



**ISSN: 1561-3194**

***Rev. Ciencias Médicas. oct.-dic. 2011; 15(4):102-115***  
**MEDICINA GENERAL INTEGRAL**

## **Impacto socioeconómico y extensionista del ingreso domiciliario en la Atención Primaria**

### **Socio-economic and extensional impact of domiciliary admissions in Primary Health Care**

**José A. Véliz Gutiérrez<sup>1</sup>, Noarys Pérez Díaz<sup>2</sup>, José G. Sanabria Negrín<sup>3</sup>, Nery Silvia Concepción Pérez<sup>4</sup>, Yaisel Lorenzo Rodríguez<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Salud Pública. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Correo electrónico: rectorprucm@princesa.pri.sld.cu

<sup>2</sup>Ingeniera Química. Doctor en Ciencias Ecológicas. Máster en Ingeniería Ambiental. Profesora Titular. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Correo electrónico: noarys@princesa.pri.sld.cu

<sup>3</sup>Especialista de Segundo Grado en Histología. Doctor en Ciencias Biológicas. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Correo electrónico: joseg\_50@princesa.pri.sld.cu

<sup>4</sup>Licenciada en Educación. Especialidad Historia. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Correo electrónico: nerrys@princesa.pri.sld.cu

<sup>5</sup>Licenciado en Enfermería. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Correo electrónico: villa@fcm.pri.sld.cu

---

## RESUMEN

**Objetivo:** se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo sobre el impacto socio-económico y extensionista del ingreso domiciliario en la Atención Primaria de Salud. **Método:** el universo estuvo constituido por todos los ingresos domiciliarios de los grupos básicos 1 y 2 del Policlínico Universitario "Hermanos Cruz" de Pinar de Río, durante el año 2008. Se determinaron las principales enfermedades que causaron ingreso domiciliario y se aplicó una encuesta para recoger los datos individuales y generales de los pacientes a quienes se les brindó este servicio. Se realizó la revisión de las historias clínicas individuales en los Consultorios Médicos de pertenencia, que los que reportaron como ingresos en este período. Se exploró sobre el papel y conocimiento de los estudiantes sobre el ingreso en el hogar y su labor extensionista a través de la promoción de salud y las actividades asistenciales. Se aplicaron los métodos de la estadística descriptiva. **Resultados:** las principales causas fueron: las afecciones del embarazo, la existencia de mayor satisfacción para la familia y el paciente con esta modalidad de atención, así como la labor extensionista de los estudiantes de medicina que rotaban por esos consultorios. Se demostró el costo-beneficio de 27 780,00 pesos diarios y 194 460,00 pesos semanales en relación al ingreso hospitalario además, existencia de una buena satisfacción en la comunidad por esta oferta de servicios médicos en la atención primaria de salud, que trae consigo la elevación de la resolutivez local y una mejor competencia y desempeño del Médico y Enfermera de la familia. **Conclusión:** sobre la viabilidad del sistema y la aceptación y beneficios económicos para la familia y el estado.

**DeCS:** ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, IMPACTO PSICOSOCIAL, COSTOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD.

---

## ABSTRACT

A retrospective and descriptive study was conducted at "Hermanos Cruz" Outpatient Clinic, Pinar del Rio during January 2008 -2009 aimed at determining the socio-economic and extensional impact of domiciliary admissions. The target group was comprised of the total of this kind of admissions for number 1 and 2 basic working groups. The 10 main pathologies causing domiciliary admissions were determined, and a survey was applied to collect individual and general data of the patients under this medical care service. Individual Clinical Histories in the Doctor's Offices having domiciliary admissions during the period under study were revised. The role of medical students was explored, as well as their level of knowledge regarding domiciliary admissions, extensional doings through health promotion and medical care activities. One of the main causes was pregnancy-associated illnesses; verifying a greater familial and patient agreement with this type of admission. Extensional activities of medical students during the training period at the doctor's offices were considered satisfactory. The cost-benefit reached a figure of 27780.00 Cuban pesos daily and 194460.00 Cuban pesos weekly compared with hospital admissions; as well as the level of satisfaction in the community regarding this modality of medical services in Primary Health Care. Higher local solutions to health problems are achieved, together with better competence and performance of the Family Doctors and Nurses.

**DeCS:** PRIMARY HEALTH CARE, PSYCHOSOCIAL IMPACT, HEALTH CARE COSTS.

---

## INTRODUCCIÓN

La Organización de Naciones Unidas señala que el desarrollo de una comunidad es el proceso por el cual el propio pueblo participa en la planificación y realización de programas que se destinan a elevar su nivel de vida y la definen como la agrupación de personas que viven en un área geográfica determinada, unidas por intereses comunes y quienes comparten las condiciones generales de vida.

Los servicios de cuidados médicos a domicilio se prestan básicamente en dos modalidades: la hospitalización domiciliaria (HD) y los cuidados de atención primaria de salud a domicilio (APD).

La HD surgió en 1947, en Nueva York y se extendió una década más tarde a Europa, como una alternativa asistencial dirigida a brindar cuidados médicos y de enfermería de nivel hospitalario en los domicilios de los pacientes por parte del propio equipo hospitalario. Los servicios de APD se pueden prestar según el modelo tradicional o siguiendo el modelo de atención compartida.<sup>1</sup>

Este servicio se presta desde el año 1986, y lo ejecuta el personal de salud de los servicios médicos primarios, o sea, el equipo básico de salud (EBS) compuesto por el médico y la enfermera de la familia quienes atienden a una población geográficamente determinada. Estos profesionales cuentan con la asesoría de los profesores de los grupos básicos de trabajos (GBT) -integrados por especialistas en medicina interna, ginecoobstetricia, pediatría y psicología -radicados en un policlínico y responsables de atender entre 15 y 20 EBS.<sup>2</sup>

Se estableció un grupo de acciones metodológicas para su instrumentación y que definan las funciones correspondientes al médico y la enfermera de la familia, al grupo básico de trabajo y al policlínico, para brindar esta forma de atención médica al paciente que así lo requiere.<sup>3</sup> La atención primaria representa el primer nivel de contacto de las personas, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud y lleva lo más cerca posible la "salud" al hogar donde residen y trabajan las personas, constituyen por tanto un elemento permanente de asistencia sanitaria.<sup>3</sup>

El vínculo universidad-sociedad de manera bidireccional, donde la universidad aporta lo mejor de sí en conocimientos científicos, en educación para la salud, identificando los factores de riesgos y modificando favorablemente estilos de vida, y a la vez, la universidad se apodera de toda una experiencia acumulada en la comunidad y de esta manera transforma culturalmente en sentido positivo a la sociedad cumpliendo el encargo de desarrollarla.

En estos momentos, en Cuba, donde la extensión universitaria alcanza su máxima expresión con la universalización de la enseñanza juega un papel esencial esta labor extensionista y particularmente en el sistema de salud donde la universidad es el sistema de salud, coincidiendo en el tiempo y espacio los protagonistas y actores y educando en el seno de los colectivos laborales.

Se considera que la participación de la comunidad es la clave de la atención primaria de salud que no se interesa solo por la tecnología avanzada, sino también por los problemas de salud de las poblaciones pobres menos favorecidas que en su mayoría viven en zonas rurales en los países desarrollados.<sup>4,5</sup>

A partir del año 1984 se inició una nueva forma de atención a la población: el programa del médico y la enfermera de la familia, que consistió en unir al médico y a la enfermera en el trabajo con la comunidad. Se continuó demandando atención médica en los subsistemas de urgencia, tanto en el nivel primario como en el nivel secundario de asistencia, escenarios de atención que no resultan adecuados para muchos problemas de salud, que por no considerarse urgentes pueden tener un nivel adecuado de respuesta en los consultorios médicos de la familia.<sup>5</sup>

El ingreso en el hogar es una alternativa asistencial de la atención primaria que se define como un conjunto de cuidados médicos y de enfermería a pacientes en su domicilio cuando necesiten ingreso con seguimiento continuo, pero no necesariamente en un medio hospitalario. Sus objetivos principales son: mejorar la atención del paciente y lograr una utilización más eficiente de los recursos.<sup>6,7</sup>

Surge un nuevo modelo para la atención médica que fortalece y distingue a la organización del Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual se mantiene hasta la actualidad. En este modelo el personal de enfermería pasa a formar parte del equipo básico de salud o del médico y la enfermera de la familia y adquiere una responsabilidad cualitativamente superior.<sup>8</sup>

La orden de ingreso en el hogar (IH) puede basarse en el criterio médico del equipo de atención primaria de salud, el cual evalúa las características de la enfermedad, el estado general del paciente, la situación socioeconómica de la familia, las condiciones higiénicas y sanitarias de la vivienda, las posibilidades de la familia para poder participar en el ingreso y la voluntariedad del paciente. Además, la orden de IH puede provenir de los especialistas del nivel secundario de salud, previa coordinación con el equipo de atención primaria de salud.<sup>1</sup>

Este tipo de ingreso aumenta el nivel de resolutivez del médico y la enfermera de la familia y la satisfacción de los paciente al no tener que salir de su medio para resolver su situación de salud sin tener que acudir a un centro de atención secundaria o terciaria. Es la principal herramienta que tiene el médico para garantizar una mejor satisfacción de la población con eficiencia, y además, mejorar la competencia y el desempeño profesional.<sup>9</sup>

Se han descrito las ventajas de esta modalidad de atención y los efectos que puede tener sobre la calidad del servicio. Se ha informado, entre otras, que permite una atención más integral al enfermo<sup>10</sup>, elimina el riesgo de infección hospitalaria, permite la utilización de la terapia familiar en el abordaje clínico-terapéutico del paciente y estimula el desarrollo profesional y el accionar independiente de la enfermera.<sup>11</sup>

Por lo anteriormente expuesto y la importancia que tiene este proceder como una herramienta decisiva en la APS es que se plantea como **objetivo general** evaluar el impacto socio-económico en la comunidad del ingreso domiciliario en los grupos básicos 1 y 2 del Policlínico Universitario Hermanos Cruz de Pinar del Río, en el año. Entre los **objetivos específicos estuvieron:** conocer las diez principales enfermedades que constituyeron ingreso domiciliario en el período analizado e identificar los beneficios sociales del ingreso domiciliario y relacionarlos con el costo que estas enfermedades tienen a nivel hospitalario; conocer el grado de satisfacción en las familias que han tenido alguno de sus miembros ingresados en el hogar y la labor extensionista de los estudiantes que rotaban por el consultorio, y el ingreso en el hogar.

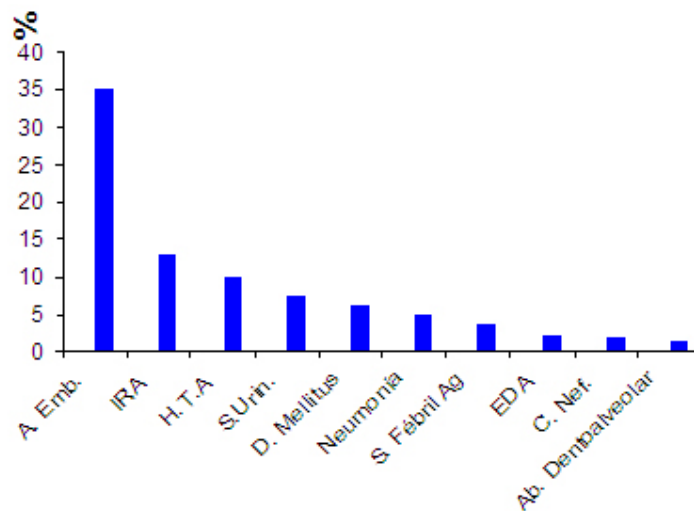
## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre el impacto socio-económico del ingreso domiciliario en el Policlínico Universitario Hermanos Cruz de Pinar del Río en el 2008. Se consideró como universo la totalidad de ingresos domiciliarios de los grupos básicos 1 y 2 de este policlínico en el período referido. Se trabajó con todo el universo. Se confeccionó una encuesta para recoger los datos individuales y generales de los pacientes que recibieron este servicio. Se realizó la revisión de las historias clínicas individuales en los Consultorios Médicos a los cuales pertenecían y que fueron los que reportaron ingresos en este período. Una vez tenida la totalidad de estos, se determinan las 10 principales enfermedades que causaron ingreso domiciliario (1130 ingresos) comparándolas con el costo de ingreso por iguales entidades en instituciones hospitalarias (nivel secundario de atención) para obtener el costo-beneficio.

Se utilizaron los métodos de la estadística descriptiva, resumiendo las variables cualitativas en frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

## RESULTADOS

Las principales enfermedades que constituyeron ingreso domiciliario en el Policlínico Universitario Hermanos Cruz de Pinar del Río durante el 2008 ( figura 1) tuvieron en primer lugar a las afecciones del embarazo; lo que representa 338 ingresos (35,2 %) seguidos de la primera causa reportada por el Registro Provincial de Estadísticas, que fueron las IRA y la hipertensión arterial, (12.8 % y 9.8 %, respectivamente).



**Fig. 1.** Principales enfermedades que constituyeron ingreso domiciliario.

Policlínico Universitario Hermanos Cruz. Pinar del Río. 2008.

En cuanto a la opinión de aquellos a los que se les aplicó este ingreso, ( tabla 1) sobre los beneficios que éste les reportó, el 100 % refirió que constituyó satisfacción para ellos, pero no así a lo referente a la participación de toda la familia en la recuperación donde solo se alcanzó el 90% de los beneficiados, en la disminución del stress del ingreso hospitalario en el 96.4 % en más comodidad para la familia teniendo al enfermo en estadio terminal 99.4% de las respuestas fueron afirmativas.

Estas 10 primeras causas constituyeron el 85.2 % de las enfermedades a las que se le brindó ingreso domiciliario.

**Tabla 1.** Beneficios sociales del ingreso domiciliario. Policlínico Universitario "Hermanos Cruz". Pinar del Río. 2009.

Variable	INGRESOS DOMICILIARIOS			
	Respuestas positivas		Respuestas negativas	
	No.	%	No.	%
Mayor satisfacción para la familia y el paciente.	1130	100	-	-
Participa toda la familia en la recuperación	1017	90,0	113	10,0
Disminuye el stress del ingreso hospitalario	1090	96,4	40	3,6
Más comodidad para la familia al tener en casa	1124	99,5	6	0,5
Evita molestias de transportación	1040	92,0	90	8,0
Menos gastos para la familia	1074	95,0	56	5,0

Al analizar el costo hospitalario que aportarían las 10 primeras causas que constituyeron causa de ingreso domiciliario y no hospitalario se remonta a la suma de 258.00 pesos como costo diario por paciente, siendo las patologías con costos más elevados las afecciones del embarazo, la sepsis urinaria, el cólico nefrítico y la linfagitis, así como 1806.00 pesos del costo semanal hospitalario pero esto por cada una de las 10 primeras entidades como tal, no por la totalidad de ingresos, tabla 2.

**Tabla. 2.** Costo hospitalario de las 10 principales causas que constituyeron ingreso domiciliario. Policlínico Universitario "Hermanos Cruz". Pinar del Río. 2009.

<b>Enfermedades</b>	<b>Costo Diario/paciente Hospitalizado</b>	<b>Costo Semanal/paciente Hospitalizado</b>
1. Afecciones Embarazo	35.00	245.00
2. Infección Respiratoria Aguda	21.00	147.00
3. Hipertensión Arterial	25.00	175.00
4.Sepsis Urinaria	33.00	231.00
5. Diabetes Mellitus	21.00	147.00
6. Neumonía	23.00	161.00
7. Síndrome Febril Agudo	29.00	203.00
8. Enfermedades Diarreica Aguda	19.00	133.00
9.Cólico Nefrítico	33.00	231.00
10.Absceso Dentoalveolar	19.00	133.00
<b>TOTAL</b>	<b>258.00</b>	<b>1806.00</b>

**Fuente:** Departamento de Estadística y Departamento de Económico

Conocimiento del costo-beneficio de la totalidad de los 960 ingresos domiciliarios, que constituían las 10 primeras causas teniendo de antemano el costo hospitalario de cada una de ellas, tabla 3.

**Tabla 3.** Costo-beneficio en las 10 principales patologías que fueron relevantes en el ingreso domiciliario. Policlínico Universitario "Hermanos Cruz". Pinar del Río. 2009.

<b>Enfermedades</b>	<b>No. Casos</b>	<b>Costo Diario</b>	<b>Costo Semanal.</b>
1. Afecciones Embarazo	338	11830.00	82810.00
2. Infección Respiratoria Aguda	123	2583.00	18081.00
3. Hipertensión Arterial	95	2875.00	20125.00
4.Sepsis Urinaria	92	3036.00	21252.00
5. Diabetes Mellitus	67	1407.00	9849.00
6. Neumonía	62	1426.00	9982.00
7. Síndrome Febril Agudo	53	1537.00	10759.00
8. Enfermedades Diarreica Aguda	51	969.00	6783.00
9.Cólico Nefrítico	44	1452.00	10164.00
10.Absceso Dentoalveolar	35	665.00	4655.00
<b>TOTAL</b>	<b>960</b>	<b>27780.00</b>	<b>194460.00</b>

**Fuente:** Departamento de Estadística y Departamento de Económico

Se obtuvo como resultado el ahorro al país en materia de ingresos 27 780,00 pesos como costo diario y 194.460 pesos como costo semanal, sólo por estas principales causas.

El 96 % de las familias encuestadas, en las cuales hubo ingreso domiciliario con seguimiento (tabla 4) tenían buena opinión y solo el 0,9 % de los encuestados pensaban que era malo.

**Tabla 4.** Grado de satisfacción de las familias con relación al ingreso domiciliario.

Policlínico Universitario "Hermanos Cruz". Pinar del Río. 2009.

Grado de satisfacción	No.	%
Buena	1085	96,0
Regular	35	3,1
Mala	10	0,9
<b>TOTAL</b>	<b>1130</b>	<b>100</b>

## **DISCUSIÓN**

Las enfermedades gineco-obstétricas se ubican dentro de las principales causas de ingreso domiciliario, fundamentalmente en zonas montañosas, de esta manera coincidimos con los estudios realizados.<sup>11, 12</sup>



Igualmente los estudios sobre los costos directos del ingreso en el hogar en Cuba, refleja los beneficios de este tipo de ingreso<sup>9</sup> lo que permite asumir la coincidencia de nuestro estudio con estos resultados. Se debe plantear que a pesar de los esfuerzos que realiza el Médico de la Familia por lograr que en este procedimiento participe toda la familia del enfermo, no se ha logrado por todos su comprensión.

La negativa por parte de los pacientes de asumir el ingreso domiciliario constituye una de las principales causas que impidieron que éste se llevara a cabo.<sup>6</sup> Al comparar los costos de los ingresos domiciliarios y hospitalarios, se detectan verdaderos beneficios económicos en el ingreso domiciliario,<sup>7</sup> lo que coincide con los estudios realizados por otros autores.

A pesar que actualmente se enfrentan a problemas emanados de primera necesidad, los médicos han sabido aliviar o atenuar enfermedades en la comunidad con el mínimo de recursos y con una atención esmerada, llena de ciencia y amor. Las afecciones del embarazo, IRA, hipertensión arterial y sepsis urinaria, constituyeron las principales causas de ingreso domiciliario en el estudio. Se reafirmó dentro de los beneficios sociales que aportó el ID la mayor satisfacción para la familia y el paciente.

Se coincidió con autores al plantear que el personal de salud no ha interiorizado la importancia y las ventajas que representa tanto para el paciente y su familia como para la sociedad, que aun existen pacientes con criterio de ingreso no identificado por el equipo básico de salud, además la inter relación entre el grupo básico de salud, el subsistema de urgencia y hospitales con el médico y enfermera de la familia, sigue siendo deficiente como una vía de ingreso en el hogar.<sup>3</sup>

Se puede afirmar que el tiempo de estadía puede utilizarse como indicador de la calidad del servicio de IH. Sin embargo, desde el punto de vista económico, el tiempo de estadía debe analizarse según el diagnóstico que da lugar al IH y las características del área geográfica donde se encuentra la unidad de atención que brinda ese servicio.<sup>1</sup>

Por otra parte, el costo hospitalario de las 10 patologías que constituyeron la causa más frecuente de ingreso domiciliario en el estudio fue de 258.00 pesos diario y 1806.00 pesos semanales. Por su parte, el costo-beneficio que significaron las 10 primaras causas de Ingreso domiciliario en nuestra investigación fue diario 27.780 pesos y semanal de 194.460 pesos.

El grado de satisfacción fue significativamente favorable, aumentando el nivel de resolutivez local de la atención primaria de salud, su vínculo con la comunidad, así como su competencia y desempeño de dichos profesionales. La elevada proporción de familias que refirieron haber tenido gasto de bolsillo debido al IH se correspondió con las características de esta modalidad de servicio que se desarrolló prácticamente en su totalidad en los hogares de los pacientes, por lo que estos deben asumir la totalidad de los gastos de alojamiento y la mayoría de los de medicamentos.<sup>2</sup>

Se coincide con el estudio en el área de salud seleccionada con el criterio otros autores de que en Cuba se reconoce como procedimiento de alta utilidad el ingreso en el hogar, así se evita sacar al paciente de su medio familiar, aislarlo de su entorno habitual y ahorra tiempo a los familiares.<sup>13,14</sup>

El papel de los estudiantes de medicina debe ser más activo en función de las actividades extensionistas a través de la promoción de salud. Se considera necesario aplicar el ingreso domiciliario en la atención primaria de salud (social,

económica, asistencial, investigativa, docente y extensionista) en toda su totalidad y hacer de este procedimiento un arma potente de la atención primaria de salud para aumentar la resolutive local y contribuir al mejor redimensionamiento de la cama hospitalaria, considerando el ingreso domiciliario como un arma valiosa para hacer más eficaz, efectivo y eficiente del sistema de salud donde se debe lograr, además, un mayor protagonismo de la labor extensionista de los estudiantes en el ingreso en el hogar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barroso Utra IM, García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Vos Pol de Gorbea MB, Van Der SP. El ingreso en el hogar y su costo directo en Cuba. *Rev Panam Salud Publica* [serial on the Internet]. 2007Mar [cited 2011 Apr 14];21(2 -3): 85-95. Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892007000200004&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200004&lng=en)
2. García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Marine Alonso MA, Pol de Vos, Van der Stuyfs P. Gastos asumidos por la familia durante el ingreso en el hogar. *Rev cub salud pública* [revista en internet] 2007[citado octubre 2010]; 34(2): Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v34n2/v34n2a07.pdf>
3. Morgado Bode YL, Hernández Díaz M, Ramos Carménate AI, Pérez Castellanos Y, Consuegra Valle A. Comportamiento de las Orientaciones Metodológicas del Ingreso en el Hogar. *Gaceta Médica Espirituana* [revista en internet] 2006[citado febrero 2011]; 8(2): Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.\(2\)\\_04/p4.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.(2)_04/p4.html)
4. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Organización y funcionamiento del equipo básico de salud (EBS). En: *Carpeta metodológica de Atención Primaria de Salud y Medicina Familiar. VII Reunión Metodológica del MINSAP. Ciudad de La Habana, 2007: p 5-7*
5. Rodríguez Salvá A, Díaz Socarrás AJ, Ibarra Sala AM, de Vos P, Mariné Alonso MA, Van der Stuyft P, Bonet Gorbea MH. El trabajo en equipo en consultorios médicos compartidos: opción a desarrollar en la atención primaria. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* [revista en internet]. 2006[citado enero 2011]; 44(1):1 -9. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2232/223214849005.pdf>
6. Vera CR, Fernández E, Alonso J, Basanta L, Zuazaga G. Comportamiento del ingreso en el hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en internet]. 2001[citado enero 2010]; 17 (5):429-34. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17\\_5\\_01/MGI04501.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_5_01/MGI04501.htm)
7. Shepperd S, Iliffe S. *Hospital at home versus in -patient hospital care* (Cochrane Review). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004.
8. Torres Esperón JM, Urbina Laza O. La enfermería en la Salud Pública Cubana. *Rev. cub. salud pública* [serial on the Internet]. 2009Mar [cited2011Apr14];35(1): Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662009000100007&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100007&lng=en)
9. García Fariñas A, Barroso Utrá I, Rodríguez Salvá A, Pol De Vos, Van der Stuyft P, Bonet Gorbea M. Costos directos del ingreso en el hogar en Cuba. *Rev. cub.*

salud pública [serial on the Internet]. 2008Mar [cited2011Apr11];34(1): Available from: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864 - 34662008000100014&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100014&lng=en)

10. Márquez N. Grado de satisfacción con el ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. [Serie en Internet]. 2002[citado 9 Sep 2004]; 18(5): Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18\\_5\\_02/mgi0252002.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi0252002.htm)

11. Garrida RJ, Reyes MR, Cordero V, Rodríguez E. El ingreso en el hogar : dificultades para la ejecución del proceso de atención de enfermería en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. [Serie en Internet]. 2003[citado 19 Ago 2004]; 19(1): Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19\\_1\\_03/mgi02103.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_1_03/mgi02103.htm)

12. Bouza HP, Márquez PM, Martín J, Montano G, Romero RE, Vergel M. Costos, beneficios y satisfacción poblacional del ingreso domiciliario. Medicentro. 2004; 8(1):1-8.

13. Pujalá Melero R, Díaz Brito Y, Pereira Jiménez I, Rodríguez Ferrá R. Ingreso en el hogar: comportamiento en un grupo básico de trabajo. Archivo Médico de Camagüey [revista en internet] 2006[citado enero 2010];10(2): Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2006/v10n2-2006/2107.htm>

14. Wilson SF, Collins N. Hospital in the home: what next? Med J Augst [on line] 2006[cited january 2011]; 184 (3): 141 -142. Available in: [http://www.mja.com.au/public/issues/183\\_05\\_050905/wil10550\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/183_05_050905/wil10550_fm.html)

Recibido: 9 de noviembre de 2011.

Aprobado: 10 de diciembre de 2011.

Dr. José A. Véliz Gutiérrez. Especialista de Segundo Grado en Medicina general Integral. Máster en Salud Pública. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Correo electrónico: [rectorprucm@princesa.pri.sld.cu](mailto:rectorprucm@princesa.pri.sld.cu)