

Diseño y metodología para el estudio de la utilización de servicios médicos y alternativos en un área de salud

Design and methodology for studying the use of medical and alternative services in a health area

Dra. Addys María Díaz Piñera,^I MSc. Armando Rodríguez Salvá,^I MSc. René Guillermo García Roche,^I MSc. Mayda Guerra Chang,^{II} MSc. Rodolfo Jova Morel,^I Dra. Susana Balcindes Acosta,^I Dr. C. Pol De Vos,^{III} Dr. C. Patrick Van der Stuyft^{III}

^I Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). La Habana, Cuba.

^{II} Casa Comunitaria del municipio de Centro Habana. La Habana, Cuba.

^{III} Instituto de Medicina Tropical. Amberes, Bélgica.

RESUMEN

Introducción: En la utilización de los servicios de salud convergen no solo la necesidad de atención de la población en términos de enfermedad, sino sus creencias, aspectos culturales; pero, sobre todo, el complejo contexto en que se da la prestación de servicios de salud.

objetivo: exponer la metodología empleada para el estudio de la utilización de los servicios médicos y alternativos en el área de salud "Marcio Manduley", del municipio de Centro Habana, para la solución de sus problemas de salud.

Métodos: se elaboraron tres instrumentos a partir de la revisión documental y la experiencia de nuestros investigadores, las cuales estaban dirigidas a aquellos miembros de las familias que enfermaron en los últimos 30 días o que padecían una enfermedad crónica y que hicieron o no uso de algún servicio de salud o alternativo.

Resultados: Se entrevistaron 408 núcleos familiares (1 244 personas) con un promedio de 31,4 familias (95,7 personas por encuestadoras). El 89,0 % de las familias fueron entrevistadas de lunes a viernes (el lunes y el martes fueron los días de mayor captación).

Conclusiones: La aplicación de estos instrumentos ofrece una aproximación de cómo se utilizan los servicios de salud y alternativos por la población. Su replicación, perfeccionamiento y adecuación en otros contextos es de gran ayuda a los decisores de salud para fortalecer el trabajo en el nivel primario de atención, y así brindar un servicio de calidad a la población.

Palabras clave: servicios de salud, utilización de los servicios, accesibilidad, equidad en el acceso, atención médica, enfermedades no transmisibles.

ABSTRACT

Introduction: the use of health services converge not only the need for care of the population in terms of illness, but their beliefs, cultural aspects, but above all, the complex context in which the provision of health services is.

Objective: to present the methodology used for studying the use of medical and alternative services in Marcio Manduley health area, municipality of Centro Habana, to solve their health problems.

Methods: Three instruments were developed from the literature review and the experience of our investigators, aiming those family members who became ill in the last 30 days or suffered from a chronic illness that did or did not use any alternative or health service.

Results: We interviewed 408 families (1244 people) with an average of 31.4 families (95.7 people per polling). 89.0% of families were interviewed on weekdays (Mondays and Tuesdays were the days of higher uptake).

Conclusions: The application of these tools provides an approximation on how alternative or health services are used by the population. Replication, refinement, and adaptation to other contexts are helpful to health policy makers to strengthen the work in the primary health care level, and thus provide a quality service to the population.

Key words: health services, use of services, accessibility, equity in access, health care, non-communicable diseases.

INTRODUCCIÓN

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en sus artículos 2 y 25, expresa que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a él y 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, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.¹

Sin embargo, vivimos en un mundo donde los servicios de salud y la medicina moderna siguen estando fuera del alcance de cientos de millones de personas, lo cual constituye uno de los mayores retos de los sistemas de salud en la actualidad.^{2,3}

En el ámbito mundial y regional, los sistemas de salud se encuentran sometidos a constantes cambios o reformas en respuesta a los nuevos desafíos que les impone el ambiente social. Estas reformas no constituyen un modelo o manifiesto para la acción; estas deben establecerse en función de los contextos políticos, sociales, culturales y de las condiciones específicas de cada país.⁴⁻⁸

Se distinguen varios modelos de atención en salud a nivel mundial, como son: Bismarck o de los seguros sociales, Servicio Nacional de Salud de Beveridge, Pluralista o de Libre Empresa, Semashko o Sistema Centralizado.⁹

Aunque en las Américas existen los cuatro modelos de atención, en la mayoría de los países latinoamericanos coexiste una variante organizativa mixta y segmentada, donde el acceso a servicios de salud no está completamente disponible y en algunos casos es de baja efectividad y calidad técnica e inexistente para grandes segmentos de la población, en particular para los grupos que más los necesitan,^{3-5,9} por lo que en numerosas países, fundamentalmente del tercer mundo, hacen un mayor uso de los servicios alternativos que comprende diversas prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias, donde se incorporan medicinas procedentes de plantas, animales y/o fuentes minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios, entre otras, para satisfacer sus necesidades sanitarias primarias, además de ser accesible y asequible desde el punto de vista económico. Estos servicios alternativos pueden formar parte o no del sistema nacional de salud y en la actualidad están siendo utilizados cada vez más para un amplio espectro de enfermedades, tanto por personas de países desarrollados como de países en vías de desarrollo.¹⁰

En Cuba se considera la salud como uno de los bienes más apreciados que tiene el hombre; está amparada por la Constitución de la República (Capítulo VII artículos del 47 al 50) y la Ley 41 de la Salud Pública.¹¹⁻¹⁵

El Sistema de Salud cubano es una adaptación del modelo de atención Semashko o Sistema centralizado. Es subsidiado por el Estado y se basa en las necesidades de la población y no en las relaciones de solvencia financiera.^{8,9} Tiene entre sus principios básicos la equidad, la accesibilidad y el carácter regional; se encuentra organizado en tres niveles estructurales, donde el nivel primario de atención está sustentado en la atención primaria de salud (APS) y el programa del médico y la enfermera de la familia.

La APS es una estrategia que permite acercar los servicios de salud a la población con el propósito de reducir el abismo que media entre los "privilegiados" y los "desposeídos"; permite una distribución más equitativa de los recursos de salud; concede una asistencia sanitaria esencial, integral, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, donde la prevención, la promoción, el tratamiento, la rehabilitación y la participación de otros sectores de la vida nacional juegan un papel primordial. Conjuntamente se fomenta la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud, se promueve el trabajo en equipo e insta a estos y a las comunidades al uso más eficiente de los recursos disponibles.¹⁶

El éxito en la calidad de un sistema asistencial requiere además de organización, integración e interrelación entre los diferentes niveles de atención, de voluntad política y de participación social.⁸

Nuestro sistema sanitario desde sus inicios ha estado inmerso en un proceso de permanente adecuación de sus servicios a los problemas, demandas y necesidades de la población cubana y sus determinantes. Principios cardinales para mejorar la salud, como la equidad y el acceso a los servicios de asistencia han estado siempre vigentes, a pesar de los efectos ocasionados por la profunda crisis económica en la que se vio inmersa Cuba en la década del 90 y que tuvo su impacto en prácticamente todas las esferas de la vida, incluyendo la salud. Ante esta situación, el Ministerio de Salud Pública se dio a la tarea de rediseñar acciones con el fin de perfeccionar el sistema, además de defender y consolidar los preceptos y principios puestos en marcha desde el inicio de la Revolución. Sin embargo, aún persisten dificultades desde el punto de vista de organización de los servicios de salud en el nivel primario de atención, muy relacionados con recursos humanos (estabilidad del personal, prestaciones, cumplimiento de horarios, demora en la atención) y recursos materiales (específicamente condiciones de trabajo).¹⁷⁻¹⁹

El acceso a los servicios es un aspecto clave de la calidad en la atención primaria; es un proceso de interacción entre usuarios y servicios, orientado a permitir que quien tenga una necesidad de salud reciba la atención que necesita.^{4,13,20}

Los motivos por los cuales una persona acude a un servicio de salud van más allá de la carga de morbilidad que esta pueda estar padeciendo. Una gran proporción de la población utiliza los servicios de salud sin que desde el punto de vista médico exista una justificación clara; otros acuden directamente a los hospitales en busca de atención médica, pero es el nivel primario de atención la puerta de entrada al sistema, en donde se debe solucionar la mayoría de los problemas de salud.²⁰ Los patrones de utilización de un servicio están determinados por las necesidades sentidas de salud del individuo u usuario, factores predisponentes (edad, sexo, ocupación, nivel escolar, clase social, estado civil), factores inherentes a los servicios (por ejemplo accesibilidad física y espacial, tiempo, razón médico habitantes), factores de los proveedores de estos servicios (motivación, experiencia, formación, entre otros).²⁰⁻²²

Estudios que abordan la utilización de los servicios de salud en varios países, como Estados Unidos,²³ Irlanda,²⁴ Curazao,²⁵ España,²⁶ Brasil,²⁷ Inglaterra²⁸ y Canadá,²⁹ exponen la importancia de las políticas y el rol de los sistemas de salud como un modificador de efecto.

La importancia de este trabajo radica en que a través de la implementación de esta metodología podemos conocer cómo se comporta la utilización de los servicios médicos y alternativos en un área de salud, aspecto del cual se tiene escasa referencia en nuestro país.

El objetivo de este trabajo es exponer la metodología empleada para el estudio de la utilización de los servicios médicos y alternativos en el área de salud "Marcio Manduley", del municipio Centro Habana, durante el período abril-junio de 2010.

MÉTODOS

Se elaboraron tres instrumentos (cuestionarios de utilización de los servicios, cuestionario a pacientes con enfermedades no transmisibles y a usuarios) a partir de la revisión documental y la experiencia previa de los autores en estudios sobre el subsistema de urgencia de atención primaria de salud (SUAPS),^{30,31} el ingreso en el hogar^{32,33} y el papel de los consultorios compartidos.³⁴ Estos fueron validados y, previo a su implementación en el área objeto de estudio, se realizó una prueba

piloto en otra área de salud, dentro del mismo municipio con características sociodemográficas similares. Estos cuestionarios estaban dirigidos a aquellos miembros de las familias que enfermaron en los últimos 30 días, los que presentan una enfermedad crónica (no transmisible) y aquellos que hicieron uso de algún servicio de salud o alternativo, las que fueron aplicadas simultáneamente en el área de salud anteriormente mencionada.

SELECCIÓN DEL PERSONAL Y CAPACITACIÓN

Para la selección del personal que se encargaría del llenado de los cuestionarios, se tuvo en cuenta una serie de requisitos, como el porte y el aspecto personal, conocimientos y habilidades para este tipo de trabajo, que conociera el área donde se iba a trabajar, para lo cual nos apoyamos de líderes informales de la comunidad.

Se seleccionaron un total de 13 encuestadoras, a las que se les denominó "encuestadoras populares", diez de ellas asistentes de enfermería (personal que apoya la labor de las enfermeras en los consultorios médicos y perciben un salario por su faena), con experiencia del trabajo comunitario y en este tipo de actividad; además eran residentes del área, lo cual facilitó el actividad a este nivel.

Una vez seleccionadas fueron presentadas al resto del equipo de investigación y provistas de los medios necesarios para la realización del trabajo. Se capacitaron durante tres sesiones por el equipo de investigadores; se abordó cómo se procedería al llenado de los cuestionarios, mientras se evacuaban las dudas surgidas en la medida en que era leído el instructivo y, a la vez, enriquecido con nuevos aportes y sugerencias. En consenso se decidió que trabajarían de lunes a viernes, en el horario que fuera más factible para la localización de la muestra seleccionada, donde confeccionarían de 2 a 3 encuestas diarias como promedio, para garantizar la calidad (promedio de 12 a 15 encuestas semanales). Se fijó un día de la semana (viernes en la mañana) para analizar las incidencias y avances del trabajo, la entrega y recogida de encuestas realizadas se harían diariamente en un lugar fijo (casa comunitaria). Se supervisó dicha actividad de manera sistemática por nuestro equipo de investigación.

CONFECCIÓN Y APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Los instrumentos confeccionados fueron aplicados según el caso y de forma simultánea por un mismo personal y se registraron por número de familia. Estos se comenzaron a aplicar el 20 de abril y se culminó el 27 de junio:

1. Cuestionario de utilización de los servicios. Constó de tres partes. En la primera parte se recogieron datos sociodemográficos de cada uno de los integrantes de las familias; el resto es el estudio de utilización propiamente dicho. La segunda y tercera partes del cuestionario nos daban una visión de cómo fue abordado el problema de salud de cada integrante de la familia y una estimación del servicio brindado. Los aspectos que se trataron de forma general fueron los problemas de salud presentados:

- Días que dejó de laborar o estudiar para resolver dicho problema de salud.
- Actitud asumida por el paciente (actividades realizadas por el paciente para resolver su problema de salud).

- Diferentes etapas o momentos por los que transitó el paciente en la búsqueda de solución a su problema de salud; aquí se trató más detalladamente cuáles eran los servicios utilizados, peculiaridades del servicio, resolutivez, satisfacción del usuario y gasto de bolsillo.

La primera parte del cuestionario estaba dirigida fundamentalmente a los jefes de núcleos de las viviendas que fueron seleccionadas según muestreo. De no existir nadie en la vivienda en el momento de la visita o el encuestado no pudiera aportar los datos necesarios, y de no existir otro miembro de la familia durante el llenado del cuestionario, se recuperó en un segundo intento y en caso fallido se tomó la vivienda que aparecía a continuación en el listado de direcciones. Las preguntas eran referidas a la última vez que algún miembro de la familia enfermó (últimos 30 días) y al manejo de dicha enfermedad, independientemente de si se trataba de un proceso agudo o crónico.

En el caso de que nadie en la vivienda hubiera estado enfermo durante las últimas cuatro semanas (30 días), no se continuaba con el llenado de este cuestionario (partes 2 y 3).

Si existían enfermos en la familia durante las últimas cuatro semanas se procedía al llenado de tantos cuestionarios (parte 2), como pacientes enfermos se reportaran durante ese período, haciendo corresponder a cada enfermo con el número que este ocupaba en la lista de composición familiar. Igualmente, si el paciente visitó varios servicios de salud en busca de solución a su problema de salud se llenaban tantas encuestas (parte 3) como lugares visitados por este, haciendo corresponder de igual forma a cada enfermo con el número que este ocupaba en la lista de composición familiar y con el número de etapa (orden cronológico de las acciones realizadas por el paciente para la solución de su problema de salud).

II. Cuestionario sobre enfermedades no transmisibles. Este cuestionario nos informaba sobre la utilización de los servicios en función de las enfermedades no transmisibles. Se aplicó a cada miembro de la familia que presentaba algún tipo de enfermedad no transmisible, independientemente de haber presentado o no una agudización o recaída durante el último mes, donde se hacía corresponder a cada enfermo con el número que este ocupaba en la lista de composición familiar. En ella se recogieron elementos relacionados con:

- Enfermedades no transmisibles que padecía cada miembro de la familia, años de evolución, seguimiento y control de las enfermedades, profesionales y niveles de atención encargados de este, tratamientos y constancia escrita de sus enfermedades.
- Evolución (recaídas durante el último año, síntomas y signos).
- Actitud asumida por el paciente, o sea, acciones realizadas por él.

III. Cuestionario de servicio alternativo o usuario. Se denominó usuario a aquel miembro de la familia que en el cuestionario de utilización refirió haber recurrido a un servicio alternativo para mejorar su salud, dígase servicio donde se aplicaba medicina natural y tradicional, visita a un yerbero, espiritista, santero, sobador, etc.

Este cuestionario nos daba un enfoque de qué tipo de sanadores eran visitados por estos pacientes y las características de los servicios brindados. Entre los aspectos que se analizaron se incluyó el tipo de sanador, es decir, diferentes variantes si este era o no un profesional de la salud y eran las siguientes:

- Cantidad de veces que había demandado sus servicios.
- Forma de proceder de los sanadores (rituales).
- Costo del servicio.
- Actitud del sanador ante la salud.

SEGUIMIENTO DEL TRABAJO

Durante los contactos semanales se abordaban los siguientes temas: estado de satisfacción de las encuestadoras, dificultades o negación de la población para ser encuestada, así como aspectos relacionados con el suministro, entrega y recogida de las encuestas, aclaración de las dudas generales, así como opiniones de la población sobre la prestación de servicio.

Mientras duró la etapa de llenado de los cuestionarios no se presentó problema con la recepción y suministro de estos. La entrega se realizaba por lo general de forma diaria y en caso de alguna dificultad o duda que pudiera aparecer se analizaba de inmediato con algún miembro del equipo de investigación que de forma permanente supervisaba dicha actividad. El suministro se efectuó de forma semanal.

Selección de la muestra

En relación con el muestreo utilizado se seleccionó una muestra poblacional representativa de dicha área de salud. Tomándose en consideración el total de viviendas existentes (7 500) y como no se conocía la prevalencia del factor bajo estudio, se trató de maximizar la muestra tomando la prevalencia de este como del 50 %, la precisión de estas estimaciones del 10 % y una posible caída muestral del 10 %, por lo que se seleccionaron 408 familias.

Utilización de las variables

Se analizaron variables de tipos demográfica, sociales, de comportamiento y otras insuficientemente estudiadas, como las económicas. Además, se mostró el nivel de atención más utilizado, las principales causas por las que acudían, así como su abordaje y seguimiento, lo cual pudo servir de ayuda a los decisores de salud para fortalecer el trabajo en la APS, garantizar que los usuarios puedan satisfacer sus necesidades y que los sistemas de provisión de servicios cumplan su misión con calidad.

ÉTICA

Para la realización de este estudio se contó con el consentimiento informado tanto de la dirección de la institución a la que pertenece el área de salud, así como la de cada uno de los miembros de la familia que fueron encuestados, como una forma

de expresar la autonomía del paciente de participar en el estudio. Se tuvo en cuenta el respeto a la confidencialidad de los datos de identidad personal y de los resultados que pudieran afectar a la institución, así como con el resto de las instituciones y personas que colaboraron con este estudio.

RESULTADOS

Se logró encuestar 408 núcleos familiares y 1 244 individuos con un promedio de 31,4 familias (95,7 personas) por encuestadora. La mayoría de las personas fueron entrevistadas de lunes a viernes, a excepción de 137 (el 11 %), que fueron recuperadas entre sábado y domingo por no poder localizarlas entre semana. Los días de la semana de mayor número de entrevistados fueron martes y lunes, respectivamente (Fig. 1), con 327 (26,3 %) y 314 (25,2 %).

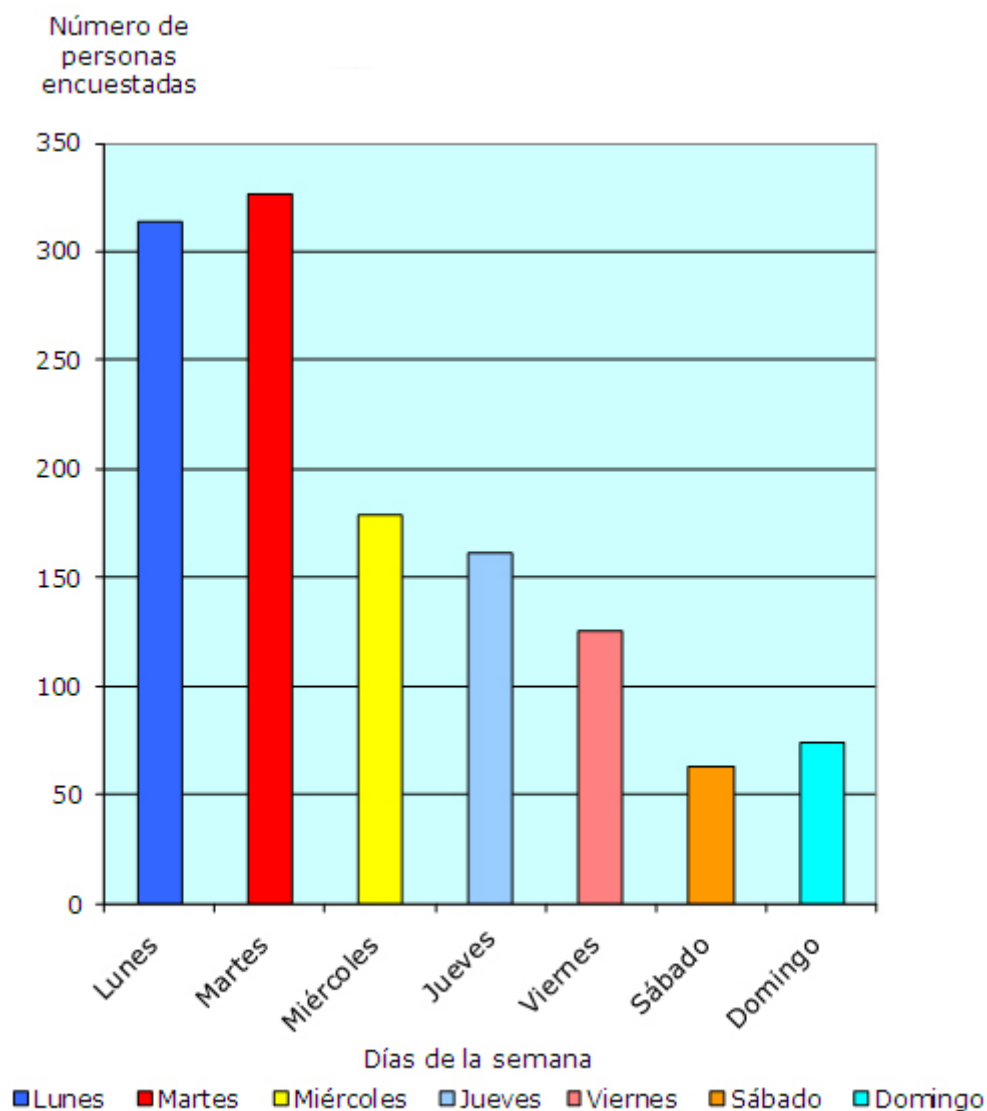


Fig. 1. Número de personas encuestadas según día de la semana.

Durante la primera semana se logró realizar solamente 78 encuestas, con un promedio de 6 en la semana y 1,2 diarios por encuestadora, manteniendo un ritmo ascendente hasta la 9na. semana. Por situaciones de reorganización del trabajo, que conllevó la sustitución de las asistentes de enfermería, disminuyó el número de encuestadoras a 9, así como la productividad del trabajo, por lo que hubo que hacer un intensivo en la 10ma. semana para terminar el trabajo en la fecha programada (Fig. 2). Todo este trabajo en conjunto hizo posible que se llevara a efecto esta investigación y terminara según lo previsto a pesar de que existieron limitaciones.

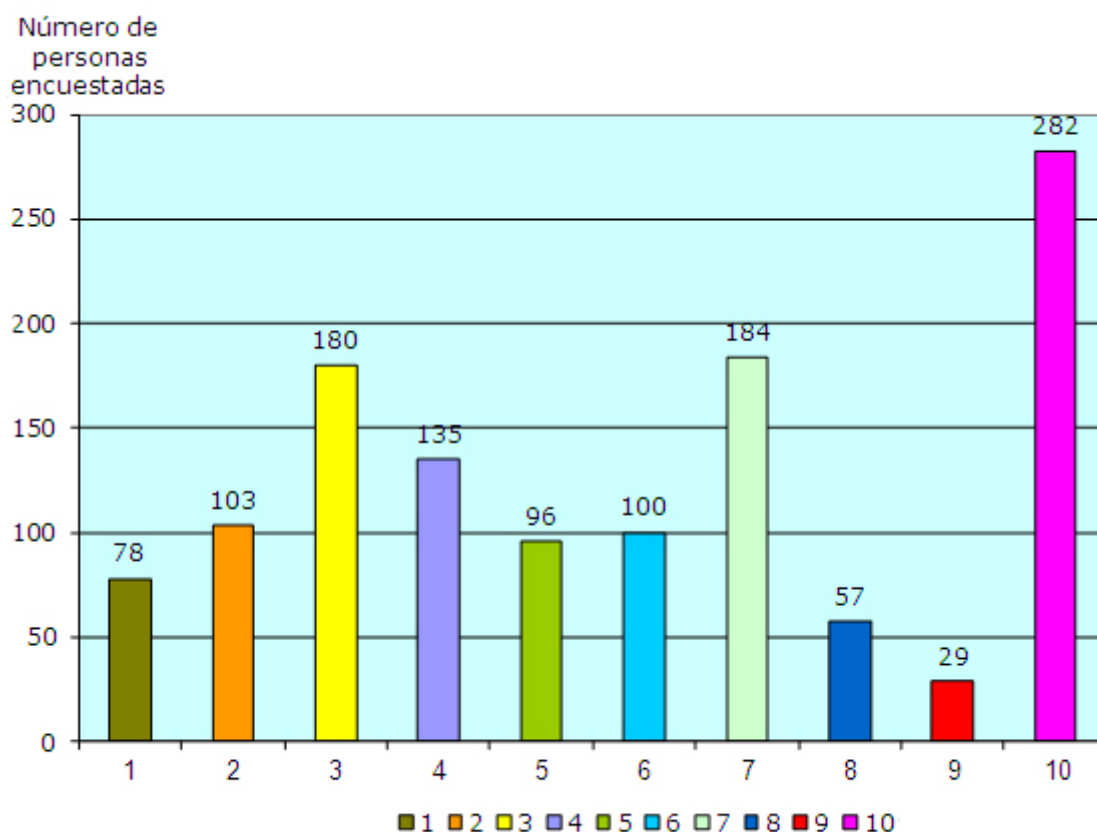


Fig. 2. Número de personas encuestadas por semanas.

DISCUSIÓN

Los estudios sobre utilización de servicios coinciden en señalar como principales determinantes del acceso a factores como edad, escolaridad, ocupación, estrato social, lugar de residencia, estado civil y acceso a la seguridad social. Asimismo, estos estudios se han preocupado por identificar factores propios de los servicios de salud relacionados con su disponibilidad y accesibilidad geográfica, así como lo relacionado con sus características organizacionales y estructurales.³⁵

De manera específica, para el estudio de utilización de servicios de salud se han diseñado modelos basados en técnicas de análisis multivariado, que tienen como principal característica la integración de variables socioeconómicas, de los servicios y de necesidad o gravedad del daño, razón por la cual se denominan "modelos integrados". Una de las propuestas de mayor aceptación es el denominado modelo de Andersen y Newman, que utiliza estas tres variables: 1) necesidades de atención

médica (desde el punto de vista individual, así como del proveedor del servicio); 2) factores predisponentes (conformado por variables sociodemográficas asociadas a actitudes, creencias en torno a la salud y la enfermedad, tales como sexo, educación, composición familiar, ocupación entre otras); 3) factores capacitantes que se asocian a condiciones socioeconómicas, ya sea en el ámbito familiar (ingresos, seguro médico) o comunitario (accesibilidad, disponibilidad).³⁵⁻³⁷

En realidad, la mayor parte de los modelos, así como las revisiones de la literatura sobre utilización, representa más bien un intento de identificar las variables que influyen en la utilización de los servicios y no una explicación del efecto de cada uno de ellos.³⁶ En nuestro trabajo no se tuvo en cuenta las necesidades del proveedor de los servicios ni los ingresos por familia, variables que son estudiadas por este modelo.

A través de los instrumentos aplicados se pudo realizar un análisis cualicuantitativo que nos permitió describir el comportamiento de la utilización de los servicios de salud en esta área, el nivel de atención más utilizado, el sexo y grupos de edad que hacen mayor uso de estos, enfermedades o problemas de salud que con mayor frecuencia demandan de estos servicios, así como su seguimiento, los servicios alternativos más empleados por esta población para dar solución a sus problemas, el poder de resolutivez y la satisfacción de los usuarios, entre otros, además de que permitió identificar y trabajar sobre los elementos o aspectos que requieren mayor atención, por lo que puede considerarse una herramienta útil para apoyar las diversas acciones a realizar para el fortalecimiento de los servicios de salud a nivel local y nacional.

El carácter integral e intersectorial del sistema de salud cubano presente en el Consejo Popular de Dragones, fueron principios que facilitaron el desarrollo de esta investigación. El trabajo desarrollado por las encuestadoras populares constituye un elemento de fortaleza para impulsar esta labor.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentran las siguientes:

- No todas las encuestadoras trabajan a un mismo ritmo, lo cual se evidencia en su productividad individual.
- Como parte del reordenamiento del sector, a principio del mes de junio hubo una nueva reestructuración del trabajo de las asistentes de enfermería, lo cual influyó en la cantidad de encuestadoras que quedaron en la etapa final, así como en la cantidad de encuestas pendientes a realizar en esas semanas y en el tiempo de culminación del estudio.
- No obstante las costumbres y/o tradiciones de la población cubana y más del área objeto de estudio, fue relativamente escasa la utilización de servicios alternativos, a pesar del uso de "encuestadoras populares". Al parecer la población no fue del todo sincera al responder estas preguntas.

CONSIDERACIONES FINALES

La aplicación de estos instrumentos ofrece una aproximación de cómo se utilizan los servicios de salud y alternativos por la población. Su replicación, perfeccionamiento y adecuación en otros contextos será de gran ayuda a los decisores de salud para fortalecer el trabajo en el nivel primario de atención y así brindar un servicio de calidad a la población

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948 [Internet]. New York: ONU; 1948 [citado 26 enero 2011]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr>
2. Hernández Bello A, Cantor Molina B, Vega Romero R. Uso de servicios de salud en pacientes con complicaciones hipertensivas del embarazo en Bogotá. Rev Gerenc Polít Sal [Internet]. 2002 [citado 26 enero 2011];1(3). Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/revistas/salud/revgpsalud3.htm>
3. De Santis M, Herrero V. Equidad en el acceso, desigualdad y utilización de los servicios de salud. Una aplicación al caso argentino en 2001 [Internet]. Rev Econ Estad. 2009 [citado 28 diciembre 2010];47(1):125-62. Disponible en: http://ief.eco.unc.edu.ar/files/publicaciones/economiayestadistica/2009_47_n1/06_125-162_desantis_herrero.pdf
4. Fresno Chávez C. Sistemas de atención de salud (I) [Internet]. Rev Cubana Sal Públ. 1996 [citado 30 marzo 2011];22(1):11-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661996000100006&lng=es
5. Organización Panamericana de Salud. Análisis del sector salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos [Internet]. Washington, DC: OPS; 2005. Serie Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Edición Especial, N° 9 [citado 6 de marzo 2011]. Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/325>
6. Álvarez Pérez A, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M, De Vos P, Van der Stuyft P. Los estudios organizacionales en el abordaje de los determinantes de salud [Internet]. Rev Cubana Hig. Epidemiol. 2009 [citado 26 Nov 2010];47(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hie/vol45_2_07/hie06109.htm
7. Constantino Casas P, Viniegra Osorio A, Medicigo Mecete C, Torres Arreola LP, Valenzuela Flores A. El potencial de las guías de práctica clínica para mejorar la calidad de la atención (Internet). Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2009 (citado 26 noviembre 2010);47(1). Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gru_art/A241.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008 [Internet]. 2009 [citado 26 Oct 2010]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
9. De los Santos-Briones S, Garrido-Solano C, Chávez-Chan MJ. Análisis comparado de los Sistemas de Salud de los países Andinos y el Caribe [Internet]. Rev Biomed. 2010 [citado 16 enero 2011];15(2). Disponible en: <http://www.revmed.unal.edu.co/politicas/analisis.htm>
10. Organización Mundial de la Salud. Medicina Tradicional - Necesidades crecientes y potenciales. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos [Internet]. Ginebra: OMS; 2002. No.2 [citado 19 octubre 2011]; Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/en/cl/CL7.14/clmd_50.html

11. Álvarez Pérez A, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Bonet Gorbea M, De Vos P, Van der Stuyft P. La regionalización de los servicios de salud como una estrategia de reorganización sanitaria [Internet]. Rev Cubana Hig Epidemiol. 2008 [citado 26 noviembre 2010]; 46(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032008000100007&lng=es&nrm=iso
12. Pérez Cruz FJ. Cuba: salud de privilegios en el siglo XXI. Cuba Socialista [Internet]. Rev Teórica y Política. 2011 [citado 18 diciembre 2010]; Disponible en: <http://www.cubasocialista.cu/index.php?q=cuba-salud-de-privilegios-en-el-siglo-XXI>
13. Rojas Ochoa F. Salud Pública. Medicina social [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009 [citado 18 diciembre 2010]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/revsalud/salud_pub_medsocial.pdf
14. Constitución de la República de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba [Internet]. Publicación Digital. 2012. La Habana: Ministerio de Justicia; 2008 [citado 18 diciembre 2010]. Disponible en: http://www.gacetaoficial.cu/html/constitucion_de_la_republica.html
15. Ley de Salud Pública de la República de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba [Internet]. Edición Ordinaria. Año LXXXVI No.2. p.177. Decreto No.139. La Habana: Ministerio de Justicia; 1988 [citado 18 diciembre 2010]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bal/decreto_139.pdf
16. Ipinza M. Algunas reflexiones acerca de la situación actual de la atención primaria y del nivel primario de atención. Serie publicación técnica [Internet]. 2009(9): [aprox. 13 p.]. [citado 13 diciembre 2010]. Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/pub_tecnicas/09.pdf
17. Suárez J. El sistema de salud en Cuba. Desafíos hacia el año 2000. Rev Cubana Sal Públ [Internet]. 1997 [citado 3 marzo 2011]; 23(1-2):5-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661997000100001&lng=es
18. Infomed. Portal de Salud de Cuba. Sistemas de Salud. Reformas del sector salud. Reorientación estratégica. Prioridades estratégicas. La Habana: Infomed Red Telemática de Salud en Cuba; 1999-2000 [citado 3 marzo 2011]. Disponible en: http://www.sld.cu/sistema_de_salud/estrategias.html
19. Íñiguez Rojas L. Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba [Internet]. Rev Cubana Sal Públ. 2012 [citado 2 enero 2012]; 38(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol38_1_12/spu11112.htm
20. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados [Internet]. Cuaderno Salud Pública. 2001 [citado 12 octubre 2010]; 17(4):20-29. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5288.pdf+utilizacion+de+servicios+de+salud&tbo=1&sa=X&ei=mWH2TMaPL4ep8Aa8r9HcBQ&ved=OCCgQHZA>
21. Rodríguez M, Valdez S. A review of health-service use (1996-2006) [Internet]. Rev Sal Públ. 2008 [cited 1 Dec 2010]; 10(2) Available in: http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000200014&lng=en&nrm=iso

22. Andersen R, Newman JF. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Quarterly* [Internet]. 2005 [cited 1 Dec 2011];83(4):1-28. Available in: <http://www.echt.chm.msu.edu/.../SocietalIndividual>
23. Andersen R, Aday L. A. Access medical care in the US: Realized and potential. *Medical Care*. 1978;16:533-46.
24. Nolan B. General practitioner utilization in Ireland: The role of socioeconomic factors. *Soc Sci Med*. 1994;38:711-6.
25. Alberts JE, Sanderman R, Eimers JM, Van Der Heuvel WJA. Socioeconomic inequity in health care: A study of services utilization in Curaçao. *Rev Social Science and Medicine*. 1997;45:213-20.
26. Fernández de la Hoz K, León DA. Self-Perceived health status and inequalities. *International Journal of Epidemiology*. 1996;25(3):593-603.
27. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. Saúde coletiva*. [Internet]. 2000 [citado 12 octubre 2010];5(1):133-149. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000250&pid=S0102-311X200100040001600081&lng=en
28. Balarajan R, Yuen P, Machín D. Socioeconomic differentials in the uptake of medical care in Great Britain. *J Epidemiol Comm Health*. 1987;41(3):196-199.
29. Brown GB, Humphrey B, Pallister R, Brown JA, Shetzer L. Prevalence and characteristics of frequent attendees in a prepaid Canadian Family Practice. *J Fam Pract*. 1982;14(1):63-7.
30. García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, De Vos P, Jova Morel R, Bonet Gorbea M, García Roche R, Van de Stuyft P. Costos del subsistema de urgencias en la atención primaria de salud en Cuba, 1999-2000 [Internet]. *Rev Cubana Sal Públ*. 2006 [citado 14 marzo 2011];32(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000100007&lng=es
31. De Vos P, Vanlerberghe V, Rodríguez A, García R, Bonet M, Van der Stuyft P. Uses of first line emergency services in Cuba. *Health Policy*. 2008;85(1):94-104.
32. Barroso Utra IM, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, De Vos P, Bonet Gorbea M, Van der Stuyft P. El ingreso en el hogar y su costo directo en Cuba. *Rev Panam Sal Públ*. 2007;21(2/3):85-95.
33. De Vos P, Barroso I, Rodríguez A, Bonet M, Van der Stuyft P. The functioning of the Cuban home hospitalization programme: a descriptive analysis. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2007 [cited 14 Mar 2011];7(76). Available in: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/76>
34. Rodríguez Salvá A, Díaz Socarrás J, Ibarra Sala AM, De Vos P, Mariné Alonso MA, Van der Stuyft P, Bonet Gorbea M. El trabajo en equipo en consultorios médicos compartidos: opción a desarrollar en la atención primaria [Internet]. *Rev Cubana Hig Epidemiol*. 2006 [citado 14 Mar 2011];44(1). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156130032006000100005&lng=es

35. Tamez-González S, Valle-Arcos R I, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal [Internet]. Rev. Sal Públ Méx. 2006 [citado 1 Dic 2011]; 48(5). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342006000500008>

36. Brofman M, Castro R, Zuñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del "cuánto" al "por qué": La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios [Internet]. Rev. Sal Públ Méx. 1997 [citado 19 enero 2012]; 39(5). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36341997000500007&script=sci_arttext

37. Llanos AA, Morera-Salas M, Barber-Pérez P, Hernández K, Xirinach-Salazar Y, et al. Factores relacionados con la utilización de servicios de salud en Costa Rica. [Internet]. Rev. Sal Públ. 2009 [citado 15 octubre 2010]; 11(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642009000300002>

Recibido: 20 de octubre de 2011.

Aprobado: 3 de diciembre de 2011.

Dra. *Addys María Díaz Piñera*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta 1158 e/ Llinás y Clavel. Centro Habana. Correo electrónico: tania@inhem.sld.cu