

Pobreza y gasto de bolsillo: atención primaria del municipio Trujillo, Venezuela

Ayarí Guadalupe Ávila Larreal¹, Lisbeth Coromoto Rangel Matos²
y Alberto Enrique Briceño García³

¹Departamento de Salud Pública, ²Departamento de Morfopsiopatología.
Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.

³Médico Patólogo adjunto del Hospital José Gregorio Hernández. Trujillo, Venezuela.

ayariavila@yahoo.es; lisbethrangel@hotmail.com; butroides@hotmail.com

Resumen

El estudio del cual se extrae el presente artículo, tuvo como objetivo describir el nivel de pobreza y gastos de bolsillo de los usuarios de los ambulatorios tradicionales del primer nivel de atención en el Área Metropolitana del Municipio Trujillo, Estado Trujillo, Venezuela. Se realizó una investigación de campo de corte descriptivo, con diseño, transversal. Se aplicó un cuestionario por entrevista directa a los usuarios, en cinco ambulatorios, durante tres meses. Se realizaron en total 300 entrevistas por muestreo no probabilístico. De acuerdo a los resultados obtenidos, los usuarios de los centros del primer nivel de atención que participaron en el estudio son mayoritariamente pobres, con por lo menos una Necesidad Básica Insatisfecha. El principal gasto de bolsillo es para la compra de medicamentos (40%). Los usuarios manifestaron que la segunda opción de atención médica lo constituyen los hospitales públicos, especialmente los servicios de emergencias (58,3%). Resulta importante considerar la relevancia de una adecuada provisión de insumos y servicios a los centros de salud, principalmente de medicamentos, para lo cual se debe tener presente las principales causas de morbilidad en la población, evitando de esta forma el desplazamiento de los usuarios a las emergencias de los hospitales.

Palabras clave: nivel de pobreza, gasto de bolsillo, atención primaria.

Poverty and Out-Of-Pocket Expenditure: Primary Health Care in the Trujillo Municipality, Venezuela

Abstract

The study from which this article has been extracted aimed to describe the level of poverty and out-of-pocket expenses of those who use the traditional outpatient primary health care centers located in the metropolitan area of the Trujillo Municipality. This field study was descriptive, with a non-experimental, cross-sectional design. A questionnaire was applied through direct interviews with users at five outpatient health centers during three months. A total of 300 interviews were made using non-probabilistic sampling. According to the results, primary health care center users that participated in the study are mainly poor people, with at least one basic need unsatisfied. The principal out-of-pocket expense is the purchase of medicines (40%). Users expressed that the second option they have for medical attention is the public hospitals, especially the emergency services (58.3%). It is important to consider the relevance of adequate supplies and services for healthcare centers, principally medicines; to accomplish this, the major causes of morbidity in the population should be taken into consideration, thereby avoiding displacement of the users from outpatient centers to hospital emergency services.

Key words: poverty, out-of-pocket expenditure, primary health care.

Introducción

La pobreza y los factores socio-económicos son elementos importantes que favorecen o limitan el contacto del individuo con el servicio de salud [5,16,31,36], siendo las clases sociales más desventajadas las que presentan peor estado de salud [5], por lo que gastan más en atención médica [33].

En este contexto, se ha determinado que entre los factores que limitan el acceso a los servicios de salud, se encuentra un deficiente ingreso económico del grupo familiar, donde los socialmente más desfavorecidos tienen mayores niveles de ingresos hospitalarios y consultas médicas, haciendo menor uso de los servicios preventivos y de detección precoz de las enfermedades ante la ausencia de los servicios médicos gratuitos [20]. Este aspecto, permite confirmar la relevancia que tiene la pobreza en el acceso a la atención médica, aun cuando se ha señalado que la equidad en los servicios de salud no debería depender de las diferencias existentes en lo que respecta a la desigualdad económica y a la riqueza entre los países [37].

En otro orden de ideas, se ha señalado que entre los aspectos económicos relacionados con el uso de los servicios

médicos se encuentran los gastos de bolsillo y el sistema de financiamiento para la obtención de atención médica. El primero ha sido definido como el gasto privado que financia los gastos de salud, el cual suele dividirse en: 1) productos naturales y farmacéuticos, 2) servicios médicos y paramédicos no hospitalarios, 3) servicios hospitalarios [34].

En países latinoamericanos como México, se ha observado que el principal gasto de bolsillo corresponde a la compra de medicamentos, el cual puede llegar a ser hasta de un 56% en los hogares pobres [34]. Igualmente se ha señalado, que los precios de las consultas y el costo de los medicamentos constituyen barreras económicas para la población que tiene menor acceso a los servicios de salud [4,20]. Si bien las enfermedades afectan a ricos y pobres por igual, los hogares más necesitados se encuentran más expuestos a las consecuencias de las enfermedades, ya que deben destinar más recursos de su presupuesto a los gastos en salud, profundizando aún más sus niveles de pobreza.

Es importante señalar, que el fin que persigue la Atención Primaria en Salud, es evitar o disminuir la morbilidad y mortalidad sanitaria, en cooperación con la atención especializada, por lo que es fundamental que los sistemas de salud por niveles, resuelvan las enfermedades en un pri-

mer nivel de atención [9,10] ya que constituye la puerta de entrada del individuo al sistema nacional de salud [29]. Asimismo, el acceso de la población a los servicios médicos es un requisito básico para la eficacia del sistema y por tanto, las barreras económicas y sociales afectan directamente la utilización de estos servicios.

En este punto es necesario considerar, que el sistema de atención público venezolano en los actuales momentos tiende a consolidarse como una política de Estado, que busca garantizar la accesibilidad de la población a los servicios de salud, sobre todo a los más desprotegidos [22, 27] a través de un modelo de atención paralelo denominado Barrio Adentro, con muy poca o poca coordinación con el sistema de salud pública tradicional [24].

Se ha afirmado que en los sistema de salud público segmentado y con poca coordinación, la accesibilidad y calidad de los servicios públicos de salud son deficientes [18]; por ello, resulta conveniente medir y evaluar el acceso mediante factores socioeconómico en la atención primaria de los centros de salud tradicionales para incorporar las reformas del estado a las debilidades observadas y permitir reorientar los recursos e infraestructura existente de vieja data al nuevo modelo de atención, y así poder garantizar y optimizar el derecho constitucional a la salud: “brindando atención sanitaria equitativa y accesible a la población venezolana” [3], tal como es establecido en la Constitución del año 1998, en sus Artículos 83,84 y 85.

No obstante, se ha señalado que a pesar de las inversiones en salud realizadas por el Estado venezolano, se observan barreras de acceso a nivel de los ambulatorios del sistema de salud pública tradicional, existiendo subutilización de estos servicios, sobreutilización de los hospitales, así como segmentación en la atención médica que se oferta a nivel público [4]. Por todo lo antes expuesto, el presente estudio se planteó como objetivo describir el nivel de pobreza y gastos de bolsillo de los usuarios de los ambulatorios tradicionales del primer nivel de atención en el área metropolitana del municipio Trujillo, estado Trujillo, Venezuela.

Metodología

Se realizó una investigación de campo de corte descriptivo, con diseño, transversal [13], la cual fue llevada a cabo en la ciudad de Trujillo, Estado Trujillo, Venezuela, entidad situada al Norte de la Cordillera Andina, delimitada por las parroquias Cristóbal Mendoza, Cruz Carrillo, Matriz, Monseñor Carrillo y Tres Esquinas las cuales a su vez integran parte de lo que se denomina el área metropolitana de la ciudad de Trujillo [21]. Se consideraron los ambulatorios del primer nivel de atención: ambulatorios urba-

nos tipo I (AUI) y ambulatorios rurales tipo II (ARII), localizados en dichas parroquias, para un total de cinco ambulatorios del área de estudio.

Dada la dispersión geográfica de la población, el muestreo realizado fue de tipo intencional, no probabilístico por cuotas, este tipo de muestreo es recomendado cuando se tiene poblaciones muy dispersas como en este caso [30]. Asimismo, los datos fueron obtenidos a través del usuario del servicio en el primer nivel de atención de la red ambulatoria del Municipio Trujillo.

Para la recolección de información se usó un cuestionario estructurado con preguntas cerradas, aplicado mediante entrevista directa a los usuarios. Para la determinación del nivel de pobreza de la población, se incluyó en el instrumento preguntas relacionadas a la Estratificación Social, medida por medio del número de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI); la cual toma en cuenta indicadores estructurales de difícil modificación en el tiempo [7]:

1. Tipo de vivienda: satisfecha si es casa, quinta, apartamento, insatisfecha si es rancho o residencia colectiva.
2. Hacinamiento: satisfecha si duermen dos personas por cuarto, insatisfechas si duermen 3 o más de 3.
3. Disposición de agua: Satisfecha si es acueducto, insatisfecha si es pozo, manantial, pila pública.
4. Disposición de excretas: sólo se considera en zonas urbanas satisfechas si es red de cloacas insatisfecha si es pozo séptico o letrina, o bien no posee sistema de eliminación de excreta.
5. Educación: satisfecha si los niños estudian en edades comprendidas entre los 6 y 12 años.
6. Nivel de dependencia: Satisfecha si hay dos dependientes por persona que trabaja
7. Nivel educativo del jefe de familia: satisfecha si el nivel de instrucción del jefe de familia es mayor de sexto grado, insatisfecha en caso contrario.

La pobreza se valoró sobre la base de identificar el número de NBI presente en los usuarios: 0 NBI: Necesidades básicas satisfechas; 1 NBI: Pobres; 2 o más NBI: Pobreza extrema.

Asimismo, se incluyeron en el cuestionario preguntas con el fin de obtener datos relacionados con los gastos de bolsillo en salud realizados por el usuario, además de indagar la segunda opción de atención médica en caso de no obtenerla en el ambulatorio visitado.

La validez de contenido del cuestionario fue evaluada mediante el juicio de tres expertos en el área de salud pública, quienes valoraron redacción y claridad de las preguntas en concordancia con el objetivo de la investigación a través de un formulario de respuesta dicotómica elaborado por los investigadores. A su vez, se buscó valorar la pertinencia de las preguntas.

Cabe mencionar, que el instrumento de recolección de datos, no fue sometido a la validez de constructo, por tra-

tarse el mismo de un cuestionario simple, donde lo que se pretende es obtener distribuciones de frecuencia de la muestra estudiada. Los estudios de fiabilidad y validez interna están recomendados según las características de las preguntas que lo componen, en este caso el instrumento no generó una puntuación general, para cada sujeto por lo que resulta innecesario aplicar estos criterios [19].

Finalmente, se aplicaron en total 300 encuestas a usuarios de ambos sexos mayores de 15 años, que acudieron a los servicios de salud en los ambulatorios urbanos tipo I (AUI) y ambulatorios rurales tipo II (ARII) durante el lapso comprendido entre enero y abril del 2008. Los encuestados se caracterizaron por ser mujeres (87%), amas de casa (36%) que acuden a consultas preventivas (76%), tales como: control del embarazo, ginecológico y de niño sano.

El análisis estadístico de la información obtenida se realizó mediante análisis descriptivos univariados a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) para Windows versión 10.

Resultados y discusión

La pobreza y los factores socio-económicos se consideran entre las principales causas que dan lugar a los problemas en salud, ya que de ellos se derivan barreras de acceso económico [2, 37]. En el presente estudio, al indagar el nivel de pobreza del usuario como indicador socioeconómico, mediante la medición del número de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), se detectó que el 50% de las observaciones presentan entre 1 y 3 necesidades básicas insatisfechas, lo que permite clasificar la población estudiada

entre pobres y pobreza extrema; con un promedio de al menos una necesidad básica insatisfecha (Tabla 1).

En la Tabla 1, se destaca como principal NBI, el hacinamiento y la más satisfecha la escolaridad de niños entre 6 y 12 años. En la literatura existe controversia entre la relación de pobreza y utilización de los servicios de salud; dado que, para algunos autores no existe relación [8], mientras que para otros, existe una intensa relación ya que cuanto más baja es la posición social más bajos son los niveles de salud, y por tanto, se requiere mayor atención sanitaria [2, 14, 25, 31].

En este orden de ideas, se ha estimado mediante cálculo por diferentes métodos que el gasto de bolsillo en atención primaria puede aumentar el número de pobres, afectando principalmente a los estratos más bajos, los cuales incurren en un gasto de bolsillo orientado a cubrir consultas médicas y medicamentos [2, 25].

Los resultados obtenidos en el presente estudio, muestran que la mayoría de los pacientes (55%) que acuden a los centros ambulatorios de primer nivel de atención no realizan ningún tipo de pago; no obstante, cuando el individuo desembolsa de su bolsillo, generalmente lo hace para la compra de medicamentos (40%), coincidiendo estos hallazgos a lo señalado por otros autores [14]. De la misma forma, llama la atención que existe un porcentaje de usuarios (2%) que refieren haber tenido que pagar por concepto de colaboración o contribución adicional al momento de utilizar el servicio público, aun cuando en Artículo 84 de la Constitución Nacional vigente, establece el deber del Estado de garantizar la gratuidad de los servicios públicos de salud, así como los tratamientos requeridos como terapéutica médica (Tabla 2).

Tabla 1. Indicadores de NBI* de los usuarios de los AUI** y ARII***. Área Metropolitana, municipio Trujillo. Enero-Abril 2008.

Indicadores	Análisis de los Estadísticos descriptivos para los indicadores NBI*
Nivel de estudio* del jefe de familia:	81% por debajo de secundaria completa 19% primaria incompleta (NBI)
Nº de dependientes*: Alta dependencia:	Promedio: 3 ± 2,06 Min: 1 Max: 13 19% (NBI)
Disposición de Excretas*: (NBI)	Red de Cloacas: 76,0% Pozo séptico: 18,0; Sin eliminación: 6,0%
Abastecimiento de agua*:	Acueductos: 91,7% Otra forma: 8,3%(NBI)
Tipo de vivienda*: Hacinamiento*: 33,3% (NBI)	Quinta, casa, apartamento: 84,3%. Rancho: 15,7%(NBI) Sin Hacinamiento: 66,7%
¿Estudia el niño entre 6-12 años**?	Sí: 98,6% No: 1,4%(NBI)

*n: 300 ** n: 146. Promedio de NBI: 1,39 ± Desviación estándar: 0,96. Mediana (NBI): 2. Percentiles (NBI): 25:1; 75:3.

*NBI= Necesidades Básicas Insatisfechas. **AUI= ambulatorios urbanos tipo I. ***ARII= ambulatorios rurales tipo II.

Tabla 2 Gasto de Bolsillo de los Usuarios de los AUI* y ARII**. Área Metropolitana, municipio Trujillo. Enero-Abril 2008.

Gastos por Insumos y Servicios	Frecuencia	Porcentaje
Ningún gasto	164	55,0
Medicamentos	120	40,0
Colaboración al centro de salud Para la compra de insumos	7	2,0
Imágenes, Radiología	6	2,0
Exámenes de Laboratorio	3	1,0
Total	300	100,0

*AUI= ambulatorios urbanos tipo I. **ARII= ambulatorios rurales tipo II.

De la misma forma, de los 300 usuarios de los ambulatorios urbanos tipo I (AUI) y ambulatorios rurales tipo II (ARII) que participaron en el estudio, 221 (73,6%) requirieron de algún medicamento, otorgándose su totalidad (35,3%) o parcialmente (24,4%), a la mayoría de los encuestados (Tabla 3). Este hecho es relevante, ya que se ha demostrado que el otorgamiento de medicamentos al enfermo marca la diferencia de la decisión del mismo a permanecer en el hogar o acudir al centro de salud [32], constituyendo el suministro gratuito de fármacos una modalidad de financiamiento que permite el acceso más amplio y equitativo de la población a los centros de salud [2].

Al mismo tiempo, habría que considerar el importante porcentaje de usuarios que no recibieron ningún tipo de medicamento (40,3%), lo que genera un mayor gasto en salud, lo cual tal y como se ha señalado, puede generar incumplimiento del tratamiento, y por tanto, cronicidad y deterioro del estado de salud [28].

De igual importancia, es la accesibilidad financiera a los servicios de salud por ser una prioridad de las políticas sanitarias en atención primaria [1]. De hecho, en algunos países Latinoamericanos tales como Colombia, Cuba y Brasil, las consultas al médico general se realizan en el sistema público sanitario, por considerarlo el medio más eficiente en busca del logro para el acceso equitativo a los

servicios médicos [2, 11, 17], constituyendo la opción mayoritaria para la provisión de servicios de salud [1].

En la presente investigación hay un comportamiento similar, los usuarios al no resolver su problema de salud en el ambulatorio que le corresponde, utilizan algún centro del sistema público nacional como segunda opción de atención, entre ellos las emergencias de los hospitales (58,3%), otros centros ambulatorios diferentes al que le corresponde por cercanía a su vivienda (14,3%), o bien acuden a los nuevos centros creados por parte del Gobierno Nacional (11%), dentro de su política de salud (Barrio Adentro); este comportamiento errante, está relacionado con la falta de satisfacción de los usuarios con sus demandas en salud por lo que buscan obtener insumos y atención especializada rápidamente a nivel de las emergencias hospitalarias [5, 35].

En este sentido, es a través de la estrategia de atención primaria, donde se debería solventar la mayoría de los enfermedades sin complicaciones así como las actividades de prevención y promoción de la salud, por ser la puerta de entrada más accesible al sistema público nacional [29]; sin embargo, este aspecto no se refleja en los resultados, ya que las personas prefieren otros centros de atención médica diferentes a los ambulatorios, como segunda opción de atención cuando no se resuelven sus padecimientos, quizás debido al déficit de insumos y medicamentos en dichos establecimientos.

Por lo anteriormente expuesto, se hace necesario reconsiderar el papel del Estado en la organización y el financiamiento público del sistema nacional de salud; el cual cumple un papel muy importante en la reducción del empobrecimiento y en la protección de los hogares en situación financiera crítica [12]. En este sentido, es importante aumentar los esfuerzos por parte del sistema nacional de salud en el abastecimiento total de medicamentos en el primer nivel de atención, dado las consecuencias que originan en los programas preventivos el déficit de insumos, ya que se ha señalado que el acceso a los medicamentos por parte de la población, constituye un elemento indispensable en la enorme cadena de atención en salud, sobre todo en los más pobres [12].

Tabla 3. Otorgamiento* de Medicamentos a los Usuarios de los AUI** y ARII***. Área Metropolitana. Municipio Trujillo. Enero- Abril 2008.

Otorgamiento de Medicamentos						
Sí	%	Algunos	%	No	%	Total
Frecuencia		Frecuencia		Frecuencia		Usuarios
78	35,3	54	24,4	89	40,3	221

*Sólo incluyen los usuarios que ameritan medicamentos. **AUI= ambulatorios urbanos tipo I. ***ARII= ambulatorios rurales tipo II.

Consideraciones finales

Dado el nivel de pobreza evidenciado en los usuarios de los centros ambulatorios urbanos tipo I y rurales tipo II del Municipio Trujillo, resulta importante considerar la relevancia de una adecuada provisión de insumos y servicios a los centros de salud, principalmente de medicamentos, para lo cual se debe tener presente las principales causas de morbilidad en la población. De esta manera, se puede contribuir desde una perspectiva más equitativa, al uso de los servicios de atención primaria a los más necesitados, evitando la subutilización de los ambulatorios, así como la sobreutilización de los hospitales. Es necesario ampliar la investigación sobre las causas que originan el suministro incompleto de medicamentos en este nivel de atención.

Agradecimiento

Los autores desean manifestar su agradecimiento a los profesionales de la salud, así como a los usuarios de los ARI y AUII del Área Metropolitana del Municipio Trujillo, quienes con su valiosa colaboración permitieron la obtención de la información necesaria para la elaboración del presente trabajo.

Referencias

- [1] AGUILAR, Saraí; HERNÁNDEZ, Adriana; FLORES, Karla (2007). Satisfacción por el tiempo de espera y surtimiento de medicamentos de afiliados y no al seguro popular en un centro de atención primaria a la salud en la ciudad de Tabasco. En: **Salud en Tabasco**. 7 (2):647-653.
- [2] ALVIS, Luis; ALVIS, Nelson; DE LA HOZ, Fernando(2007). Gasto Privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias, 2004. **Rev Salud Pública**. 9(1):11-25.
- [3] ASAMBLEA NACIONAL. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial Nº 5453, de fecha 24 de marzo del 2000. Caracas. p.p. 19-20.
- [4] ÁVILA, Ayari; BRICEÑO, Alberto; BENÍTEZ, Betty(2010). Barreras organizacionales de acceso en servicios ambulatorios. **Rev. Multiciencias**. 10(1):65-70.
- [5] BAKER, John; LIN, Liu (2006). The determinants of primary health care utilization a comparison of three rural clinics in Southern Honduras. In: **Geojournal**. 66:295-310.
- [6] BORRELL Carme (2004). Desigualdades de salud según la clase social en las mujeres. **Rev Dialogo filosófico**. 59:245-260.
- [7] FERES, Juan Carlos; MANCERO, Xavier. (2001). **El método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), y sus aplicaciones en América Latina**. Serie estudios estadísticos y prospectivos. Santiago de Chile: CEPAL-ECLAC. p.p.1-53.
- [8] GARCÍA, Joaquín (2006). Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública cubana. **Rev Cubana Salud Pública**. (Documento en línea). Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000100014&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-3466 (consulta: 2010, enero 10).
- [9] GÉRVAS, Juan; PANÉ, Olga; SICRAS, Antoni. (2006). Capacidad de respuesta de la atención primaria y redes de servicios. El caso del Consorci Hospitalari de Catalunya. **Revista Aten Primaria**. 38(9):506-10.
- [10] GONZÁLEZ, Pablo (2005). La Atención Primaria de Salud como eje del sistema público sanitario. En: **Semergen**. 31(5):214-222.
- [11] GÓMEZ, Manolo; PÉREZ, Alexis; MOYA, Mayra; REYES, Mabel. (2004). Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario. (Documento en línea). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300007&lng=es&nrm=iso (consulta: 2010, febrero 4).
- [12] GÓMEZ, Octavio; GARRIDO, Francisco; TRIRADO, Leticia; MACÍAS, Claudia (2001). Abastecimiento de medicamentos en el primer nivel de atención de la secretaría de salud de México. **Rev Salud Pública de México**. 43(3): 224-232.
- [13] HURTADO, Jacqueline (2006). **El proyecto de investigación**. Bogotá: Quirón. p.p. 103-105.
- [14] JORRAT, Jorge; FERNÁNDEZ, María de las Mercedes; MARCONI, Elida(2008). Utilización y gasto en servicios de salud de los individuos en Argentina en 2005. **Rev Salud Colectiva**. 4(1):57-76.
- [15] KNAUL, Felicia; AREOLA, Héctor; MÉNDEZ, Oscar; BRYSON, Chloe.; BAROFKY, Jeremy; MAGUIRE, Rachel; MIRANDA, Martha; SESMA, Sergio. (2007). La evidencia beneficia al sistema de salud: Reformas para remediar gastos catastróficos y empobrecimiento en salud en México. **Rev Salud Pública de México**. 49 (Supp. 1): 570-587.
- [16] LOSTAO, Lourdes; REGIDOR, Enrique; CALLE, Ma Elisa; DOMÍNGUEZ, Vicente.; NAVARRO, Pedro. (2001). Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97. **Rev Esp Salud Pública**. 75(2): 115-128.
- [17] LOUVISON, Marilia; LEBRAO, Maria Luisa.; OLIVEIRA, Yeda.; FERREIRA, Jair; MALIK, Ana María.; SAMPAIO, Eurivaldo (2008). Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do Município de Sao Paulo. **Rev Saúde Pública**. 42(4):733-740.
- [18] MADIES, Claudia; CHIARVETTI, Silvia; CHORNY, Marina (2000). Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en la reforma del sector de la salud. **Rev Panam Salud Pública**. 8(1-2): 33-42.
- [19] MARTÍN, María (2004). Diseño y validación de cuestionarios. En: **Matronas Profesión**. 5 (17): 23-29.

- [20] MOORIN, Rachael; HOLMAN, D'Arcy (2006). The effects of socioeconomic status, accessibility to services and patient type on hospital use in western Australia: a retrospective cohort study of patients with homogenous health status. In: **BMC Health Serv Res.** 15(6):74.
- [21] MORENO, Fidel; GODOY, Elsy. (1999). Trujillo ciudad de historia con limitaciones físicas para su desarrollo. (Documento en línea). Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/24929/1/trujillohistoria-6.pdf> (consulta 2009, abril 2).
- [22] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y MINISTERIO DE SALUD. (2006). Estrategia de Cooperación de OPS/OMS con Venezuela 2006-2008. Caracas. Junio. p.p. 55.
- [23] PENCHANSKY, Roy; THOMAS, J. William (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. In: **Med Care.** 19(2):127-40.
- [24] PROVEA. Informe anual. Derecho a la salud. Octubre 2005-Noviembre 2006. Venezuela. (Documento en línea) Disponible en: http://www.derechos.org.ve/proveaweb/wp-content/uploads/06_salud.pdf (consulta 2009, octubre 3)
- [25] REGIDOR, Enrique; MARTÍNEZ, David; ASTASIO, Paloma; ORTEGA, Paloma; CALLE, María Elisa; DOMÍNGUEZ, Vicente (2006) Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI. En: **Gac Sanit.** 20(5):352-359.
- [26] RENÉ, Leyva; ERVITI, Joaquina; KAGEYAMA, María; ARREDONDO, Armando (1998). Prescripción, acceso y gasto en medicamentos entre usuarios de salud en México. **Rev Salud Pública de México.** 40(1): 24-31.
- [27] RODRÍGUEZ, Isabel; RINCÓN, María; MADUEÑO, Janeth (2006) Barrio Adentro: Una experiencia de política en ejecución. En: **Espacio Abierto.** 15: 617-64.
- [28] SCIALABBA, Eliana. (2009). La importancia del gasto en salud para la reducción de las desigualdades en América Latina y el Caribe. (Documento en línea). Disponible en: <http://decon.edu.uy/eventos/Scialabba-Importancia.pdf> (consulta: 2009, noviembre 11)
- [29] STARFIELD, Bárbara. (2001). **Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología.** Barcelona: Masson. p.p. 129-149.
- [30] SILVA, Luis. (2000). **Diseño razonado de muestras y captación de datos para las investigaciones sanitarias.** Madrid: Díaz de Santos. p.p. 16-19.
- [31] SUÁREZ, Miguel; SEGURA, Luis; MENDOZA, Richard (2006). Inequidad en el uso de los servicios de salud en niños y adultos de tres poblaciones rurales del Perú. En: **RAMPA.** 1(1):25-32.
- [32] TOBAR, Federico. (2002). Acceso a los medicamentos en Argentina: diagnóstico y alternativas. En: **Boletín Fármacos.** 5(4):35-45.
- [33] URQUIETA, José; FIGUEROA, José; HERNÁNDEZ, Bernardo (2008). El gasto en salud relacionado con la condición de discapacidad. Un análisis en población pobre de México. **Rev Salud Pública de México.** 50(2):136-146.
- [34] VÁZQUEZ, Sergio; PÉREZ, Raymundo; MARTÍNEZ, Tania; LEMUS, Edith (2005). Gasto privado en salud por entidad federativa en México. **Rev Salud Pública de México.** 47(1):527-536.
- [35] VELASCO, Luis; GARCÍA, Susana; OTERINO, David; SUÁREZ, Francisco; DIEGO, Susana; REYES, Alonso. (2005). Impacto de los ingresos urgentes innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias. **Rev Esp Salud Pública.** 79(5): 541-549.
- [36] WAGSTAFF, Adam. (2002). Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. **Rev Panam Salud Pública.** 11(5/6):316-326.
- [37] WALLACE, Steven; HAASS, Vilma (2005). Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. **Rev Panam Salud Pública.** 17 (5/6):394-409.