

## Utilización de los servicios médicos en un área de salud

### Use of medical services in a health area

**Dra. Addys Ma. Díaz Piñera,<sup>I</sup> Dr. Armando Rodríguez Salvá,<sup>I</sup> Dr. René G. García Roche,<sup>I</sup> Dra. Susana Balcindes Acosta,<sup>I</sup> Dr. Rodolfo Jova Morel,<sup>I</sup> Dr. Pol De Vos,<sup>II</sup> Dr. Patrick Van der Stuyfs<sup>II</sup>**

<sup>I</sup> Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Doctor en Ciencias. Departamento de Salud Pública. 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 y aspectos culturales; pero, sobre todo, el complejo contexto en que se da la prestación de servicios.

**Objetivo:** exponer las características sociodemográficas y las enfermedades o sintomatologías más frecuentes en la población del área de salud "Marcio Manduley", del municipio Centro Habana, y los que hicieron uso de los servicios de salud durante el período abril - junio de 2010.

**Métodos:** estudio descriptivo transversal. Se seleccionó una muestra poblacional representativa del área; se tomó en consideración el total de viviendas. Como se desconoce la prevalencia del factor bajo estudio, se maximizó la muestra tomando como prevalencia el 50 %, la precisión en 10 % y una posible caída muestral del 10 %. El tamaño muestral fue de 408 familias. Se aplicaron cuestionarios a todos los integrantes de las familias seleccionadas y en particular a aquellos individuos que durante los últimos 30 días enfermaron e hicieron uso de algún servicio de salud.

**Resultados:** se obtuvieron datos de 1 244 personas; de ellas enfermaron 25,1 % en los últimos 30 días y el 17,7 % hizo uso de servicios formales de salud. Las enfermedades más frecuentes fueron respiratorias, cardiovasculares y osteomioarticular. La puerta de entrada al sistema de salud más utilizada fue el consultorio médico (54,1 %).

**Conclusiones:** en nuestro estudio los factores del individuo que influyen en la utilización de los servicios de salud son el nivel de enfermedad percibida o necesidad de salud y el sexo.

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

## ABSTRACT

**Introduction:** use of health services is determined not only by the need of health care in case of illness, but also by beliefs and cultural views, and above all by the complex environment in which services are rendered.

**Objective:** present the sociodemographic characteristics and the most common conditions and symptoms in Marcio Manduley health area, municipality of Centro Habana, and describe the use of health services in the period from April to June 2010.

**Methods:** descriptive cross-sectional study of a representative sample of the population in the area, taking into consideration the total number of households. Since the prevalence of the factor under study is unknown, the sample was maximized to a prevalence of 50%, an accuracy of 10% and a potential sample dropout rate of 10%. The sample size was 408 households. Questionnaires were given to all members of the households selected, particularly to those who had been ill in the previous 30 days and had made use of any health service.

**Results:** data were obtained about 1 244 persons, of whom 25.1% had been ill in the previous 30 days and 17.7% had made use of formal health services. The most frequent conditions were respiratory, cardiovascular and osteoarticular. Family doctors' offices were the most common entrance door to the health care system (54.1%).

**Conclusions:** according to our study, the factors exerting the greatest influence on the use of health services by the population are the level of perceived severity of the illness or need of medical care, and gender.

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

---

## INTRODUCCIÓN

La Declaración Universal de los Derechos Humanos en sus artículos 2 y 25 expresan 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.*<sup>1</sup>

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.<sup>2</sup>

La utilización de los servicios es un proceso social, dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada, en la que convergen no solo la necesidad de atención (en términos de enfermedad), sino las experiencias pre-existentes de la población, sus creencias y aspectos culturales pero, sobre todo, el complejo contexto en que se da la prestación de servicios de salud y las condiciones con que cuenta la población en cuanto a activos personales, familiares y comunitarios. Es una expresión o forma de medir el acceso, pero que no está justificado solamente por este.<sup>3</sup>

---

La utilización de los servicios por parte de los diferentes grupos sociales ha sido y es objeto de debate en muchos países; existen evidencias suficientes de que el proceso de utilización se encuentra diferenciado socialmente y es explicado en buena parte por la existencia de desigualdades sociales en salud. La situación económica de los países incide en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud y la población determina la utilización de acuerdo con sus necesidades de salud.<sup>4</sup>

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 especializada, 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. Por tanto, se puede afirmar que 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, distancia geográfica, razón médico-habitantes) y de los proveedores de estos.<sup>3,5,6</sup>

Existen individuos que a pesar de requerir atención médica no utilizan los servicios de salud y, en cambio, recurren a otras formas de atención, entre ellas la medicina tradicional, las diversas terapias alternativas e incluso la automedicación, que para algunos investigadores es una expresión de un proceso de apropiación y socialización del conocimiento médico. Se señala que un factor que influye en el uso de estas alternativas es la percepción social de la gravedad del padecimiento. Por otra parte, existen estudios que analizan la no utilización como un producto de la falta de accesibilidad a los servicios de salud por razones económicas, culturales o geográficas.<sup>4</sup>

Existen varios modelos que tratan de identificar las variables que influyen en la utilización de los servicios. *Rosentock*<sup>7</sup> propuso que la utilización de servicios podía explicarse teniendo en cuenta tres tipos de variables: a) nivel de disposición del individuo para utilizar los servicios (compuesto a su vez por la percepción del individuo sobre la gravedad de la enfermedad y sobre su propia susceptibilidad), b) los beneficios y barreras percibidas, y c) detonantes de la acción (internos: percepción del estado corporal; o externos: interacciones con otros).

*Anderson*,<sup>8</sup> por su parte, sugiere la utilización de otras variables como son: a) necesidades de atención médica (desde el punto de vista individual, así como del proveedor del servicio); b) factores predisponentes (conformado por variables sociodemográficas asociadas a actitudes, creencias en torno a la salud y la enfermedad, tales como sexo, educación, composición familiar y ocupación, entre otras, y c) factores capacitantes que se asocian a condiciones socioeconómicas, ya sea en el ámbito familiar (ingresos, seguro médico) o comunitario (accesibilidad, disponibilidad).

Estudios que abordan la utilización de los servicios de salud en varios países, como Estados Unidos,<sup>9,10</sup> Brasil,<sup>11</sup> México,<sup>12</sup> España,<sup>13</sup> Colombia<sup>14</sup> o Inglaterra<sup>15</sup> exponen la importancia de las políticas y el rol de los sistemas de salud como un modificador de efecto.

En Cuba la salud se considera uno de los bienes más preciados que tiene el hombre. Su sistema de salud está inmerso en un proceso de permanente adecuación de los servicios de salud a los problemas, demandas y necesidades de salud de la población cubana y sus determinantes.<sup>16,17</sup> Principios cardinales para mejorar la salud, como son la equidad y el acceso a los servicios de asistencia, han estado siempre vigentes.

El objetivo de este trabajo es describir la utilización de los servicios de salud según características sociodemográficas y enfermedades o sintomatologías más frecuentes por las que la población del área de salud "Marcio Manduley, del municipio Centro Habana, hicieron uso de los servicios de salud durante el período abril - junio de 2010.

## **MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, a partir de cuestionarios aplicados a todos los integrantes de las familias seleccionadas, y en particular a aquellos individuos que enfermaron en los últimos 30 días e hicieron uso de algún servicio del Sistema Nacional de Salud u otro servicio tradicional. Como primer paso, se seleccionó una muestra poblacional representativa del área, tomándose en consideración el total de viviendas existentes en esta (aproximadamente 7 500). Como no se conoce 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 %. Finalmente el tamaño muestral necesario se calculó en 408 familias.

A partir de las entrevistas realizadas a los jefes de núcleos, se obtuvo información específica de 1 244 personas. Se analizaron variables sociodemográficas, nivel de enfermedad percibida (necesidad de salud), automedicación y el tipo de institución o tipo de servicio al que acudieron para satisfacer sus necesidades en los 30 días previos a la encuesta.

Además, se determinaron las tasas de utilización de los servicios médicos según variables estudiadas; se utilizaron medidas resumen como media, mediana y moda; y para analizar la asociación entre las variables sociodemográficas y la utilización de servicios se utilizó prueba de chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y modelo de regresión logística para análisis bivariado.

Para la realización de este estudio se contó con la aprobación del Comité de Ética del Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM), el consentimiento informado de la dirección del 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 de la población de participar en el estudio. Se respetó la confidencialidad de las personas, por lo que no se revelaron sus datos de identidad personal.

## **RESULTADOS**

Se encuestaron 408 núcleos familiares y 1 244 individuos. La mayoría de las personas fueron entrevistadas de lunes a viernes, a excepción de 137 (el 11 %) que fueron interrogadas 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, con 327 (26,3 %) y 314 (25,2 %). Se utilizaron 13 encuestadores que promediaron 31,38 familias (95,7 personas) encuestadas, con un mínimo de 6 familias (24 personas) y un máximo de 80 (232 personas). Según su estructura, alternaron familias pequeñas, medianas y grandes, con predominio

de las medianas, compuestas por 6 miembros y más.

En cuanto a su génesis coexistían los tres tipos de familias; de ellas, prevalecieron las extensas o extendidas, o sea, aquellas donde conviven dos o más generaciones. Entre los componentes de la familia figuraron hijo (30,4 %), cónyuge (13,4 %) y nieto (11,6 %). En menor medida están representados otros familiares, como padres, hermanos, sobrinos y abuelos.

Del total de personas entrevistadas, 639 (51,4 %) refirieron presentar problemas de salud (Fig.); de ellos, 312 (25,1 %) en los últimos 30 días previos a la aplicación de la encuesta, e hicieron uso de algún tipo de servicio 220 (17,7 %).

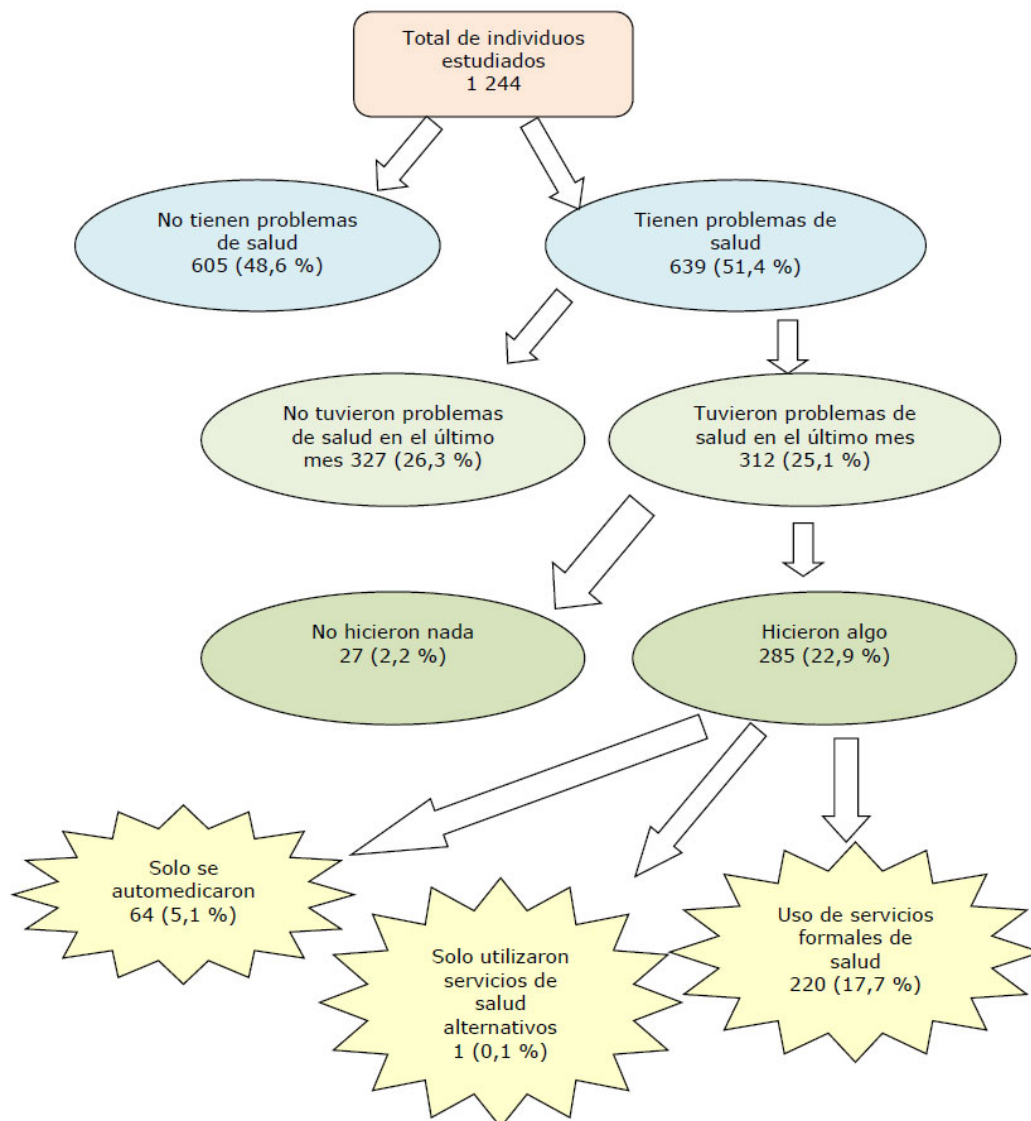


Fig. Universo de estudio y uso de los servicios de salud.

En la tabla 1 se muestran algunas de las variables sociodemográficas asociadas a la utilización de los servicios. El 71,8 % de los servicios fueron solicitados por el sexo femenino. Los grupos de edad con mayor tasa de utilización fueron los de 65 años y más y los menores de 19 años. El promedio de edad de los entrevistados fue de 40,8 años, con una mediana de 42. La edad osciló entre 1 y 92 años.

**Tabla 1.** Variables sociodemográficas asociadas a la utilización servicios de salud

Variables	No. de encuestados (N=1 244)	Utilizaron servicios de salud (N=220)	%	Estadísticos
<b>Sexo</b>				
Masculino	505	62	12,3	$X^2 = 17,03$ $P < 0,0001$
Femenino	739	158	21,4	
<b>Grupo de edades</b>				
< 19 años	265	48	18,1	$X^2 = 21,87$ $P < 0,0001$
20-44 años	405	55	13,6	
45-64 años	366	58	15,8	
65 y +	208	59	28,4	
<b>Escolaridad</b>				
< de 5 años/sin edad escolar	45	10	22,2	$X^2 = 8,53$ $p = 0,01295$
Ninguna/primaria sin terminar	104	23	22,1	
Primaria terminada	111	24	21,6	
Secundaria básica	306	55	18,0	
Técnico medio	228	27	11,8	
Preuniversitario	262	50	19,1	
Universitario	188	31	16,5	
<b>Ocupación</b>				
< de 5 años/sin edad escolar	45	10	22,2	$X^2 = 16,62$ $p = 0,00053$
Estudiantes	239	40	16,7	
Trabajador estatal	575	82	14,3	
Trabajador por cuenta propia	40	5	12,5	
Ama de casa	120	31	25,8	
Jubilado	200	48	24,0	
Desvinculado	25	4	16,0	
<b>Estado civil</b>				
< de 18 años	224	45	20,1	$X^2 = 15,02$ $p = 0,0018$
Soltero	293	46	15,7	
Casado/unión libre	539	81	15,0	
Separado/divorciado	109	23	21,1	
Viudo	79	25	31,6	

*Fuente:* encuestas aplicadas en el proyecto "Reorganización de los servicios de salud de primera línea. Caracterización de la atención al paciente hipertenso en el nivel primario de atención, en dos provincias de Cuba, 2011-2013". La Habana: INHEM; 2013.

En el análisis univariado el sexo y la edad fueron variables que se asociaron significativamente con la posibilidad de consultar un servicio de salud ( $p < 0,05$ ), mientras que en el modelo de regresión logística, solo lo fue el sexo femenino (OR 1,9; IC 95 %; 1,17 - 3,12) (tabla 2).

**Tabla 2.** Modelo de regresión logística de utilización de los servicios en el nivel primario de atención

Variables explicativas	B	Error estándar $\beta$	Estadígrafo de Wald	Probabilidad de $\chi^2$	OR	
					Valor	IC 95 %
Intercepto	-4,47	0,4701	90,43	<0,0001	-	-
Enfermedades o alteraciones sufridas por los pacientes	2,18	0,1254	302,52	<0,0001	8,85	[6,92; 11,32]
Sexo	0,64	0,2510	6,60	0,0102	1,91	[1,17; 3,12]

*Fuente:* encuestas aplicadas en el proyecto "Reorganización de los servicios de salud de primera línea. Caracterización de la atención al paciente hipertenso en el nivel primario de atención, en dos provincias de Cuba, 2011-2013". La Habana: INHEM; 2013.

El uso de los servicios también se asoció con la escolaridad, el nivel ocupacional y estado civil ( $p < 0,05$ ). En este estudio hicieron un mayor uso de los servicios de salud aquellos con primaria sin terminar y primaria terminada.

El 68,6 % de los encuestados están vinculados a alguna actividad laboral o estudiantil, el 16,1 % es jubilado y el 2 % no está ligado a ningún tipo de actividad. Las mayores tasas de utilización de los servicios se notifican entre las amas de casa y los jubilados. En esto puede influir la edad y el sexo. Respecto al estado civil, gran parte de los que solicitaron servicios están casados o viven en unión libre (43,3 %) o son solteros (23,6 %).

Entre las personas que señalaron haber tenido un problema de salud en los 30 días previos a la aplicación de la encuesta, se exploró sobre el consumo de medicamentos y remedios caseros. El 29,1 % de los encuestados notificaron haberse automedicado, y fue más frecuente esta práctica entre las mujeres (68,7 %) que entre los hombres. Aunque fueron utilizados indistintamente por todos los grupos poblacionales, predominó en los mayores de 19 años, fundamentalmente para calmar manifestaciones respiratorias.

Bajo la categoría necesidad de salud se incluyeron todas aquellas enfermedades o síntomas que reflejan alteraciones en el estado de salud de las personas, que pueden llevarlas a consultar un servicio. Teniendo en cuenta los síntomas referidos por los pacientes, las causas más frecuentes fueron: respiratorias 34,1 %, cardiovasculares 21,4 %, osteomioarticular 15,0 %, digestivas 12,7 %, endocrinas 10,4 %, del sistema nervioso central 6,8 % y ginecológicas 4,1 %, con un comportamiento similar entre los procesos agudos y crónicos y un predominio del sexo femenino. En cuanto a los grupos de edades se evidencia un aumento de la utilización en la población adulta, fundamentalmente mayores de 65 años. La tabla 2 muestra que la necesidad de salud (OR 8,8, IC 95 %; 6,9 - 11,3) se mantuvo independientemente asociada con el uso de los servicios.

Las enfermedades crónicas que más se expresaron fueron: hipertensión arterial (25,8 %), asma bronquial (16,8 %), diabetes mellitus (13,0 %) y artropatías (9,7 %). Se encontraron diferencias por sexo en la prevalencia de estas enfermedades, y fue esta mayor en las mujeres que en los hombres.

Al analizar la puerta de entrada al Sistema Nacional de Salud (tabla 3), es válido señalar que fueron visitados indistintamente los tres niveles de atención, pero fue el consultorio del médico y enfermera de la familia el sitio de mayor afluencia de pacientes con 54,1 %, seguido del hospital (29,5 %) y el policlínico (15,9 %). Solo un paciente hizo uso de servicios alternativos y del nivel terciario de atención respectivamente. El 8,6 % de los usuarios visitaron más de un servicio de salud.

**Tabla 3.** Puerta de entrada al sistema

Pacientes con enfermedades (N: 312)		
Utilizan servicios formales de salud	Número (N:220)	%
	220	70,5
Puerta de entrada		
Médico de familia	119	54,1
Policlínico	35	15,9
Hospital	65	29,5
Instituto	1	0,5

*Fuente:* encuestas aplicadas en el proyecto "Reorganización de los servicios de salud de primera línea. Caracterización de la atención al paciente hipertenso en el nivel primario de atención, en dos provincias de Cuba. 2011-2013". La Habana: INHEM; 2013.

## DISCUSIÓN

Los instrumentos aplicados nos posibilitaron conocer el comportamiento de la utilización de los servicios de salud en esta área y comparar con estudios realizados en otros países. Además, nos permitió identificar 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.

En cuanto a la distribución por edad y sexo, este estudio coincide con otros que muestran que los grupos extremos (niños y ancianos) son los mayores utilizadores de los servicios de salud. La utilización aumenta conforme lo hace la edad independientemente del país en cuestión, lo que es congruente con el incremento de la morbilidad de este grupo poblacional.<sup>8,15,18</sup>

En el caso de Cuba, además de que existe cobertura de los servicios de salud, el acceso y la equidad han sido principios básicos que han regido la política de trabajo del MINSAP desde sus inicios, al mismo tiempo que se brinda una atención integral y especializada a toda la población. Existen programas de salud como el Programa Materno Infantil y el de Atención al adulto mayor que priorizan la atención de estos grupos vulnerables, y garantizan un seguimiento adecuado, personalizado, directo y planificado.



Nuestra sociedad se enfrenta a un difícil reto como resultado del período de transición demográfica por el cual estamos atravesando y a los indicadores de salud alcanzados (que son comparables con los de países desarrollados) como, por ejemplo, el aumento de la esperanza de vida, que ha condicionado que un importante volumen de población adulta alcance la tercera edad, lo cual impacta notablemente en la seguridad social, en la familia, en la renovación de la fuerza laboral, en el sector salud y en los servicios en general. En los años venideros, aumentará aún más la demanda de servicios a causa de las enfermedades no transmisibles, enfermedades degenerativas, discapacidades e invalidez, que son las principales causas en el cuadro de salud del país, por lo que es imprescindible para nuestro Sistema Nacional de Salud pensar desde ahora en la redefinición de las estrategias de salud, en el diseño de políticas que respondan a las realidades de una futura población anciana, ofrecer una atención y servicios de salud que garanticen mayor y mejor calidad de vida para este grupo poblacional y que, a su vez, propicien su participación integral en la sociedad.<sup>15,19-21</sup>

Las mujeres hacen un mayor uso de los servicios de salud; esto puede ser motivado por varias razones o factores, como biológicos (edad, estado de salud), culturales (nivel educacional, tradiciones, costumbres) o por las desigualdades sociales a las que aún se ven sometidas en muchos países, que las convierte en una condicionante de menor acceso a la educación y de búsqueda de alternativas fuera del hogar. En el caso de las mujeres mayores de 65 años se podría explicar por los cambios fisiológicos que acompañan su envejecimiento y por la mayor prevalencia de padecimientos o enfermedades crónicas como la hipertensión, otras enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y las artropatías, lo cual coincide con nuestro estudio. El tamaño de la familia puede ser un factor que influye en la utilización de los servicios, pero el sentido del efecto depende del país en cuestión.<sup>15,18</sup>

A pesar de que algunos estudios hacen referencia a un mayor uso de los servicios en mujeres en edad fértil por motivos obstétricos o ginecológicos, en nuestro caso estas no fueron las principales causas para este grupo poblacional.<sup>22</sup>

La mayor parte de los utilizadores fueron las amas de casas y los jubilados, lo cual se corresponde con lo habitualmente registrado en la literatura. Los jubilados se relacionaron fundamentalmente con enfermedades crónicas como cardiopatías, enfermedades respiratorias crónicas, articulares, linfangitis y trastornos urinarios y no con trastornos depresivos que frecuentemente se originan en este período de la vida, cuando la persona deja de ser económicamente activa y se producen modificaciones en su estilo de vida, disminuye la actividad física e intelectual, así como el ingreso económico; hay menor contacto con el círculo social donde estaba inmerso, cuestiones estas que después de cierto tiempo repercuten en el estado de salud de este grupo poblacional.<sup>15,18</sup>

El nivel educacional fue otra de las variables asociadas a la utilización o uso de los servicios. En Cuba constituye otro de los principales bienes de que dispone la nación, amparada por la Constitución<sup>23</sup> y ha alcanzado importantes logros a lo largo de estas cinco décadas, gracias a su accesibilidad, gratuidad y carácter masivo<sup>24</sup>.

Se refiere que existe asociación positiva entre años de estudio y utilización. Sin embargo, en nuestro estudio los que hacen mayor uso de los servicios son los de menor escolaridad, lo que pudiera estar relacionado más con la edad (mayores de 65 y menores de 10 años) que con la escolaridad propiamente.

En relación con la educación, varios artículos muestran la asociación positiva entre años de estudio y utilización. *Salber* y otros<sup>25</sup> en los Estados Unidos, notaron que cuanto mayor es la educación, mayor es el número de consultas realizadas. En

Inglaterra, *Oakley* y otros<sup>26</sup> encontraron que las mujeres con mayor número de años de estudio consultaron después del parto con mayor frecuencia que las mujeres con menor educación, sin embargo, *La Vecchia* y otros<sup>27</sup> refieren una asociación inversa entre educación y uso.

Los patrones de consumo de medicamentos y remedios caseros son altos en algunos países, muy relacionados con la baja disponibilidad de servicios médicos, factores culturales y nivel de residencia. En los países desarrollados las tasas de consumo de medicamentos son similares y varían entre 60 y 90 %. En contraste, los remedios caseros son más usados por los habitantes de las zonas rurales, hecho que se puede explicar por la menor disponibilidad de servicios médicos y de medicamentos, así como por los factores culturales relacionados con la curación de las enfermedades.<sup>15,18</sup>

La tendencia a consumir medicamentos y/o remedios caseros por nuestra población es una actividad que se está haciendo algo frecuente y está relacionada fundamentalmente con factores culturales.<sup>20</sup> El comportamiento de algunas variables sociodemográficas, como edad y sexo, fue similar a los encontrados en una localidad de Bogotá, fundamentalmente para aliviar dolencias no graves.<sup>28</sup>

En nuestro caso la automedicación estuvo en mayor correspondencia en pacientes con enfermedades no transmisibles como hipertensión arterial y asma bronquial, y enfermedades transmisibles como respiratorias agudas, en las cuales el paciente está habituado al tratamiento para compensar su dolencia.

Los estudios de *Andersen y Aday*,<sup>11</sup> *Rivera*,<sup>29</sup> *Frosthalm*,<sup>30</sup> *Mapelli*,<sup>31</sup> *Fernández-Mayoralas*<sup>32</sup> y *Wan*<sup>33</sup> encontraron una asociación significativa entre el factor necesidad (problema de salud) y la utilización, donde esta fue siempre el factor principal, el cual puede ser modificado por factores socioeconómicos. En nuestro caso se encuentra igual coincidencia.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

La necesidad de salud es en gran medida el factor determinante más importante de la utilización de servicios sanitarios. De los factores predisponentes, solo el género ejerce un efecto moderado en la utilización de estos servicios. Las principales limitaciones de este estudio estuvieron asociadas al posible sesgo de memoria inherente a las encuestas y la posible subjetividad del auto-reporte, sobre todo en la encuesta al usuario.

## **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. Artículos 2 y 25. Sección de Servicios de Internet. Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas Internet . New York: ONU; 2008 [citado 18 de enero de 2012]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/index.shtml#a2>

2. 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]. 2006 [citado 18 de enero de 2012]. Disponible en: <http://www.aaep.org.ar/espa/anales/works06/DeSantis-Herrero.pdf>
3. Ruiz-Rodríguez M, Valdez-Santiago R. Revisión sobre la utilización de servicios de salud, 1996-2006. Rev Cubana Sal Públ [Internet]. 2008 [citado 30 de noviembre de 2012];10(2):332-342. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642008000200014&lng=en/](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000200014&lng=en/) <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642008000200014>
4. Molina-Rodríguez JF, Poblano-Veràstegui O, Carrillo-Ordaz CE, Saucedo-Valenzuela AL. Utilización de los servicios de salud en México. Rev Sal Tab. 2006;12(1):427-32.
5. Rosenstock IM. Why people use health services (Part II). Milbank Memorial Fund Quarterly; 1966;44(3):94-124.
6. Anderson SU, Ferry SS, Mattsson B. Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultations. Scan J Prim Health Care. 1993;11:61-7.
7. Organización Panamericana de Salud. Análisis del sector salud: una herramienta para viabilizar la formulación de políticas. Lineamientos metodológicos. Washington, D.C.: OPS, 2006. Serie Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Edición Especial, No. 9.
8. Mendoza-Sassi R, Beria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Cad Saud Publ. 2001;17(4):819-32.
9. Andersen R, Aday LA. Access medical care in the US: Realized and potential. Medical Care. 1978;16:533-46.
10. Bhandari S. Health status, health insurance and health services utilization: 2001. US Census Bureau [Internet]. 2006;41(1):70-106 [cited 18 Jan 2012]. Available from: <http://www.census.gov/prod/2006pubs/p70-106.pdf>
11. Bos AM. Health care provider and utilization among the elderly in a state in Brazil: a structural model. Rev Pan Sal Publ. 2007;22(1):41-50.
12. Wong R, Díaz JJ. Health care utilization among older Mexicans: health and socioeconomic inequalities. Sal Pub Mex. 2007;49(Supl. 4):5-14.
13. Redondo-Sentino A, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Las diferencias de género en la utilización de los servicios de salud entre la población de adultos mayores en España. BMC Public Health 2006;(6):155-62.
14. Rubio-Mendoza ML. Equidad de accesos a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. Rev Sal Publ. 2008;18(Supl.):29-43.
15. Alpert JJ, Kosa JI, Haggerty RJ, Robertson LS, Heagarty MC. Attitudes and satisfactions of low-income families receiving comprehensive pediatric care. Am J Public Health. 1970;60(3):499-506.

16. De la Torre Montejó E. Salud para todos sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social; 2005. p. 35-93.
17. Domínguez-Alonso E, Zacca E. Sistema de Salud de Cuba. Sal Públ Mex. 2011;53(Supl. 2):168-76.
18. Padrón R, Román P. Características sociodemográficas y determinantes en el uso de los servicios de salud para la población adulto mayor en México. COFACTOR. 2010;1(1):115-32.
19. Llanos AA, Morera-Salas M, Barber-Pérez P, Hernández K, Xirinach-Salazar Y. Factores relacionados con la utilización de servicios de salud en Costa Rica. Rev Sal Públ. 2009;11(3):323-35.
20. Rodríguez A, Álvarez L. Repercusiones del envejecimiento de la población cubana en el sector salud. Rev Cubana Sal Públ. 2006;32(2):178-82.
21. Oficina Nacional de Estadística. Centro de Estudios de Población y Desarrollo. El estado actual y prospectivo de la población cubana: un reto para el desarrollo territorial sostenible [Internet]. La Habana: ONE; 2008. p. 188 [citado 18 de enero de 2012]. Disponible en: [http://www.one.cu/publicaciones/cepde/estadoactual/El\\_estado\\_actual\\_y\\_prospectivo\\_de\\_la\\_poblacion\\_cubana\\_un\\_reto\\_para\\_el\\_desarrollo\\_territorial\\_sostenible.pdf](http://www.one.cu/publicaciones/cepde/estadoactual/El_estado_actual_y_prospectivo_de_la_poblacion_cubana_un_reto_para_el_desarrollo_territorial_sostenible.pdf)
22. Ministerio de Relaciones Exteriores de Cuba. Seguridad social [Internet]. 2012 [citado 18 de enero de 2012]. Disponible en: <http://www.cubaminrex.cu/derechoshumanos/articulos/EnCuba/Seguridad-Social.html>
23. República de Cuba. Ministerio de Justicia. Constitución de la República de Cuba 26 de junio de 2002. Gaceta Oficial de la República de Cuba. Edición extraordinaria No 3, 31 de enero de 2003.
24. Pérez Cruz FJ. Cuba: salud de privilegios en el Siglo XXI. Cuba Socialista, Rev Teórica y Política [Internet]. 2011 [citado 18 de enero de 2012]. Disponible en: <http://www.cubasocialista.cubaweb.cu/index.php?q=cuba-salud-de-privilegios-en-el-siglo-XXI>
25. Salber EJ, Greene SB, Feldman JJ, Hunter G. Access to health care in a Southern rural community. Med Care. 1976;14(12):971-86.
26. Oakley A, Rigby AS, Hickey D. Women and children last? Class, health and the role of the maternal and child health services. Eur J Publ Health. 1993;3(4):220-6.
27. La Vecchia C, Negri E, Pagano R, Decarli A. Education, prevalence of disease and frequency of health care utilization. The 1983 Italian National Survey. J Epidemiol Community Health. 1987;41(2):161-1653.
28. Lopéz JL, Dennis R, Moscoso SM. Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. Rev Sal Públ. 2009;11(3):432-42.
29. Rivera Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en Salud Pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev Esp Sal Públ. 2011;85(2):129-39.

30. Frostholm L, Fink P, Christensen KS, Toft T, Oernboel E, Olesen F, Weinman J. The patients` illness perceptions and the use of primary health care. *Psychosom Med.* 2005;67(6):997-1005.
31. Mapelli VM. Health need, demand for health services and expenditure across social group in Italy. An empirical investigation. *Soc Sci Med.* 1993;36(8):999-1009.
32. Fernández-Mayoralas G, Rodríguez V, Rojo E. Health services accessibility among Spanish elderly. *Soc Sci Med.* 2000;50(1);17-26.
33. Wan TT. Use of health services by the elderly in low-income communities. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1982;60(1):82-107.

Recibido: 11 de septiembre de 2012.  
Aprobado: 30 de noviembre de 2012.

Dra. *Addys María Díaz Piñera*. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta 1158 e/ Llinás y Clavel. Centro Habana, Cuba. CP 10300.  
Correo electrónico: [addys@inhem.sld.cu](mailto:addys@inhem.sld.cu); [addysdiaz@infomed.sld.cu](mailto:addysdiaz@infomed.sld.cu)