

ALFABETIZACIÓN EN SALUD DE AFILIADOS AL SEGURO POPULAR  
EN EL MUNICIPIO DE TRANCOSO, ZACATECAS. 2018

María del Sol Magallanes Castillo  
Pascual Gerardo García Zamora  
Maestría en Ciencias de la Salud Unidad, UAZ  
Adriana Ramírez López  
Unidad Académica de Medicina Humana, UAZ  
Correo-e: magallanesmds@hotmail.com

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud definió en 1998 en su Glosario de Promoción de la Salud la Alfabetización en Salud (AS) como: “*las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para poder llegar a comprender y utilizar la información de manera que promuevan y mantengan una buena salud*”, (OMS, 1998). En la presente investigación se manejó por AS al grado de conocimientos de derechos y obligaciones que tienen los beneficiarios del Seguro Popular. Y para tales efectos en la interpretación de los resultados se clasificó como nulo, escaso, moderado y buen conocimiento. *Objetivo:* Evaluar la alfabetización en salud (AS) y su importancia en la resolución de las necesidades en salud de los afiliados del Seguro Popular, (SP) en el primer nivel de atención del Hospital Comunitario Trancoso. *Materiales y Métodos.* Descriptivo, analítico, transversal con muestra aleatoria estratificada por servicios del primer nivel de atención, de 381 encuestas de un universo de 3,010 pacientes atendidos en la unidad de salud (del mes de julio 2018). Se incluyeron afiliados al Seguro Popular mayores de 15 años que portaran su póliza de afiliación vigente, excluyendo a los afiliados que presentaron pólizas de afiliación vencidas. *Resultados.* El nivel de Alfabetización en Salud del Seguro Popular (derechos) evidenciaron un conocimiento medio y alto de 58 y 23 por ciento respectivamente; respecto a sus obligaciones se observó un 55.3 y 42.5 por ciento del conocimiento alto y medio respectivamente. El 74.8 por ciento de la población les fue negada la atención médica en algún momento de la utilización de los servicios de salud, durante el periodo vigente de afiliación, no obstante, el 34.6 por ciento logra acceder a la atención médica gracias a su grado de alfabetización en salud (conocimiento de los derechos como afiliado al SP). El análisis de  $\chi^2$  reveló asociación significativa ( $p=0.004$ ) entre la Alfabetización en Salud y la resolución en la atención médica. *Conclusiones.* La alfabetización en salud del Seguro Popular impacta en la resolución de las necesidades en salud de los afiliados en el primer nivel de atención. Más de la tercera parte de la población encuestada no

tenía claridad sobre los beneficios del Seguro Popular, representando una barrera para el funcionamiento más eficiente del sistema.

Palabras clave: Alfabetización en Salud, Seguro Popular.

#### ABSTRACT

The World Health Organization defined in 1998 in its Glossary of Health Promotion the Health Literacy (AS) as: "the cognitive and social abilities that determine the motivation and the capacity of the individuals to be able to get to understand and to use the information in a way that promotes and maintains good health "(WHO, 1998). In the present investigation, AS was responsible for the knowledge of degree for rights and obligations of Seguro Popular beneficiaries. And for such effects in the interpretation of the results it was classified as null, scarce, moderate and good knowledge. Objective: To evaluate health literacy (SA) and its importance in resolving the health needs of Seguro Popular members (SP) on the primary care of the Trancoso Community Hospital. Method. Descriptive, analytical, transversal with stratified random sample by services of the first level of attention, of 381 surveys of a universe of 3,010 attended patients at health unity (of the month of July 2018). We included affiliates to the Seguro Popular over 15 years old who carried their current affiliation policy, excluding members who submitted expired membership policies. Results The level of Health Literacy in Popular Insurance (rights) was with a medium and high knowledge of 58 and 23 percent respectively, of their obligations was observed; 55.3 and 42.5 percent high and medium knowledge respectively. 74.8 percent of the population was denied medical care at some point of the use of health services, during the current period of membership, however 34.6 percent achieved access to medical care thanks to their literacy level in health (knowledge of rights as an affiliate to SP.) The analysis of  $\chi^2$  revealed a significant association ( $p=0.004$ ) between Health Literacy and the resolution in medical care Conclusions Health literacy of Seguro Popular impacts on the resolution of the health needs of the affiliates on the primary care More than a third of the surveyed population did not have clarity about the benefits of Seguro Popular, representing a barrier to the most efficient functioning of the system.

Keywords: Health Literacy, Popular insurance.

## INTRODUCCIÓN

Alfabetización en salud: La alfabetización en salud, traducción del inglés «Health Literacy» (HL), es un concepto relativamente reciente que está cobrando mayor relevancia dentro del campo de la salud. La Organización Mundial de la Salud la definió en 1998 en su Glosario de Promoción de la Salud como *«las habilidades cognitivas y sociales que determinan la motivación y la capacidad de los individuos para poder llegar a comprender y utilizar la información de manera que promuevan y mantengan una buena salud»*. (OMS, 1998). Aunque en sus inicios la alfabetización en salud fue estudiada fundamentalmente en el entorno del paciente, limitándose al ámbito de la atención sanitaria, la importancia de ir más allá de un enfoque individual y de considerar la alfabetización en salud como una interacción entre las demandas de los sistemas de salud, hoy día resulta un concepto crucial en salud pública, abarcando el ámbito de la prevención de enfermedades y de la promoción de la salud, refiriéndose, en consecuencia, a los ciudadanos en general, tengan o no una determinada enfermedad (Ruiz-Cabello, 2015).

En América del Sur, desde la Declaración de la Conferencia Mundial de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (APS) en 1978, difundió una concepción de atención primaria de la salud integral, que la interpreta como parte de un sistema integrado de cuidados de la salud y del desarrollo económico-social, que involucra la cooperación con otros sectores para enfrentar los determinantes sociales de la salud y la promoción de la participación social. En el apartado VII.5 nos habla de la importancia de promover la responsabilidad y la participación de los individuos en el auto cuidado de la salud (OMS, 1978). Lo cual es retomada en la carta de Ottawa 1986 en el apartado referente a proporcionar los medios, el desarrollo de las aptitudes personales y el último que habla de irrumpir en el futuro: *“Los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en el que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud”* (Ottawa, 1986). En ese sentido trece países incluidos México adoptan una política pública en materia de salud para combatir las inequidades e implementan sistemas que financien la atención en salud (Giovanella et al., 2015).

El derecho a la salud en México emana bajo el artículo 4º Constitucional el cual comenta que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general; en ese sentido el Sistema de Protección Social en Salud, conocido comúnmente como Seguro Popular (SP) en México, constituye un esquema de aseguramiento público y voluntario para la población no derechohabiente de las instituciones

de seguridad social; quien ofrece cobertura financiera en servicios de salud, buscando satisfacer de manera integral las necesidades de la población afiliada, para proteger la economía familiar, para lo cual es necesario que las personas usuarias tengan pleno conocimiento de los derechos y obligaciones que se tienen (alfabetización en salud). Instrumentado a través de la Secretaría de Salud y sus instituciones, dicho Sistema inició formalmente el 15 de mayo del 2003 y se publicó en el Diario Oficial de la Federación (DOF). Una estrategia de este sistema para garantizar la efectividad en la resolución de las necesidades en salud ha sido la AS (CONEVAL, 2014; Frenk, 2015).

La falta de AS en cualquier tipo de población, vulnera la capacidad de toma de decisiones en los casos de una urgencia médica y/o solicitud médica, como el caso de pacientes crónico-degenerativos, al no ser atendida a tiempo (por falta de personal médico o medicamentos) puede resultar en complicaciones, como la cetoacidosis (CAD) en el caso de los pacientes diabéticos, que constituye una causa importante de morbilidad, con una incidencia anual que varía entre 4 a 8 episodios por cada 1,000 pacientes al año. Otra patología como la hipertensión arterial y un mal manejo de la misma puede llegar a provocar un «evento cerebro vascular» (EVC), en México, este padecimiento ocurre en 118 personas por cada 10,000 habitantes al año. (IMSS, 2015)

Se ha encontrado que la alfabetización inadecuada en salud es un predictor de desconexión del paciente, inadecuación de la atención, mayores costos de atención médica y mayores tasas de mortalidad, (Sørensen et al., 2015). El objetivo de la presente investigación fue evaluar la alfabetización en salud y su efectividad en la gestión para la resolución de las necesidades en salud de los afiliados del Seguro Popular, en el primer nivel de atención del Hospital Comunitario Trancoso, donde se consideró identificar el grado de AS y conocer la resolución de las necesidades en salud de los beneficiarios

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal, con una muestra representativa de 381 entrevistas a beneficiarios del Seguro Popular en el primer nivel de atención en el Hospital Comunitario Trancoso. Los criterios de inclusión fueron: afiliados mayores de 15 años; que portaran la póliza de afiliación vigente; beneficiarios que se atendieron en la unidad de salud. El diseño de la muestra se calculó a partir de un universo de 3,010 pacientes atendidos en la unidad de salud. El tipo de muestra fue aleatorio estratificado con un nivel de confianza del 95 por ciento, 5 por ciento de margen de error, precisión de 5 por ciento y proporción del 50 por ciento.

*Variables de estudio*

Variable dependiente: Efectividad en la resolución de las necesidades en salud del primer nivel de atención.

Variables independientes: Características socio demográficas y la AS de la población afiliada al SP.

## RESULTADOS

*Características sociodemográficas*

De los datos recabados en este apartado, se identificó que fueron las mujeres quienes más utilizaron los servicios de salud con 85.6 por ciento. El rango de edades que mayormente ingresaron a la atención primaria fueron los adolescente y jóvenes de (16-25 años), así como los adultos mayores (26-35 años), se destacó que más del 70 por ciento de los usuarios presentaron niveles de escolaridad bajos, principalmente con primaria y secundaria. También se identificó que el 6 por ciento eran analfabetos. Respecto al estado civil, 58 por ciento de los afiliados indicaron estar casado(a)s. El predominio de la población afiliada radica en zona urbana entre los afiliados con poco más de la mitad. Por último, se identificó que la población encuestada reportó una afiliación al Seguro Popular perteneciente a Zacatecas (Tabla 1).

TABLA 1. DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

VARIABLES	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
SEXO	Masculino	55	14.4
	Femenino	326	85.6
EDAD	Adolescentes y Jóvenes (16-25)	115	30.2
	Adulto Joven (26-35)	95	24.9
	Adulto Medio (36-45)	64	16.8
	Adulto Maduro (46-55)	47	12.3
	Adulto en plenitud (56 y más)	60	15.7
	Ninguna	23	6.0
ESCOLARIDAD	Preescolar	3	0.8
	Primaria	75	19.7
	Secundaria	202	53.0
	Bachillerato	61	16.0
	Carrera Técnica	6	1.6
Licenciatura	11	2.9	

*Continúa en la siguiente página...*

*Viene de la página anterior.*

VARIABLES	CATEGORÍAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
ESTADO CIVIL	Soltera(o)	33	8.7
	Casada (o)	221	58.0
	Concubinario	2	0.5
	Unión Libre	87	22.8
	Viuda	17	4.5
	Padre/Madre Soltero	9	2.4
	Divorciado (a)	5	1.3
	Separado (a)	7	1.8
RESIDENCIA	Zona rural	180	47.2
	Zona urbana	201	52.8
ENTIDAD DE AFILIACIÓN	Zacatecas	360	94.5
	Otra Entidad	21	5.5

Fuente: Trabajo de investigación.

### *Alfabetización en Salud de los afiliados al Seguro Popular*

Poco más de la mitad de la población presentaron un conocimiento moderado de los derechos al SP, sólo el 23.8 por ciento tuvieron un buen conocimiento de los beneficios de dicho sistema. Lo que respecta a las obligaciones, más de la mitad de la población encuestada presentó un buen conocimiento de las responsabilidades que implican tener SP, sólo el 2 por ciento de la muestra obtuvo un escaso conocimiento de sus obligaciones (Tabla 2).

TABLA 2. ALFABETIZACIÓN EN SALUD. NIVEL DE CONOCIMIENTO DE DERECHOS Y OBLIGACIONES

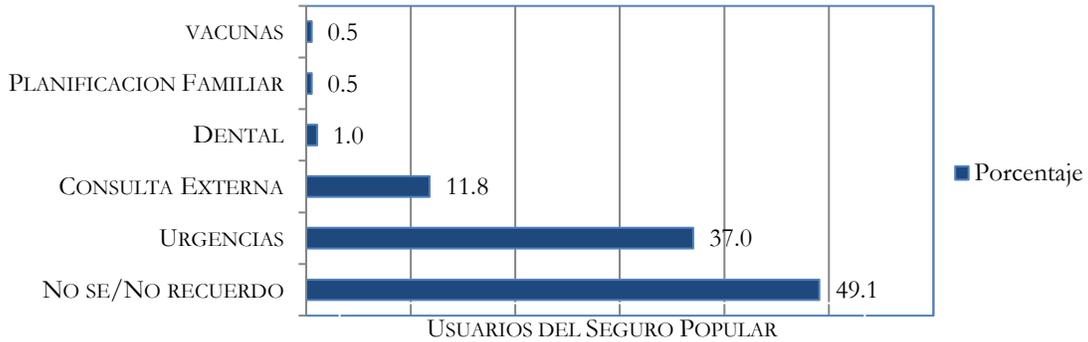
DESCRIPCIÓN DE VARIABLE	FRECUENCIA	POR CIENTO
CONOCIMIENTO DE DERECHOS	Bajo conocimiento	69 18.0
	Moderado conocimiento	221 58.0
	Buen conocimiento	91 23.8
CONOCIMIENTO DE OBLIGACIONES	Escaso conocimiento	8 2.0
	Moderado conocimiento	162 42.5
	Buen conocimiento	211 55.0

Fuente: Trabajo de investigación.

Se indagó si durante el período de afiliación vigente requirieron atención a sus necesidades en salud no atendida en la primera solicitud del servicio, donde el 50.8 por ciento no recibieron atención en la primera solicitud de servicio en el área de urgencias, seguida de consulta externa, atención dental, vacunas y

planificación familiar. El 49.1 por ciento no recordó con precisión en que servicio se le negó la atención (Figura 1).

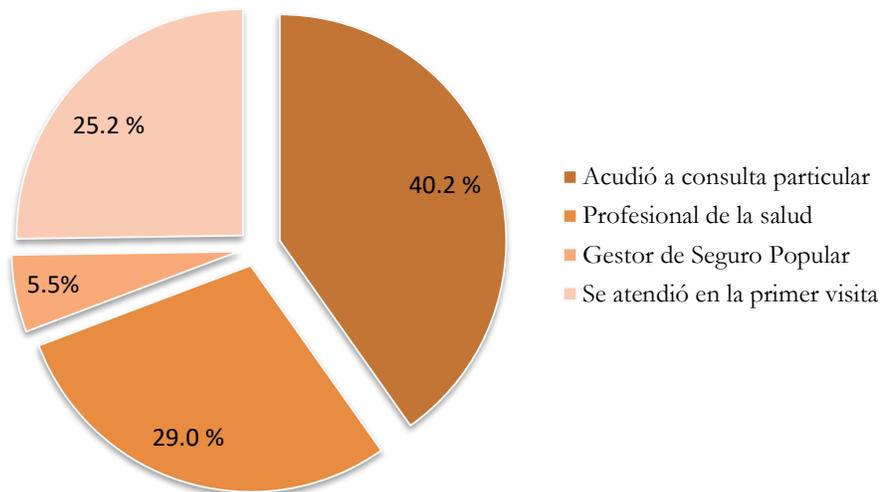
FIGURA 1. NECESIDADES DE SALUD NO RESUELTAS DURANTE EL PERIODO VIGENTE DE AFILIACIÓN



Fuente: Trabajo de investigación.

Al acceder el paciente a las instancias de atención para intentar resolver las necesidades en salud, se encontró que el 40 por ciento acudió a la consulta particular; el 29 por ciento acudió con algún personal de los prestadores de los servicios de salud; el 25.2 por ciento se les atendió en la primera visita de manera satisfactoria. (figura 2)

FIGURA 2. SEGUIMIENTO DE LA ATENCIÓN



Fuente: Trabajo de investigación.

## ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La prueba de  $\chi^2$  reveló una asociación estadísticamente significativa ( $p=0.004$ ) entre la Alfabetización en Salud del Seguro Popular (conocimiento de sus derechos) y su resolución de la atención médica. Puede apreciarse también que a mejor conocimiento de sus obligaciones mayor porcentaje en la resolución de la atención médica ( $p=0.051$ ) como se muestra en la Tabla 3.

TABLA 3. ALFABETIZACIÓN EN SALUD DEL SEGURO POPULAR Y RESOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

DESCRIPCIÓN DE LA VARIABLE	RESOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN (%)		SIGNIFICACIÓN	
	Sí	No		
CONOCIMIENTO DE DERECHOS	Nulo conocimiento	0.0	5.2	$X^2= 12.98$ $p=0.004$
	Escaso conocimiento	13.9	16.9	
	Moderado conocimiento	55.6	62.3	
CONOCIMIENTO DE OBLIGACIONES	Buen conocimiento	30.5	15.6	$X^2= 5.93$ $p=0.051$
	Escaso conocimiento	2.0	2.6	
	Moderado conocimiento	34.4	50.6	
	Buen conocimiento	63.6	46.8	

Fuente: Trabajo de investigación.

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

La población que en su mayoría acudió a atención médica, de acuerdo a los datos de nuestra investigación son las mujeres jóvenes menores de 25 años, como ocurrió el estado de México (REPSS, 2016) donde se estudió la satisfacción de los usuarios del SP; el estudio identificó que el 68.7 por ciento de los usuarios de los servicios médicos eran del sexo femenino. Así mismo, en Ica Perú (Carlos-Neciosup Jonathan Phillip, 2015), determino los factores asociados de la demanda insatisfecha en la consulta externa, donde la mayoría de los usuarios fueron adultos jóvenes (59.8 por ciento), de género femenino (62.3 por ciento). En el mismo sentido en una comunidad de Rio de Janeiro Brasil (Loyola et al., 2014), se identificó el perfil de demanda de los usuarios del Clínica Familiar María do Socorro Silva e Souza, y la Unidad de Cuidados de Emergencia, donde hubo un predominio del sexo femenino, (80.2 y 69.8 por ciento) respectivamente, con edad entre 20-39 años.

El contar con la formación básica en la escolaridad garantiza un nivel mayor de alfabetización con relación a las personas que tienen una formación incompleta. En este estudio el 53 por ciento de los usuarios, presentaron un nivel máximo de escolaridad básico, el 6 por ciento era analfabeto. Similares

resultados se encontró en Ica Perú (Carlos-Neciosup Jonathan Phillip, 2015), predominando el grupo que tiene entre 7 y 11 años de estudios aprobados, con el 41.8 por ciento; la población analfabeta fue del 2 por ciento, significando una diferencia con el presente estudio del 4 por ciento. En el estado de México (REPSS, 2016; Saturno-Hernández et al., 2016), el 37 por ciento reconoció un nivel máximo de escolaridad básico y el 5.7 por ciento de su población fue analfabeto, al obtenerse similares resultados con el presente estudio.

Otro indicador a favor de la AS es el lugar de residencia, el vivir en el área urbana garantiza un mayor acceso a la información relacionada con los sistemas de salud. En el resultado de este trabajo el 52 por ciento de la población atendida en el primer nivel de atención, residía en área urbana, respecto al 47 por ciento de la población rural. En contraste con la investigación del estado de México (REPSS, 2016) el 100 por ciento de su población rural acudió al primer nivel de atención, mientras que la población urbana se distribuyó el 90 por ciento en esta área y el resto en el segundo nivel. El estado civil de los beneficiarios al SP de nuestra investigación fue del 80 por ciento entre casado y unión libre (58 y 22.8 por ciento) respectivamente, la población soltera, viudo(a), padre o madre soltero y divorciada representó el restante 20 por ciento (8.7 4.5, 2.4, 1.3, 1.8 por ciento, respectivamente). Se observó deferencia en la población de Ica, Perú (Carlos-Neciosup Jonathan Phillip, 2015), el 42.7 por ciento fueron solteros, 30.6 por ciento casados y 19.4 por ciento unión libre, quedando el grupo de viudos y divorciados limitado al 6 por ciento.

En la identificación de la Alfabetización en Salud en cuanto a los derechos por parte de los beneficiarios al Seguro Popular, el 86.1 por ciento se encontró entre moderado y buen conocimiento (55.6 y 30.5 por ciento) respectivamente, y de sus obligaciones 98 por ciento entre conocimiento moderado y bueno (34.4 y 63.6 por ciento) a diferencia de un estudio que se realizó en Europa llamado; “Alfabetización en salud en Europa”, (Sørensen et al., 2015) este construyó cuatro niveles de alfabetización en salud: insuficiente, problemático, suficiente y excelente. Al menos 1 de cada 10 (12 por ciento) encuestados mostró una alfabetización insuficiente en salud y casi 1 de cada 2 (47 por ciento) tenía conocimientos de salud limitados (insuficientes o problemáticos). Sin embargo, la distribución de los niveles difirió sustancialmente entre los países (29-62 por ciento). Los subgrupos dentro de la población, definidos por privación financiera, bajo estatus social, baja educación o vejez, tenían mayores proporciones de personas con conocimientos de salud limitados, lo que sugiere la presencia de un gradiente social.

La alfabetización en Salud del Seguro Popular en la identificación de los derechos y obligaciones, resulto con significancia estadística ( $p=0.004$  y  $p=0.051$ ) respectivamente para la resolución de la necesidad en

salud de los usuarios, que en algún momento del periodo de vigencia de su póliza de afiliación al utilizar la atención médica en la unidad de estudio, le fue negada y, que al expresar su inconformidad frente al prestador de salud y/o gestor de seguro popular, fue resuelta dicha situación. En ese sentido en China se comparó a individuos hipertensos que pertenecían a la atención pública, con aquellos que contaban con un plan de financiamiento que incluía el acompañamiento en la gestión del servicio, identificando que estos últimos eran más conscientes de su enfermedad. (Feng, Pang, & Beard, 2014)

## CONCLUSIONES

En la evaluación de las características sociodemográficas se determinó que el 53 por ciento cuenta con escolaridad básica. Respecto al estado civil el 80.8 por ciento de los afiliados tenía pareja, ya fuesen casados o en unión libre, garantizando con ello un mayor apego a los programas de salud y a las indicaciones de los profesionales médicos, además, el predominio de la población afiliada radicó en zona urbana entre los afiliados, con poco más de la mitad de ellos (52.8 por ciento). Históricamente las mujeres fueron las encargadas de proveer los cuidados en las poblaciones y a la vez de desarrollar el auto cuidado de su salud en consecuencia en nuestro trabajo fueron ellas quienes más utilizaron los servicios de salud, con 85.6 por ciento. La edad que predominó fue entre 16 y 25 años, con un 30.2 por ciento, seguido por el adulto joven (16-25 años) con un 24 por ciento.

Al evaluar la Alfabetización en Salud del afiliado al Seguro Popular se observó un predominio del conocimiento moderado de los derechos con un 55.6 por ciento, y 63.6 por ciento con un buen conocimiento de sus obligaciones. Lo anterior tiene su expresión en un incremento en el acceso a la atención de los afiliados del SP. Tras el análisis bajo la prueba estadística de  $\chi^2$ , se observó asociación significativa entre el nivel de conocimientos de derechos y obligaciones expresado en el nivel de alfabetización en salud, proporcionado por el personal del Sistema de Protección Social en Salud y por los profesionales de las instituciones de salud, con la resolución en las necesidades en salud de los afiliados.

## RECOMENDACIONES

El Sistema de Protección Social en Salud surge como una necesidad de atender las necesidades de salud y enfermedad de la población más vulnerable del país que por sus características socioeconómicas no es derecho habiente, objetivo que no se ha logrado cumplir en parte por la distribución geográfica de las

poblaciones, los factores administrativos de los sistemas de salud y un tercer elemento el factor cultural; en este trabajo se encontró que tres cuartas partes de la población afiliada al SP no es atendida en la primer solicitud a la atención médica, de esa cantidad casi la mitad es atendida posteriormente gracias al empoderamiento de los afiliados por conocimiento de sus derechos, en el restante 40 por ciento se deben implementar estrategias de alfabetización de los derechos y obligaciones, para disminuir el uso de la atención privada y su consecuente gasto de bolsillo en estas familias.

Se propone capacitar en didáctica y técnicas dinámicas a los profesionales de las instituciones de Salud y al profesional del Seguro Popular involucrados en la AS de sus beneficiarios a fin de lograr en el usuario una mayor adherencia al sistema, a la institución de salud, a los profesionales que prestan la atención médica, lo que se verá expresado en un mejor auto cuidado en salud y estilos de vida saludables.

Se sugiere integrar funciones de visibilización de la figura del gestor de SP y monitoreo de la atención médica para detectar oportunamente la falta de AS, promoviendo el acompañamiento oportuno a fin de que el beneficiario resuelva su necesidad en salud.

Se recomienda respetar las funciones del gestor del SP para que se centre en el proceso de alfabetización, gestión de los recursos y medios necesarios para la salud de los afiliados, y así contribuir a disminuir el alto porcentaje de la falla en la AS.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cárdenas- Elizalde María del Rosario, C.-C. F. A., Escobar- Latapí Agustín, Nahmad- Sittón Salomón, Scott- Andretta John, Teruel- Belismelis Graciela María. (2014). *Indicadores de acceso y uso efectivo de los servicios de salud de afiliados al Seguro Popular*. México, Distrito Federal: Boulevard Adolfo López Mateos 160
- Carlos-Neciosup Jonathan Phillip, C.-V. A. E., Soriano-Díaz Luis (2015). Factores asociados a la demanda insatisfecha en la consulta externa de un hospital de Ica, 2015. *Rev méd panacea.*, 1, 15-19.
- Frenk, J. (2015). Señalando el camino hacia la cobertura universal de salud: un llamado a la acción. *MEDICC Review*, 17(1), S62-S67.
- Giovanella, L., de Almeida, P. F., Romero, R. V., Oliveira, S., & Silva, H. T. (2015). Panorama de la Atención IMSS. IMSS, I. M. d. S. S. (2015). Enfermedad Vasculat Cerebral. IMSS. Retrieved enero 2015, 2015, from <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/enfermedad-vascular-cerebral>
- Loyola, A. P., Pansani, A. P., Santos, B. L., Azeredo, D. B., Magalhães, F. A. A. d., Bazani, M. C., . . . Farias, A. M. R. O. (2014). Perfil da demanda dos usuários da clínica da família e da UPA em área com 100 % de cobertura de atenção primária. *2014*, 5(2), 17. doi: 10.18673/gs.v5i2.22781.
- OMS, O. M. d. I. S. (1998). *Glosario de Promoción para la Salud*. GINEBRA OMS.
- Ottawa, O. M. d. I. S.-. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Paper presented at the La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, Canada.

- 
- REPSS, E. d. M. (2016). Estudio de Satisfacción de Usuarios del Sistema de Protección Social en Salud 2016 (1era ed., pp. 81). ESTADO DE MÉXICO: Sistema de Protección Social en Salud.
- Ruiz-Cabello, A. L. (2015). *La alfabetización en salud de la población española: variables relacionadas según los resultados del proyecto europeo de alfabetización en salud*. Universidad de Murcia.
- Saturno-Hernández, P. J., Gutierrez-Reyes, J. P., Vieyra-Romero, W. I., Romero-Martínez, M., Jaime, G., Lozano-Herrera, J., . . . Hernández-Ávila, M. (2016). Satisfacción y calidad percibida de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud de México. Fundamentos metodológicos. *Salud Pública de México*, 58(6), 685-693.
- Sen, A. K. (2016). *La desigualdad económica* (F. d. C. E. d. España Ed. 7 ed. Vol. 1). México D.F.. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058. doi: 10.1093/eurpub/ckv043.