a los

servicios. En estos casos, el Sistema funciona como un modificador de efecto y promueve la equidad. En nuestro caso, el sistema debe avanzar en disminuir las desigualdades y promover la equidad.

Finalmente con este tipo de estudios podemos concluir que los factores económicos y sociales asociados a situaciones de crisis determinan modificaciones en el estado de salud de la población y en sus formas de atención a los casos de enfermedad. A pesar de lo anterior, hay muchas posibilidades de mejorar lo que el gobierno puede hacer para optimizar la repercusión distributiva del gasto público en salud: aumentando la cantidad de recursos, reduciendo el carácter regresivo del financiamiento del sistema de salud y a través de la redireccionalización del gasto público hacia el desarrollo social, fomentando una mayor equidad hacia los sectores de población mas afectados por la crisis, que son los pobres.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Whitehead M, Evandrou M, Haglund B, Diderichsen F. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's Happening to acces to care? *BMJ*, 1997, 315:1006-1009.
- 2 Alonso J, Antó JM. Desigualdades en salud en Barcelona. *Gac. Sanit* 1988; 2:4-12.
- 3 Behm Rosas H. Las Desigualdades Sociales Ante la Muerte en América Latina. Buenos Aires: Naciones Unidas, Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE) & Organización Holandesa para la Cooperación Internacional en Educación Superior. 1992.
- 4 Laurell AC. La salud-enfermedad como proceso social. *Rev Latinoam Salud* 1982;12:7-25.
- 5 Behm H. Los determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Rev Centroam Ciencias Salud* 1979;12:69-102.
- 6 Bronfman M, Tuirán R. La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez. En: UNAM, El Colegio de México, PISPAL. *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*. México, DF.: El Colegio de México, 1984;1:187-219.
- 7 Testa M. Planificación en salud: las determinaciones sociales. En: Duarte Nunes E, ED. *Ciencias sociales y salud en la América Latina*. Montevideo: OPS-CESU, 1986:347-380.
- 8 López Acuña D. *La salud desigual en México*. México, DF.: Siglo XXI, 1989.
- 9 OPS/OMS *Macrodeterminantes de la inequidad en salud, XXXV Reunión del comité asesor de investigaciones en salud*. La Habana Cuba, Julio 2000
- 10 Selby Henry A. *The Sociodemographic Effects of the Crisis in México. The Economic and Political Crisis in México*. LANIC University of Texas at Austin, 1992.

-
- 11 SELA: El FMI, el Banco Mundial y la Crisis Latinoamericana, Siglo XXI, México, 1986.
 - 12 DeLong Bradfor. DeLong Christopher. Tobinson Sherman. The Mexican Peso Crisis, University of California at Berkeley March, 1996.
 - 13 Castañeda Jorge G. Del sueño guajiro a la apertura comercial. El Nacional, Venezuela 1997
 - 14 Huerta A.: Economía Mexicana más allá del milagro, Diana, México, 1991.
 - 15 Laurell A.C. Ortega M.E. El Proceso de Privatización en el Sector Salud. El Caso de México. Informe técnico. OPS/OMS, 1991.
 - 16 Fuente. Tercer Informe De Gobierno, Poder Ejecutivo Federal, México, 1991
 - 17 Fuente. Tercer Informe de Gobierno, Poder Ejecutivo Federal, México, 1991.
 - 18 Laurell, Asa Cristina. La Política Social en el proyecto neoliberal. UAM-Xochimilco, México.
 - 19 Tercer Informe de Gobierno op cit.
 - 20 Laurell, Asa Cristina. La Política Social en el proyecto neoliberal. UAM-Xochimilco, México
 - 21 Herrera: Austeridad y lucha sindical en el IMSS.Chemiza! Vol. 3 No 8, 1990, pp. 57-66.
 - 22 Ruiz de Chávez M. et al: El enfoque de la salud como sector social y económico, SSA, México, 1988.
 - 23 Programa Nacional de Salud, 1994-2000, SSA.
 - 24 Laurell, Asa Cristina. La Política Social en el proyecto neoliberal. UAM-Xochimilco, México
 - 25 Leyva-Flores R, Kageyama, M.L, Erviti-Erice J. How people repond to illness in México: Self-care or Medical care? Health Policy 57(2001), 15.26.
 - 26 Mendoza-Sassi R, Humberto Béria J. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro. 17(4):819-832, jul-ago, 2001.

-
- 27 Last, J. The iceberg: Completing the clinical picture in general practice. *Lancet*, 2:28-31, 1963.
- 28 Banks, M; Beresford, S; Morrell, D; Waller, J & Watkins, C., 1975 Factors influencing demand for primary medical care in women aged 20-44: A preliminary report. *International Journal of Epidemiology*, 4:189-195.
- 29 Adamo, M.T. & Henchí, S. La automedicación: un fenómeno complejo. *Med. Soc.*, 14:17-21, 1991.
- 30 Danhire, A.C. et. Al. Utilización de medicamentos en una población urbana. *Rev. Med Chil.* 119: 334-337. 1991
- 31 Zolla C, Mellado V. La Función de la Medicina Domestica en el Medio Rural Mexicano. In González-Montes S, editor. *Las Mujeres y la Salud*: México: DF. El Colegio de México, 1995:71-92.
- 32 Ángeles-Chimal P, Medina-F ML, Molina-Rodríguez JF. Automedicación en Población Urbana de Cuernavaca. *Salud Publica de México* 1992; 34(5):554-61.
- 33 Leyva-F R, Erviti-E J, Ramsey J, Gasman N. Medical drug utilization patterns for febrile patients in rural areas of México. *Journal of Clinical Epidemiology* 1997; 50(3):329-35.
- 34 Dutton D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. *Soc Sci Med* 1986;23(7):721-735.
- 35 Pineault R., Daveluy C. La determinación de prioridades. En: *La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias*. Segunda Edición. Editorial Masson. Barcelona, España, 1995. pp. 142-154.
- 36 Frenk J. "El concepto y la medición de la accesibilidad". *Sal Púb. Méx.* 1985. Sep-Oct, Vol. 27 num.5 pp. 438_456.

-
- 37 Arredondo A, Melendez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública Méx.* 1992;34:36-49
- 38 Bronfman M, Castro R., Zúñiga E, Miranda C., Oviedo J. Del cuanto al porque: La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios". *Sal Púb. Méx.* 1997;39:442-450
- 39 Suchman EA: Sociomedical variations among ethnic groups. *Am J Socio* 1964; 70(3):319-331
- 40 Rosenstock IM. Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Q* 1996; XLIV (3):94-127.
- 41 Anderson RA. A behavioral model of families, use of health services. Centre for Health Administration Studies, University of Chicago. En: Joseph AE, Phillips DR, ed. *Accessibility and utilization. Geographical perspectives on health care delivery.* Cambridge (MA): Harper and Row Publishers, 1984.
- 42 Belmartino S., Delimitación del campo de investigación en sistemas y servicios de salud: comentarios a partir del texto base para la discusión. En: *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Cuadernos para Discusión* (1):36-51.
- 43 En: Fielder Hohn L. "A review of the literature on access and utilization of Medical Care" en *Soc Sci and Med*, 1981. Vol. 21 no.15, pp. 129-142.
- 44 Granda E. Lineamientos teóricos sobre demanda de los servicios de salud. Mim. Centro de Estudios y Asesoría de Salud. Quito, Ecuador, 1986.
- 45 Demanda y utilización de servicios, Centro de estudios y Asesoría en Salud. *Salud y Trabajo. Anales de la Universidad de Cuenca*, 1984. Tomo VII, pp. 87-99.

46 Grossman M. On the Concept of Health Capital and Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 1972.No 80 pp 223-225.

47 Phelps Ch, Newhouse J. "Coinsurance and the demand for medical care services "Paper No. R-961, OEO/NYC, Santa Mónica, USA, Rand. Corp.1973.

48 Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Publica Méx.*1992;34:36-49

49 OPS Macrodeterminantes de la inequidad en salud. XXXV reunión del comité asesor de investigaciones en salud, La Habana Cuba, Junio 2000. Documento técnico CASI 35/2000.9 Págs.5-8

50 UNICEF. The UNICEF Nutrition Framework. New York: UNICEF (Nutrition Section), 1993.

51 Whitehead, M and F. Diderchsen (2000) Conceptual principles of equity in health. Chapter of the forthcoming book of the Global Health Equity Initiative, Rockefeller Foundation.

52 Dutton D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. *Soc Sci Med* 1986;23(7):721-735.

53 Mendoza-Sassi R, Beria, J H. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 17(4): 819-832, jul-ago, 2001.

54 Juraci A. Cesar, Horta, BL, Gómez G, Shehadeh I, Chitolina J, Rancel L, Saravia AO, Oliveira AK. Utilizacao de servicos de saúde por menores de cinco anos no extremo sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 18(1):299-305. jan-fev,2002

55 Krasnik, A; Sawitz, A; Keiding, N; &Hansen, E. 1997. Determinants of general practice utilization in Denmark. *Danish Medical Bulletin*, 44: 542-546.

56 Beland, F. 1988. Utilization of health services as events: An exploratory study. *Health Services Research*, 23:295-310.

57 Andersen, R. & Aday, L.A. 1978. Access to medical care in U.S.: Realized and potencial. *Medical Care*, 16:533-546.

58 Bronfman, M; Castro, R, Zúñiga, E.; Miranda, C.; Oviedo, J.; Del "cuanto" al "por que": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Méx.* 1997; 39:442-450.

59 Juraci A. Cesar, Horta, BL, Gómez G, Shehadeh I, Chitolina J, Rancel L, Saravia AO, Oliveira AK. Utilizacao de servicos de saúde por menores de cinco anos no extremo sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, 18(1):299-305. jan-fev, 2002.

60 Bronfman, M; Castro, R, Zúñiga, E.; Miranda, C.; Oviedo, J.; Del "cuanto" al "por que": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública Méx.* 1997; 39:442-450.

ANEXOS

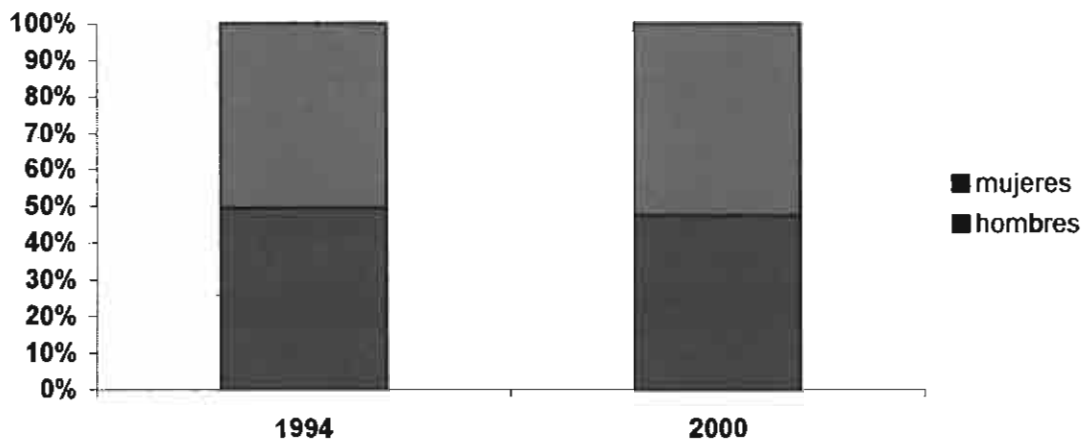
Anexo 1: ENCUESTA NACIONAL DE SALUD, MÉXICO, 1994 Y 2000

VARIABLES EQUIVALENTES

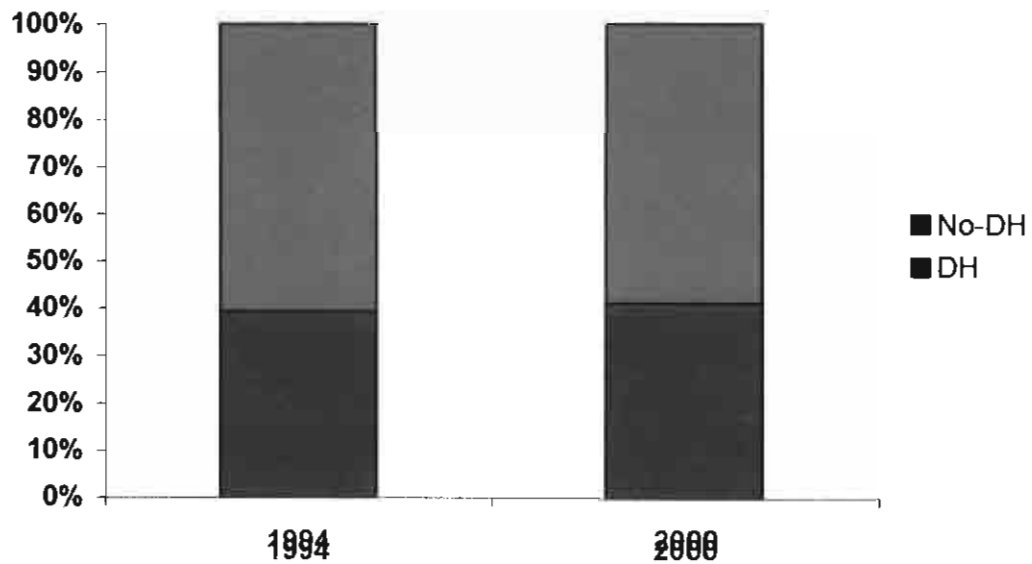
ENSA 1994	ENSA 2000
Entidad	Entidad
Municipio	Municipio
AGEB	AGEB
Localidad	Localidad
2.01, 2.02, 2.03 Edad y Sexo integrantes de la familia	2.1, 2.2, 2.3 y 2.4 Edad y sexo integrantes de la familia
2.8 lengua indígena	2.6 lengua indígena
2.06 derechohabiencia	3.2 derechohabiencia
2.07 estado de salud	3.1 estado de salud
2.12 escolaridad	2.11 escolaridad
2.25, 2.26 seguro privado	3.2 derechohabiencia
3.21 donde se atiende	3.7 donde se atiende
3.01 ha tenido problemas de salud	3.8 ha tenido problemas de salud
3.02 último problema de salud	3.9 último problema de salud
3.03 percepción del problema	3.10 percepción del problema
3.04 tomo remedio 3.05 quien lo recomendó	3.11 quien lo atendió
3.06 tomo medicamento	3.13 tomo medicamento
3.07 quien lo recomendó	3.11 quien lo atendió
3.09 causa no-atención	3.12 causa no-atención

Anexo 2 Gráficas

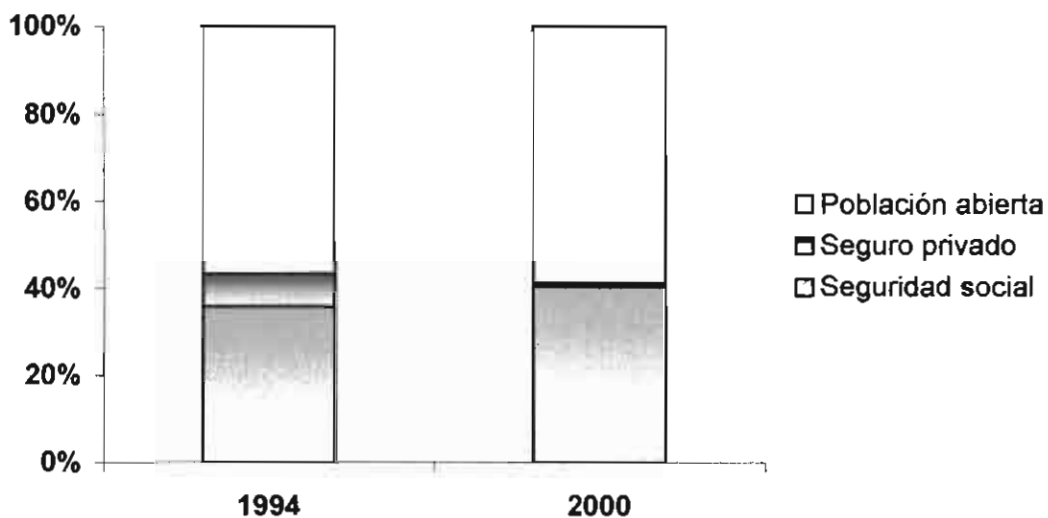
Grafica 1
Distribución poblacional por sexo
México, 1994-2000



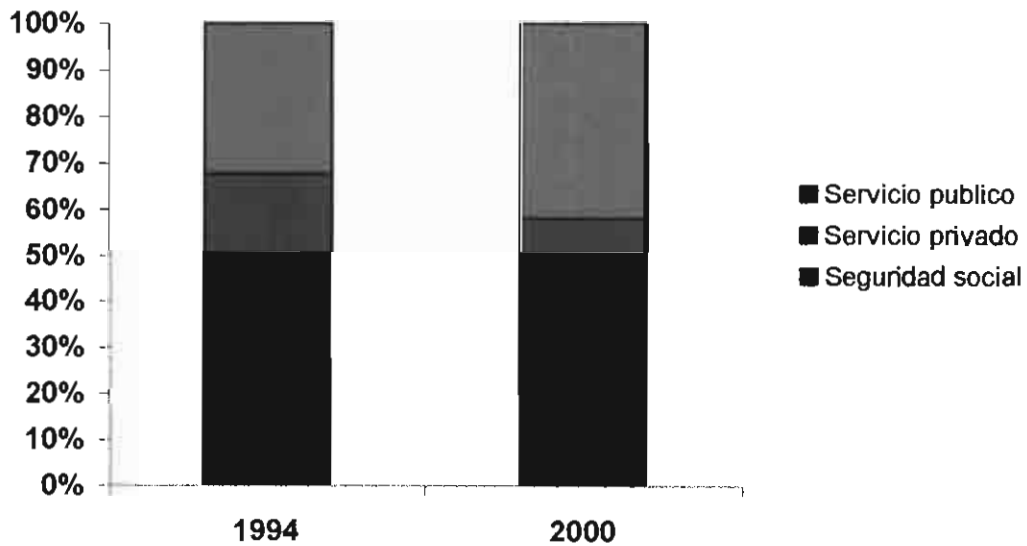
Grafica 2
Condicion de derechohabiencia
México, 1994-2000



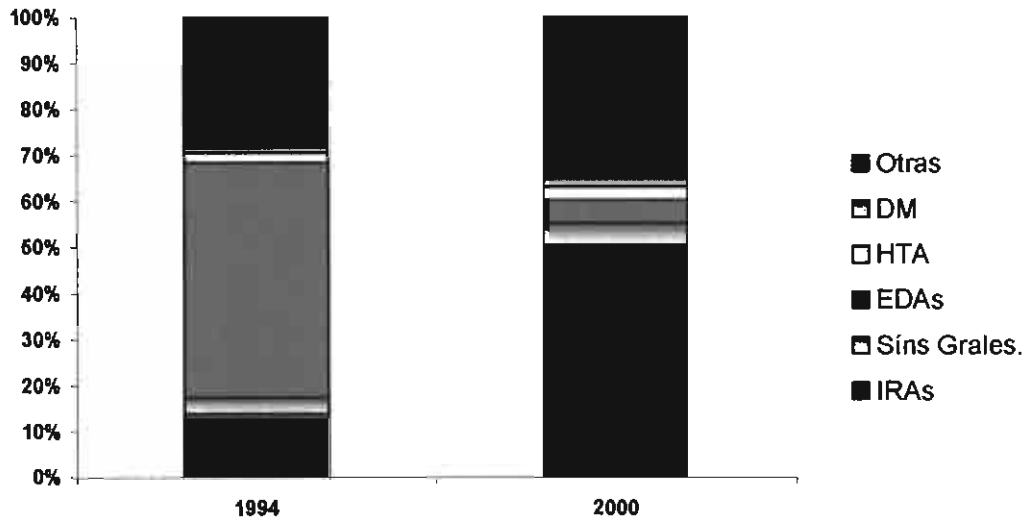
Grafica 3
Afiliación a servicios de salud según año



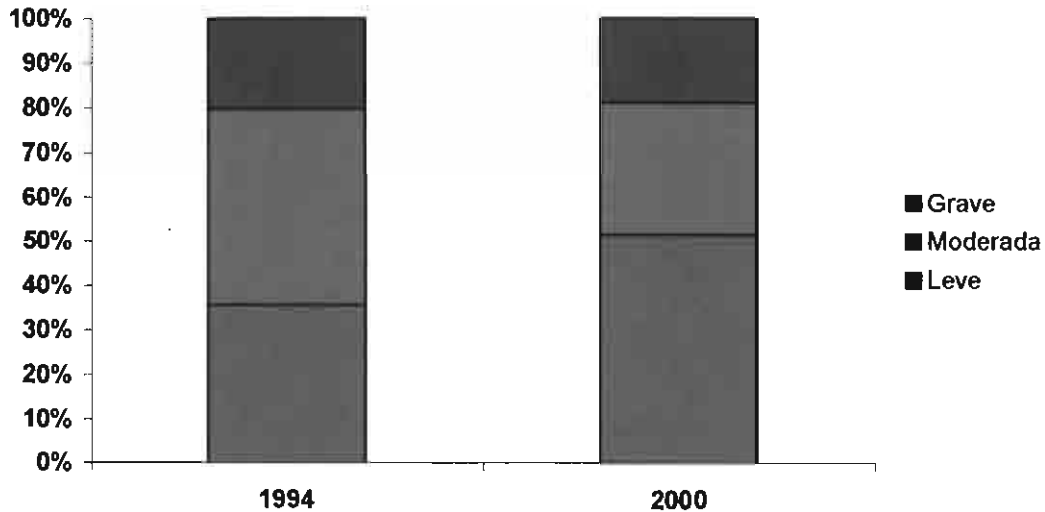
Grafica 4
Preferencia de atención
México, 1994-2000



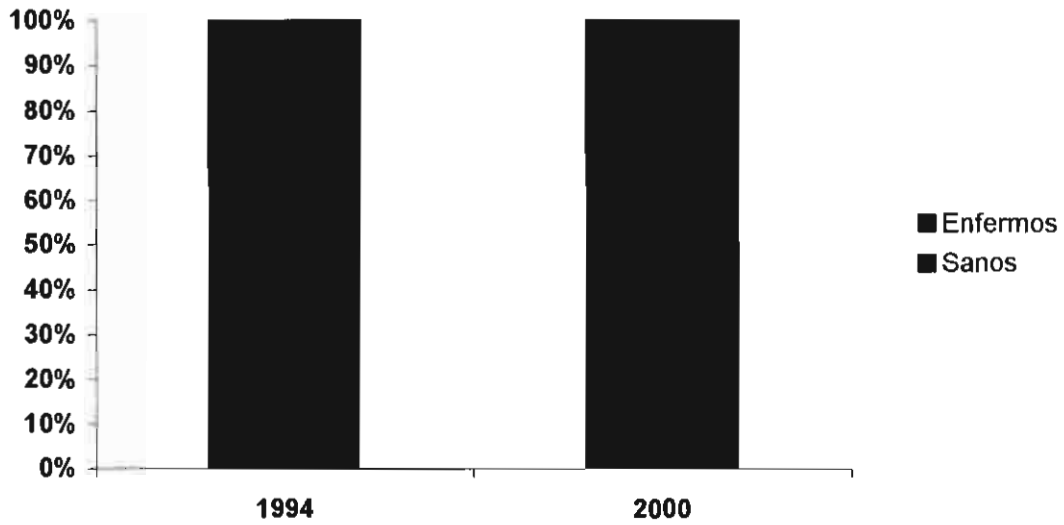
Gráfica 5
Principales causas de atención
México, 1994-2000



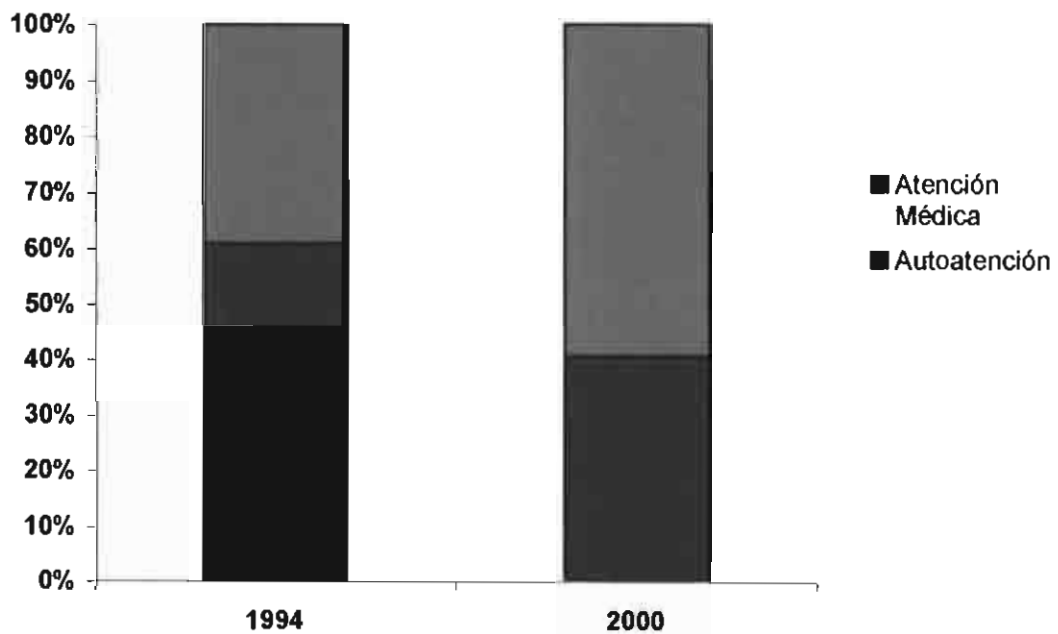
Gráfica 6
Percepción de la enfermedad
México, 1994-2000



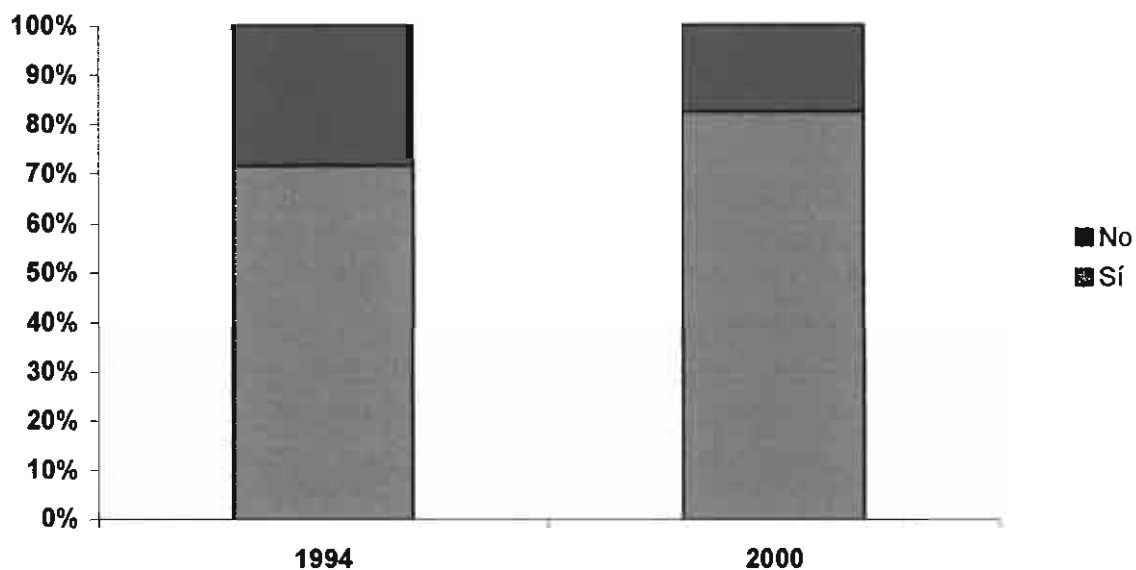
Gráfica 7
Estado de Salud, México, 1994-2000



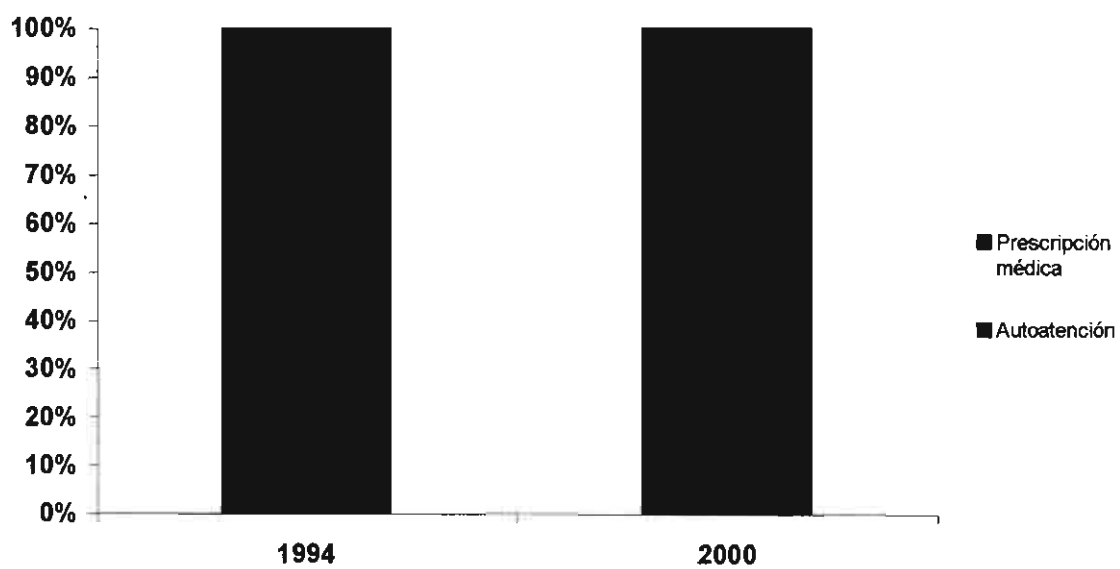
Gráfica 8
Tipo de atención, México, 1994-2000



Gráfica 9
Uso de medicamentos, México, 1994-2000



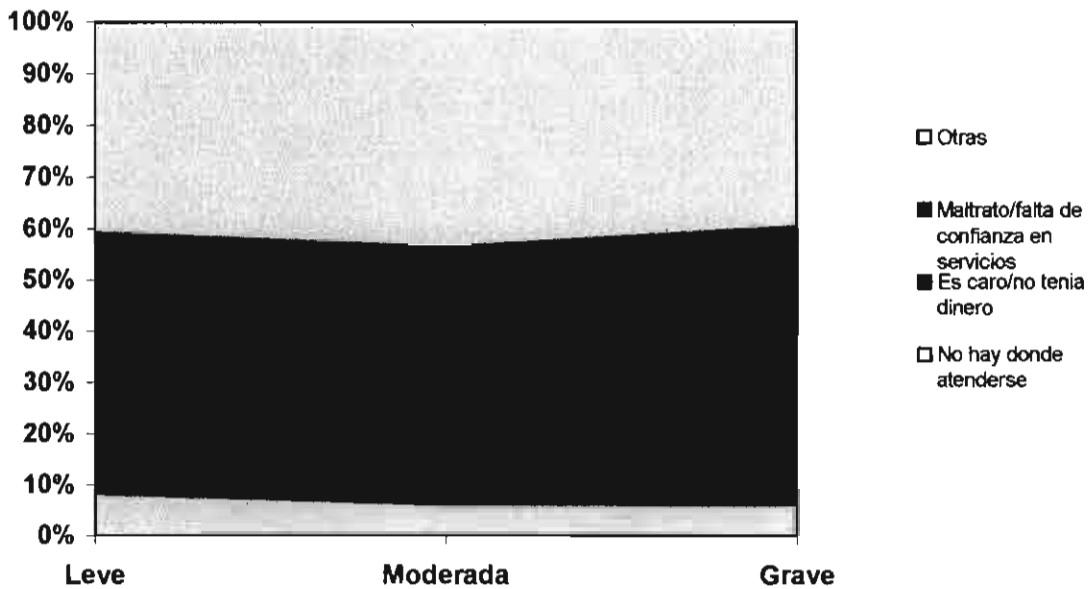
Gráfica 10
Origen de medicamentos, México, 1994-2000



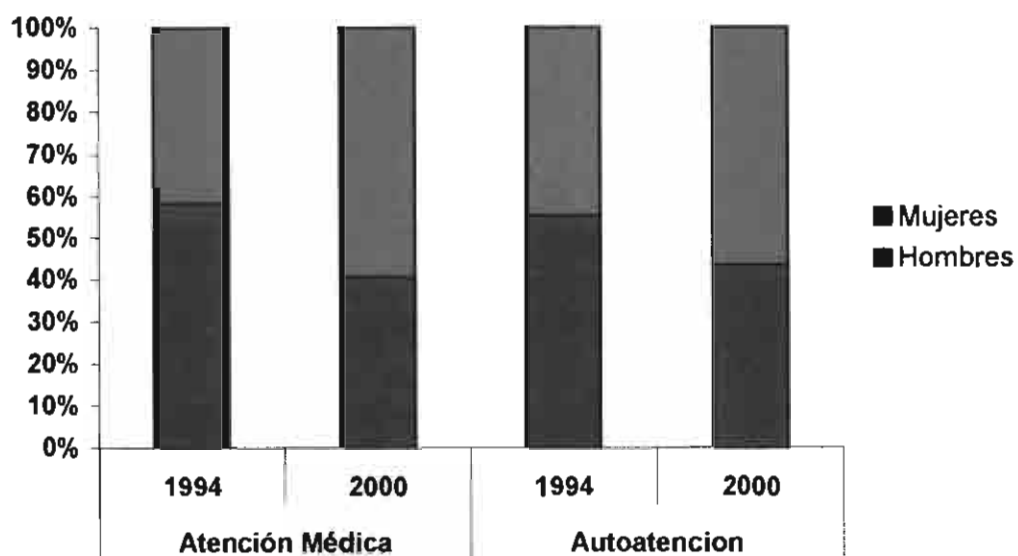
Gráfica 11a
Motivos de no atención según gravedad de la enfermedad
México, 1994



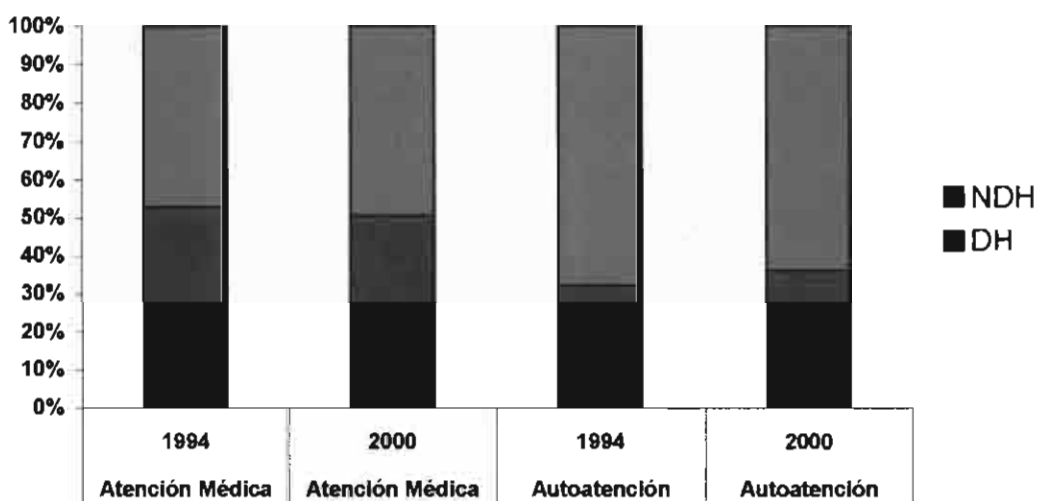
Gráfica 11b
Causas de no atención según gravedad de la enfermedad
México, 2000



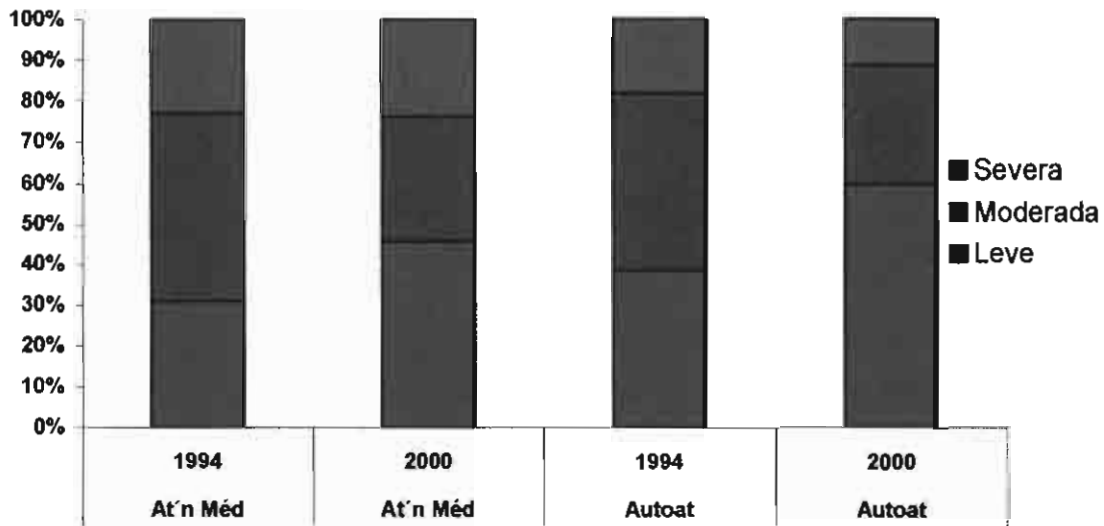
Gráfica 12
Tipo de atención según sexo
México, 1994-2000



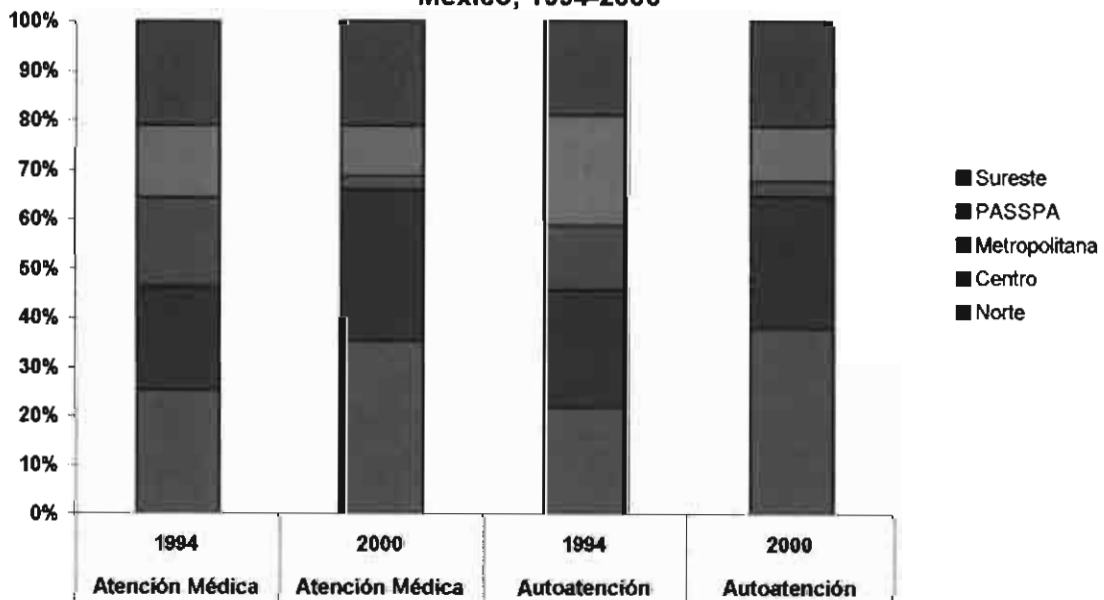
Gráfica 13
Tipo de atención según derechohabiencia
México, 1994-2000



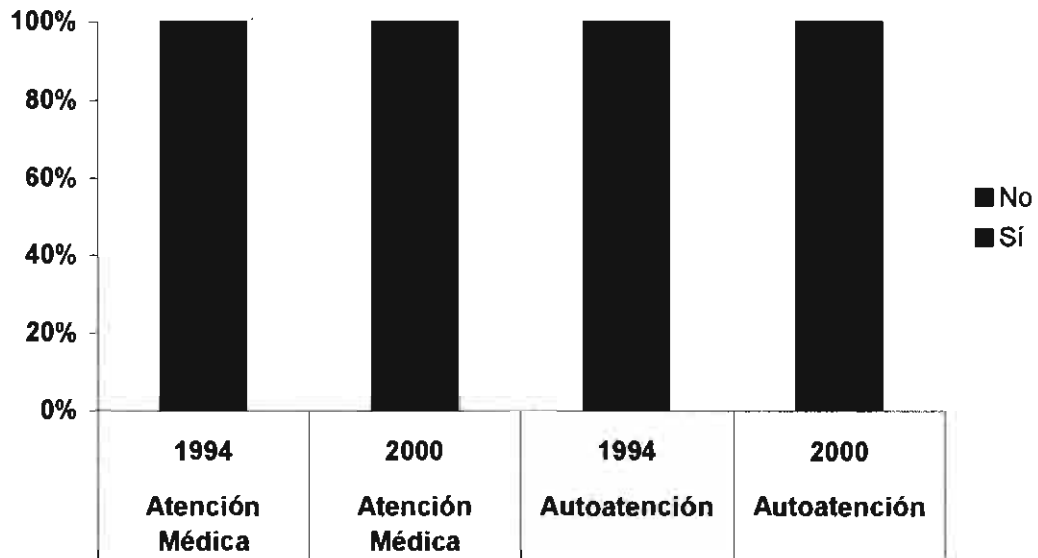
Gráfica 14
Tipo de Atención según gravedad de la enfermedad
México, 1994-2000



Gráfica 15
Tipo de atención según región
México, 1994-2000



Gráfica 16
Uso de medicamentos según tipo de atención
México, 1994-2000





Secretaría de Salud
Encuesta Nacional de Salud II
Cuestionario de Hogar

1994

FOLIO

--	--	--	--	--

Buenos días (tardes) mi nombre es _____ y trabajo para la Secretaría de Salud. Quisiera hacerle algunas preguntas sobre las personas que normalmente viven en esta casa. Los datos que usted nos proporcione son confidenciales y se usan exclusivamente con fines estadísticos.

1. IDENTIFICACION

REGION _____ ENTIDAD _____
 MUNICIPIO _____ UPM _____ AGEB _____
 MANZANA _____ NO. DE CONGLOMERADO _____ VIVIENDA _____ HOGAR _____ DE _____

DOMICILIO/NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA _____

(CALLE, NUMERO EXTERIOR, NUMERO INTERIOR O DESCRIPCIÓN)

COLONIA O LOCALIDAD _____

2. REGISTRO DE VISITAS

VISITA	1a	2a	3a	4a
FECHA DE LA ENTREVISTA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES DIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES DIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES DIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES DIA
NOMBRE ENTREVISTADOR				
HORA DE INICIO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
HORA DE TERMINACION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DURACION	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MINUTOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MINUTOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MINUTOS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MINUTOS
RESULTADO*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* CODIGO PARA RESULTADO:

1. COMPLETO 3. AUSENTE TEMPORAL 5. INFORMANTE INADECUADO 7. OTRO
 2. INCOMPLETO 4. RECHAZO 6. LA DIRECCION NO ES VIVIENDA

(ESPECIFIQUE)

SUPERVISADO POR	CRITICADO POR	CODIFICADO POR	CAPTURADO POR
NOMBRE			
CLAVE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FECHA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES DIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES DIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES DIA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES DIA

SECCION 1. IDENTIFICACION DE HOGARES

¿ Quién es la señora de la casa o la responsable del hogar ? _____
(NOMBRE)

PIDA HABLAR CON LA MUJER RESPONSABLE

1.01 ¿ Todas las personas que viven normalmente en esta vivienda se sostienen de un solo gasto para comer ?

SI 1 → PASE 1.03
NO 2

1.02 ¿ Cuántas personas, familias o grupos hay en esta vivienda que se sostienen de gastos separados para comer ? (HOGARES)

NUMERO DE HOGARES

REGISTRE ESTA INFORMACION EN LA PORTADA

IDENTIFICACION DEL INFORMANTE

ESTA INFORMACION SE ANOTA DESPUES DE APLICAR LA PREGUNTA 2.03 DE LA SECCION DE DATOS GENERALES

1.03 NUMERO DE RENGLON DEL INFORMANTE

SECCION 2. DATOS GENERALES

PARA TODAS LAS PERSONAS

NUM. DE INTEGRANTE	2.01 ¿Quisiera decirme el nombre de cada una de las personas que normalmente viven en este hogar, empezando por el jefe del hogar?	2.02 ¿Cuántos años cumplidos tiene? (NOMBRE)		2.03 (NOMBRE) es hombre o mujer?	
		MENOR DE 1 AÑO ANOTE EL NÚMERO DE MESES	MENOR DE UN MES _____ 97	NO SABE _____ 88	NO RESPONDE _____ 99
	NOMBRE	AÑO	MESES	SEXO	
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

2.04 tengo anotados a LEA LOS NOMBRES

¿Me falta alguien que viva normalmente aquí pero que esté temporalmente ausente por enfermedad, trabajo u otro motivo, o algún niño recién nacido? I. si ¿quién? ANOTE LOS NOMBRES

PARA TODAS LAS PERSONAS

2.05

¿Cuál es el parentesco de _____ con el jefe del hogar?
(NOMBRE)

- ESPOSO (A)/COMPAÑERO (A) 02
- HUJO (A) 03
- PADRE(MADRE) 04
- HERMANO (A) 05
- NIETO (A) 06
- TÍO(A),PRIMO (A), SOBRINO (A)
- SUEGRO (A), YERNO, NUERA 07
- CUÑADO (A),CONCUÑO (A) 08
- SIN PARENTESCO 09
- SIRVIENTE 10
- OTRO 77

- NO SABE 88
- NO RESPONDE 99

2.06

¿Tiene _____ derecho a servicios médicos de seguridad social de alguna o algunas instituciones?

- NO 02
- SI _____ ¿Cuál o cuáles?
- BSSS 01
- ISSSTE 03
- PEMEX 04
- DEFENSA, MARINA NACIONAL
- OTRAS INSTITUCIONES 05
- DEL GOBIERNO 06
- SERVICIOS PAGADOS POR LA
- EMPRESA 07

- NO SABE 88
- NO RESPONDE 99

¿Tiene alguna otra?

2.07

¿En general considera usted que la salud de _____

- (NOMBRE)
- durante el último año fue...
- muy buena? 1
 - buena? 2
 - regular? 3
 - mala? 4
 - muy mala? 5

 - N.S 8
 - N.R 9

2.08

¿Alguna persona de este hogar habla alguna lengua indígena?

- SI 1
- ¿Quién?

- NO 2
- N.S 8
- N.R 9

01	JEFE	0	1																	01	
02																					02
03																					03
04																					04
05																					05
06																					06
07																					07
08																					08
09																					09
10																					10
11																					11
12																					12
13																					13
14																					14
15																					15
16																					16

PARA PERSONAS MENORES DE 15 AÑOS

2.09
 ¿Quién es la madre de _____
 (NOMBRE) ?

NADIE 66

PERSONA FUERA DEL HOGAR 77

N.S 88

N.R 99

ANOTE EL NUMERO DE INTEGRANTE DE LA MADRE

2.10
 ¿Quién es la persona que cuida a _____
 (NOMBRE)
 en su casa durante el día?

NADIE 66

PERSONA FUERA DEL HOGAR 77

N.S 88

N.R 99

ANOTE EL NUMERO DE INTEGRANTE DE LA CUIDADORA

PARA PERSONAS DE 6 AÑOS O MAS

2.11
 ¿En el último año, ha dejado _____
 (NOMBRE)
 de trabajar, o ir a la escuela, o hacer sus quehaceres en casa por problemas de su salud?

SI ¿Por cuánto tiempo?

MAS DE 3 MESES 1

3 MESES O MENOS 3

NO 2

N.S 8

N.R 9

01								01
02								02
03								03
04								04
05								05
06								06
07								07
08								08
09								09
10								10
11								11
12								12
13								13
14								14
15								15
16								16

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS O MAS

2.16

¿Quién es el esposo (a) o compañero (a) de _____ ?
(NOMBRE)

PERSONA FUERA DEL HOGAR 77

NO SABE 88
N.R 99

ANOTE NUMERO DE INTEGRANTE

2.17

¿ _____ trabajó la semana pasada?
NOMBRE

SI 1 → PASE A 2.19
NO 2

NO SABE 8
NO RESPONDE ... 9 → PASE A 2.25

2.18

¿Por qué no trabajó _____ ?
(NOMBRE)

- BUSCA TRABAJO 01
- ES ESTUDIANTE 02
- SE DEDICA AL HOGAR 03
- ESTA JUBILADO O PENSIONADO..... 04
- POR INCAPACIDAD PERMANENTE PARA TRABAJAR 05
- POR INCAPACIDAD TEMPORAL 06
- POR VACACIONES 07
- POR PROBLEMAS PROPIOS DEL TRABAJO 08
- POR OTRAS RAZONES 09
- NO SABE 88
- NO RESPONDE 99

PASE A 2.23

01								01
02								02
03								03
04								04
05								05
06								06
07								07
08								08
09								09
10								10
11								11
12								12
13								13
14								14
15								15
16								16

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS O MAS

2.19

¿Cual es el oficio, puesto o cargo que tiene en su trabajo principal?

01		01
02		02
03		03
04		04
05		05
06		06
07		07
08		08
09		09
10		10
11		11
12		12
13		13
14		14
15		15
16		16

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS O MAS

2.20

¿A qué se dedica principalmente la empresa o establecimiento en el que trabaja _____?
(NOMBRE)

AGRICULTURA,
SILVICULTURA
CAZA, PESCA O
MINERIA 1

INDUSTRIA
MANUFACTURERA 2

SERVICIOS PUBLICOS
Y/O PERSONALES 3

NO SABE 8
NO RESPONDE 9

PASE
A 2.22

2.21

¿ _____ en su trabajo es:
(NOMBRE)

propietario de la tierra? 01
ejidatario? 02
arrendatario? 03
asalariado, peón o jornalero? 04
miembro de una cooperativa? 05
trabajador por cuenta propia? 06
trabajador sin pago en el
negocio o predio familiar? 07
otra situación? 77
(ESPECIFIQUE)

NO SABE 88
NO RESPONDE 99

PASE
A 2.23

2.22

¿ _____ en su trabajo es:
(NOMBRE)

patrón o empresario? 01
profesional independiente? 02
empleado? 03
obrero? 04
peón o jornalero? 05
miembro de una cooperativa? 06

trabajador por cuenta propia: -
en la vía pública (en un lugar fijo
o en forma ambulante)? 07
en un establecimiento fuera de su
vivienda? 08
en un establecimiento dentro de
su vivienda? 09

trabajador no remunerado (aprendiz,
trabajador familiar sin pago, etc.)? 10

otra situación? 77
(ESPECIFIQUE)

NO SABE 88
NO RESPONDE 99

01						01
02						02
03						03
04						04
05						05
06						06
07						07
08						08
09						09
10						10
11						11
12						12
13						13
14						14
15						15
16						16

SECCION 3. UTILIZACION

PARA TODAS LAS PERSONAS

3.01

¿En las últimas 2 semanas

(NOMBRE) _____

ha tenido algún problema de salud, ya sea por enfermedad, molestia o accidente?

SI 1

NO 2
 NO SABE 8 PASE A
 NO RESPONDE .. 9 3.10

3.02

¿Podría decirme cuál fue el último problema de salud que tuvo _____ en las últimas dos semanas?

(NOMBRE)



ANOTE TEXTUAL

01		1							01
02									02
03									03
04									04
05									05
06									06
07									07
08									08
09									09
10									10
11									11
12									12
13									13
14									14
15									15
16									16

PARA TODOS LOS ENFERMOS

3.07
¿Quién se lo recomendó
a _____ ?
(NOMBRE)

- NADIE _____ 01
- FAMILIAR / AMIGO (A) / VECINO (A) _____ 02
- FARMACEUTICO _____ 03
- ENCARGADO DE LA COMUNIDAD/
PROMOTOR/AUXILIAR DE SALUD _____ 04
- CURANDERO/ PARTERA/
YERBERO _____ 05
- HOMEOPATA/ NATURISTA/
ACUPUNTURISTA _____ 06
- MEDICO _____ 07
- DENTISTA _____ 08
- ENFERMERA _____ 09
- OTRO _____ 77
- NO SABE _____ 88
- NO RESPONDE _____ 99

3.08
¿Quién atendió a _____
(NOMBRE)
en las últimas dos semanas?

- NADIE _____ 01
- FAMILIAR / AMIGO (A) / VECINO (A) _____ 02
- FARMACEUTICO _____ 03
- ENCARGADO DE LA COMUNIDAD/
PROMOTOR/AUXILIAR DE SALUD _____ 04
- CURANDERO/ PARTERA/
YERBERO _____ 05
- HOMEOPATA/ NATURISTA/
ACUPUNTURISTA _____ 06
- MEDICO _____ 07
- DENTISTA _____ 08
- ENFERMERA _____ 09
- OTRO _____ 77
- NO SABE _____ 88
- NO RESPONDE _____ 99

ENCARGADO DE LA COMUNIDAD/
PROMOTOR/AUXILIAR DE SALUD _____ 04

CURANDERO/ PARTERA/
YERBERO _____ 05

HOMEOPATA/ NATURISTA/
ACUPUNTURISTA _____ 06

MEDICO _____ 07

DENTISTA _____ 08

ENFERMERA _____ 09

3.10

REGISTRE
EN 3.20

3.09
¿Por qué no se atendió _____
(NOMBRE)

con un médico, enfermera o algún
otro personal de salud?

- NO FUE NECESARIO _____ 01
- NO HAY DONDE ATENDERSE _____ 02
- ES CARO _____ 03
- NO TENIA DINERO _____ 04
- ESTA MUY LEJOS _____ 05
- FALTA DE CONFIANZA _____ 06
- TRATAN MAL _____ 07
- NO TUVO TIEMPO _____ 08
- FUE PERO NO LO ATENDIERON _____ 09
- OTRO _____ 77
- (ESPECIFIQUE)
- NO SABE _____ 88
- NO RESPONDE _____ 99

01								01
02								02
03								03
04								04
05								05
06								06
07								07
08								08
09								09
10								10
11								11
12								12
13								13
14								14
15								15
16								16

PARA LOS ENFERMOS EN 3.10

3.14

¿Quién se lo recomendó a _____?
(NOMBRE)

- NADIE _____ 01
- FAMILIAR/AMIGO (A)/VECINO (A) _____ 02
- FARMACEUTICO _____ 03
- ENCARGADO DE LA COMUNIDAD/
PROMOTOR/AUXILIAR DE SALUD _____ 04
- CURANDERO/ PARTERA/
YERBERO _____ 05
- HOMEOPATA/ NATURISTA/
ACUPUNTURISTA _____ 06
- MEDICO _____ 07
- DENTISTA _____ 08
- ENFERMERA _____ 09
- OTRO _____ 77
- NO SABE _____ 88
- NO RESPONDE _____ 99

3.15

¿ _____ tomó o se aplicó
(NOMBRE)
algún medicamento para este
problema en las 2 últimas semanas?

- SI _____ 1
 - NO _____ 2
 - N.S _____ 8
 - N.R _____ 9
- PASE
A 3.17

3.16

¿Quién se lo recomendó a _____?
(NOMBRE)

- NADIE _____ 01
- FAMILIAR/AMIGO (A)/VECINO (A) _____ 02
- FARMACEUTICO _____ 03
- ENCARGADO DE LA COMUNIDAD/
PROMOTOR/AUXILIAR DE SALUD _____ 04
- CURANDERO/ PARTERA/
YERBERO _____ 05
- HOMEOPATA/ NATURISTA/
ACUPUNTURISTA _____ 06
- MEDICO _____ 07
- DENTISTA _____ 08
- ENFERMERA _____ 09
- OTRO _____ 77
- NO SABE _____ 88
- NO RESPONDE _____ 99

01								01
02								02
03								03
04								04
05								05
06								06
07								07
08								08
09								09
10								10
11								11
12								12
13								13
14								14
15								15
16								16

PARA LOS ENFERMOS EN 3.10

PARA TODAS LAS PERSONAS

3.17

¿Quién atendió a _____ (NOMBRE) en las últimas dos semanas?

- NADIE _____ 01
- FAMILIAR/AMIGO (A)/VECINO (A) _____ 02
- FARMACEUTICO _____ 03

- | | |
|--|----|
| ENCARGADO DE LA COMUNIDAD/
PROMOTOR/AUXILIAR DE SALUD | 04 |
| CURANDERO/PARTERA/
YERBERO | 05 |
| HOMEOPATA/NATURISTA/
ACUPUNTURISTA | 06 |
| MEDICO | 07 |
| DENTISTA | 08 |
| ENFERMERA | 09 |

- OTRO _____ 77
- NO SABE _____ 88
- NO RESPONDE _____ 99

PASE

A

3.19

REGISTRE EN 3.20

3.18

¿Por qué no se atendió _____ (NOMBRE) con un médico, enfermera o algún otro personal de salud?

- NO FUE NECESARIO _____ 01
 - NO HAY DONDE ATENDERSE _____ 02
 - ES CARO _____ 03
 - NO TENIA DINERO _____ 04
 - ESTA MUY LEJOS _____ 05
 - FALTA DE CONFIANZA _____ 06
 - TRATAN MAL _____ 07
 - NO TUVO TIEMPO _____ 08
 - FUE, PERO NO LO ATENDIERON _____ 09
 - OTRO _____ 77
- (ESPECIFIQUE)

- NO SABE _____ 88
- NO RESPONDE _____ 99

3.19

Alguna persona de este hogar buscó o recibió atención en las últimas 2 semanas por ...

- vacunación? _____ 03
 - revisión del niño sano? _____ 04
 - planificación familiar? _____ 05
 - cuidado del embarazo? _____ 06
 - prueba de papanicolaou? _____ 07
 - está en rehabilitación? _____ 08
 - revisión, limpieza dental o aplicación de flúor? _____ 09
 - obtención de certificado médico _____ 10
 - recibió atención de las brigadas de salud? _____ 11
 - pláticas de educación para la salud? _____ 12
 - otro? _____ 77
- (ESPECIFIQUE)

Si ¿Quién?

- NO _____ 02
- NO SABE _____ 88
- NO RESPONDE _____ 99

01						01
02						02
03						03
04						04
05						05
06						06
07						07
08						08
09						09
10						10
11						11
12						12
13						13
14						14
15						15
16						16

3.20 UTILIZADORES	PARA TODAS LAS PERSONAS	
<p style="text-align: center; margin: 0;">MARQUE CON "1" A LOS ENFERMOS EN 3.08 Y 3.17, QUE SE ATENDIERON CON:</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">PROMOTOR ENCARGADO DE COMUNIDAD AUXILIAR DE SALUD CURANDERO PARTERA YERBERO MEDICO DENTISTA ENFERMERA HOMEOPATA NATURISTA ACUPUNTURISTA Y LAS PERSONAS QUE UTILIZARON SERVICIOS EN 3.19</p>	<p style="margin: 0;">3.21</p> <p style="margin: 0;">Cuando _____ tiene un (NOMBRE) problema de salud ¿en dónde se atiende regularmente?</p> <p style="margin: 0;">NO SE ATIENDE 01</p> <p style="margin: 0;">IMSS-SOLIDARIDAD 02</p> <p style="margin: 0;">IMSS 03</p> <p style="margin: 0;">SSA 04</p> <p style="margin: 0;">PEMEX 05</p> <p style="margin: 0;">DEFENSAMARINA 06</p> <p style="margin: 0;">DIF 07</p> <p style="margin: 0;">DDF 08</p> <p style="margin: 0;">INI 09</p> <p style="margin: 0;">SERVICIOS ESTATALES 10</p> <p style="margin: 0;">ISSSTE 11</p> <p style="margin: 0;">PARTICULARES 12</p> <p style="margin: 0;">OTROS 77</p> <p style="margin: 0;">NO SABE 88</p> <p style="margin: 0;">NO RESPONDE 99</p> <p style="text-align: center; margin: 0;">(¿A qué Institución pertenece?)</p>	<p style="margin: 0;">3.22</p> <p style="margin: 0;">¿Por qué no se atiende con un médico u otro personal de salud?</p> <p style="margin: 0;">NO LO NECESITA 1</p> <p style="margin: 0;">NO HAY 2</p> <p style="margin: 0;">NO TIENE DINERO 3</p> <p style="margin: 0;">SON CAROS 4</p> <p style="margin: 0;">NO TIENE TIEMPO 5</p> <p style="margin: 0;">NO LES TIENE CONFIANZA 6</p> <p style="margin: 0;">OTROS 7 (ESPECIFIQUE)</p> <p style="margin: 0;">NO SABE 8</p> <p style="margin: 0;">NO RESPONDE 9</p>

01					01
02					02
03					03
04					04
05					05
06					06
07					07
08					08
09					09
10					10
11					11
12					12
13					13
14					14
15					15
16					16

TOTAL

REGISTRE HASTA DOS OPCIONES

PARA TODAS LAS PERSONAS

4.05
 ¿El hospital donde estubo internado pertenece a: (NOMBRE)
 IMSS-SOLIDARIDAD? _____ 01
 Seguro Social (IMSS)? _____ 02
 ISSSTE? _____ 03
 ISSSTE estatal? _____ 04
 Defensa/Marina? _____ 05
 Pemex? _____ 06
 Secretaría de Salud? _____ 07
 Particular? _____ 08
 Hospital Civil? _____ 09
 DIF? _____ 10
 DDF? _____ 11
 Cruz Roja? _____ 12
 Institutos Nacionales? _____ 13
 OTRO _____ 77
 (ESPECIFIQUE)
 NO SABE _____ 88
 NO RESPONDE _____ 99

4.06
 ¿Quién mandó a _____ (NOMBRE) a ese hospital, clínica o sanatorio?
 EL (ELLA) MISMO(A) _____ 1
 FAMILIAR O AMIGO _____ 2
 PERSONAL DE UN CENTRO DE SALUD SSA _____ 3
 PERSONAL DE CLINICA DE SEGURIDAD SOCIAL _____ 4
 PERSONAL DE SERVICIOS PARTICULARES _____ 5
 PERSONAL DE OTRAS INSTITUCIONES DE GOBIERNO _____ 6
 OTRO _____ 7
 (ESPECIFIQUE)
 NO SABE _____ 8
 NO RESPONDE _____ 9

4.07
 La persona que mandó a _____ (NOMBRE) pertenece a...
 IMSS-SOLIDARIDAD? _____ 01
 Seguro Social (IMSS)? _____ 02
 ISSSTE? _____ 03
 ISSSTE estatal? _____ 04
 Defensa/Marina? _____ 05
 Pemex? _____ 06
 Secretaría de Salud? _____ 07
 Particular? _____ 08
 Hospital Civil? _____ 09
 DIF? _____ 10
 DDF? _____ 11
 Cruz Roja? _____ 12
 Institutos Nacionales? _____ 13
 (ESPECIFIQUE)
 OTRO _____ 77
 (ESPECIFIQUE)
 NINGUNA _____ 22
 NO SABE _____ 88
 NO RESPONDE _____ 99

01					01
02					02
03					03
04					04
05					05
06					06
07					07
08					08
09					09
10					10
11					11
12					12
13					13
14					14
15					15
16					16

<p>5.01 ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta casa?</p>	<p>TIERRA 1</p> <p>CEMENTO O FIRME 2</p> <p>MOSAICO, MADERA U OTRO RECUBRIMIENTO 3</p> <p>NO SABE 8</p> <p>NO RESPONDE 9</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>5.02 ¿De qué están hechos la mayor parte de las paredes o muros de esta casa?</p>	<p>LAMINA DE CARTON 01</p> <p>CARRIZO, PALMA O BAMBU 02</p> <p>EMBARRO O BAJAREQUE 03</p> <p>MADERA 04</p> <p>LAMINA DE ASBESTO O METALICA ... 05</p> <p>ADOBE 06</p> <p>TABIQUE, TABICON, BLOCK, PIEDRA MAMPOSTERIA O CEMENTO 07</p> <p>OTROS MATERIALES 77</p> <p>NO SABE 88</p> <p>NO RESPONDE 99</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>5.03 ¿De qué material es la mayor parte del techo de esta casa?</p>	<p>LAMINA DE CARTON 1</p> <p>PALMA, TEJAMANIL O MADERA 2</p> <p>LAMINA DE ASBESTO O METALICA ... 3</p> <p>TEJA 4</p> <p>LOSA DE CONCRETO, BOVEDA DE LADRILLO O TERRADO, ENLADRILLADO SOBRE VIGAS 5</p> <p>OTROS MATERIALES 7</p> <p>NO SABE 8</p> <p>NO RESPONDE 9</p>	<input type="checkbox"/>	
<p>5.04 ¿Cuántos cuartos se usan para dormir?</p>	<p>NUMERO DE CUARTOS</p> <p>NO SABE 88</p> <p>NO RESPONDE 99</p>	<input type="text" value="1"/>	
<p>5.05 En total ¿cuántos cuartos tiene esta vivienda sin contar pasillos, baño y cocina</p>	<p>NUMERO DE CUARTOS</p> <p>NO SABE 88</p> <p>NO RESPONDE 99</p>	<input type="text" value="1"/>	
<p>5.06 ¿Hay en esta vivienda un cuarto para cocinar?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 8</p> <p>NO RESPONDE 9</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>PASE A 5.08</p>
<p>5.07 ¿Este cuarto se usa para dormir?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 8</p> <p>NO RESPONDE 9</p>	<input type="checkbox"/>	

<p>5.08 ¿Tiene excusado esta vivienda?</p>	<p>SI 1 <input type="checkbox"/></p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 8</p> <p>NO RESPONDE 9</p>	<input type="checkbox"/>	<p>PASE A 5.10</p>																																			
<p>5.09 ¿Tiene el excusado conexión de agua?</p>	<p>SI 1</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 8</p> <p>NO RESPONDE 9</p>	<input type="checkbox"/>																																				
<p>5.10 ¿Los habitantes de esta vivienda disponen de agua entubada ...</p>	<p>dentro de la vivienda? 1</p> <p>fuera de la vivienda, pero dentro del edificio, vecindad o terreno? 2</p> <p>de la llave pública o hidrante? 3</p> <p>NO DISPONE DE AGUA ENTUBADA... 4</p> <p>NO SABE 8</p> <p>NO RESPONDE 9</p>	<input type="checkbox"/>																																				
<p>5.11 ¿Esta vivienda tiene drenaje?</p>	<p>SI</p> <p>¿está conectado al drenaje de la calle? 1</p> <p>¿está conectado a una fosa séptica? 3</p> <p>¿desagua al suelo, a un río o lago? 4</p> <p>NO 2</p> <p>NO SABE 8</p> <p>NO RESPONDE 9</p>	<input type="checkbox"/>																																				
<p>Ahora me voy a referir exclusivamente a su hogar</p> <p>5.12 ¿Este hogar tiene....</p> <p>CIRCULE CADA RESPUESTA</p>		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> <th>NS</th> <th>NR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>televisión?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>videocasetera?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>refrigerador?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>estufa de gas?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>calentador de gas?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>moto, automóvil o camioneta?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		SI	NO	NS	NR	televisión?	1	2	8	9	videocasetera?	1	2	8	9	refrigerador?	1	2	8	9	estufa de gas?	1	2	8	9	calentador de gas?	1	2	8	9	moto, automóvil o camioneta?	1	2	8	9	
	SI	NO	NS	NR																																		
televisión?	1	2	8	9																																		
videocasetera?	1	2	8	9																																		
refrigerador?	1	2	8	9																																		
estufa de gas?	1	2	8	9																																		
calentador de gas?	1	2	8	9																																		
moto, automóvil o camioneta?	1	2	8	9																																		
<p>5.13 ¿Cuál es la religión de la familia?</p>	<p>CATOLICA 1</p> <p>EVANGELICO 2</p> <p>TESTIGO DE JEHOVA 3</p> <p>NINGUNA 4</p> <p>OTRA 7</p> <p>(ESPECIFIQUE)</p> <p>NO SABE 8</p> <p>NO RESPONDE 9</p>	<input type="checkbox"/>																																				

VERIFIQUE LA PREGUNTA 3.20 PARA CONTINUAR CON EL CUESTIONARIO INDIVIDUAL. APLIQUE UN CUESTIONARIO INDIVIDUAL A CADA PERSONA REGISTRADA EN ESA PREGUNTA

SI NO REGISTRO EN 3.20 DE LAS GRACIAS POR SU COOPERACION

PARA TODAS LAS PERSONAS

CLAVE DEL
NÚMERO ALEATORIO
DEL SELECCIONADO

PARENTESCO

LENGUA INDIGENA

2.5

2.6

¿Qué es (NOMBRE) del (la) jefe (a)
del hogar?

¿(NOMBRE) habla algún dialecto
o lengua indígena?

Espos(a) o cónyuge 02

Sí 01

Hijo(a) 03

No 02

Otro parentesco 04

No tiene parentesco 05

Trabajador(a) doméstico(a) 06

No sabe 88

Pariente del trabajador doméstico 10

No responde 99

No sabe 88

No responde 99



CODIGO	PARENTESCO	CODIGO	ESPECIFICAR	CODIGO
1.1.1.1	JEFE O JEFA	1.0.1.1		1.1
1.1.1.2		1.1		1.1
1.1.1.3		1.1		1.1
1.1.1.4		1.1		1.1
1.1.1.5		1.1.1.1		1.1.1.1
1.1.1.6		1.1		1.1
1.1.1.7		1.1.1.1		1.1.1.1
1.1.1.8		1.1		1.1
1.1.1.9		1.1.1.1		1.1.1.1
1.1.1.10		1.1		1.1
1.1.1.11		1.1.1.1		1.1.1.1

PARA PERSONAS DE AÑOS CUMPLIDOS O MÁS

CAUSA DE ABANDONO ESCOLAR	ESCOLARIDAD	ESTADO CONYUGAL
<p>2.10</p> <p>¿Cuál fue el motivo principal por el que (NOMBRE) dejó la escuela?</p> <p>Nunca ha ido a la escuela 00</p> <p>No quiso o no le gustó estudiar 01</p> <p>Tenía que trabajar 02</p> <p>Falta de dinero 03</p> <p>Se casó (unió) 04</p> <p>No había escuela o estaba muy lejos .. 05</p> <p>No tenía recursos 06</p> <p>Su familia ya no la (o) dejó 10</p> <p>Por ayudar en las tareas del hogar 11</p> <p>Terminó sus estudios 12</p> <p>Motivos de salud 13</p> <p>Otro motivo 77</p> <p>No sabe 88</p> <p>No responde 99</p>	<p>2.11</p> <p>¿Hasta qué año y grado aprobé (pasé) (NOMBRE) en la escuela?</p> <p>NOTE CON NÚMERO DE ÚLTIMO AÑO Y GRADO APROBADO</p> <p>Ninguno 00</p> <p>Preescolar o kinder 01</p> <p>Primaria 02</p> <p>Secundaria 03</p> <p>Preparatoria o bachillerato 04</p> <p>Normal básica 05</p> <p>Carrera técnica o comercial 06</p> <p>Licenciatura 10</p> <p>Maestría o doctorado 11</p> <p>No sabe 88</p> <p>No responde 99</p>	<p>2.12</p> <p>¿Cuál es actualmente el estado civil de (NOMBRE)?</p> <p>Vive con su pareja en unión libre 1</p> <p>Está separado (a) 2</p> <p>Es divorciado (a) 3</p> <p>Es viudo (a) 4</p> <p>Está casado (por el civil) 5</p> <p>Es soltero (a) 6</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>

CÓDIGO	AÑO GRADO	CÓDIGO
_ _ _	N _ G _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ G _ _	_ _ _
_ _ _	N _ G _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ G _ _	_ _ _
_ _ _	N _ G _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ G _ _	_ _ _
_ _ _	N _ G _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ G _ _	_ _ _
_ _ _	N _ G _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ G _ _	_ _ _
_ _ _	N _ G _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ G _ _	_ _ _
_ _ _	N _ G _ _	_ _ _
_ _ _	_ _ G _ _	_ _ _

PARA PERSONAS DE 12 AÑOS CUMPLIDOS O MÁS

OTROS INGRESOS

2.19

¿Tiene (NOMBRE) otros ingresos?

- Si 1
- No 2
- No sabe 8
- No responde 9



2.20

¿El ingreso que recibe es por:

- jubilación o pensión? 01
- ayuda de familiares desde otro país? 02
- ayuda de familiares dentro del país? 03
- alquiler (renta) o intereses bancarios? 04
- ayuda de instituciones de gobierno?
Por ejemplo: Procampo, Progresá 05
- otro tipo, como becas? 06
- ¿Recibe ayuda en especie? 10
- ¿Otra ayuda monetaria? 77
- No sabe 88
- No responde 99

REGISTRE LAS OPCIONES

CÓDIGO	CÓDIGO
1	01
2	02
8	03
9	04
10	05
77	06
88	10
99	77
	88
	99

3. SITUACIÓN DE SALUD Y DERECHOHABIENCIA

PARA TODAS LAS PERSONAS

ESTADO DE SALUD	DERECHOHABIENCIA
<p>3.1</p> <p>¿En general considera usted que la salud de (NOMBRE) durante el último año fue...</p> <p>muy buena? 1</p> <p>buena? 2</p> <p>regular? 3</p> <p>mala? 4</p> <p>muy mala? 5</p> <p>No sabe 8</p> <p>No responde 9</p>	<p>3.2</p> <p>¿Tiene (NOMBRE) derecho a servicio médico?</p> <p>en el Seguro Social (IMSS)? 01</p> <p>en el ISSSTE? 02</p> <p>en una clínica u hospital privado pagado por el trabajo a través de una compañía de seguros? 03</p> <p>en una clínica u hospital privado pagado por el usuario a través de una compañía de seguros? 04</p> <p>servicios médicos de PEMEX 05</p> <p>servicios médicos de SEDENA (Defensa) 06</p> <p>servicios médicos de SEMAR (Marina) 10</p> <p>en otra institución de seguridad social para trabajadores de gobiernos estatales 11</p> <p>¿No tiene derecho al servicio médico? 12</p> <p>otra institución? 77</p> <p>No sabe 88</p> <p>No responde 99</p> <p style="text-align: center;">REGISTRE HASTA 3 OPCIONES</p>
<p>CODIGO</p>	<p>CODIGO</p>
<p>U</p>	<p>U U U U U</p>
<p>U</p>	<p>U U U U U</p>
<p>U</p>	<p>U U U U U</p>
<p>U</p>	<p>U U U U U</p>
<p>U</p>	<p>U U U U U</p>
<p>U</p>	<p>U U U U U</p>
<p>U</p>	<p>U U U U U</p>
<p>U</p>	<p>U U U U U</p>
<p>U</p>	<p>U U U U U</p>
<p>U</p>	<p>U U U U U</p>
<p>U</p>	<p>U U U U U</p>
<p>U</p>	<p>U U U U U</p>

PARA TODAS LAS PERSONAS

PERCEPCIÓN DE LA SEVERIDAD DE LA DISCAPACIDAD

3.6

¿Considera usted que la limitación o dificultad de (NOMBRE) es:
atiende?

- muy leve? 1
- leve? 2
- moderada? 3
- grave? 4
- muy grave? 5
- No sabe 8
- No responde 9

PREFERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

3.7

¿Cuando (NOMBRE) tiene problemas de salud ¿en dónde se

ESCRIBA UN SOLO CÓDIGO

- Clinica u hospital del IMSS 01
- Clinica u hospital del ISSSTE 02
- Clinica u hospital de PEMEX, Defensa, Marina 03
- Centro de salud y hospital de la SSA 04
- Clinica u hospital IMSS-Solidaridad 05
- Consultorio, clinica u hospital privado pagado por el lugar
de trabajo (fábrica, banco) 06
- Consultorio, clinica u hospital privado
pagado por el usuario 10
- No se atiende 11
- Otra institución o lugar 77

ESPECIFIQUE

- No sabe 88
- No responde 99

CÓDIGO

ESPECIFIQUE

CÓDIGOS

PARA TODOS LOS TÉRMINOS

TIPO DE RECURSO QUE ATENDIÓ

3.11

¿Quién atendió a (NOMBRE) para este problema?

- Nadie 01
- Familiar/amigo (a)/vecino (a) 02
- Farmacéutico 03
- Curandero/partera/yerbero 04
- Encargado de la comunidad/promotor/auxiliar de salud 05
- Homeópata/naturista/acupunturista 06
- Médico 10
- Dentista 11
- Enfermera 12
- Otro 77
(ESPECIFIQUE)
- No sabe 88
- No responde 99



MOTIVO DE NO ATENCIÓN

3.12

¿Por qué no se atendió (NOMBRE) con un médico, enfermera o algún otro personal de salud?

- No fue necesario 01
- No hay dónde atenderse 02
- Es caro 03
- No tenía dinero 04
- Está muy lejos 05
- Falta de confianza 06
- Tratan mal 10
- No tuvo tiempo 11
- Fue pero no lo atendieron 12
- Otro 77
(ESPECIFIQUE)
- No sabe 88
- No responde 99

CODIGO

ESPECIFIQUE

CODIGO
