

Modelo plural-integral de Atención Primaria a la Salud y satisfacción de los usuarios

A plural-comprehensive model of primary health care and user satisfaction.

Modelo “plural integral” de cuidados primários para a saúde e satisfação dos usuários

Jesús Jaime Guzmán

Doctorado en curso en Administración, Universidad de Durango. Magister en Terapia Familiar y de Pareja, Universidad Autónoma de Coahuila. Médico adscrito al servicio de Epidemiología del Hospital General de Zacatecas, México
jesusjaimeguzman@hotmail.com

José G. Vargas-Hernández

PhD In Public Administration, Columbia University- USA. Ph D in Organizational Economics, Keele University – USA. Master of Business Administration, Pacific States University – USA. Licenciado en Relaciones Comerciales, Instituto Politécnico Nacional, México. Investigador Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas, Universidad de Guadalajara, México.
jvargas2006@gmail.com

Fecha de recepción: Septiembre 4 de 2012

Fecha de aprobación: Noviembre 17 de 2012

Resumen

Propósito. El presente trabajo tiene como finalidad proponer la implementación de un Modelo Plural-integral de Atención Primaria a la Salud en México, que agilice el ingreso de las personas a estos servicios y garantice la satisfacción de los usuarios.

Métodos. Se llevó a cabo una revisión y análisis crítico de bibliografía sobre el tema para mejorar la propuesta.

Hallazgos. En diversos países se están implementando sistemas de atención a la salud orientados a la Atención Primaria y están obteniendo mejores resultados sobre la salud de su población y son más eficientes.

Conclusiones. Para mejorar la calidad de la Atención Primaria a la Salud (APS) en México, se propone la implementación de un Modelo Plural-integral que permita la libre elección del médico o sistema de atención que el paciente o su familia decida, que cuente con financiamiento público o mixto, según el caso, y una garantía de calidad técnica certificada.

Palabras clave

Atención primaria a la salud, calidad de la atención, satisfacción de los usuarios

Clasificación JEL: I11, I12, I15, I16.

Abstract

Purpose. The purpose of this work is to propose the implementation of a plural-comprehensive model of primary healthcare in Mexico that would streamline the admission of people to these services and guarantee user satisfaction.

Methods. A review and critical analysis of the bibliography on the topic was carried out in order to improve the proposal.

Findings. In various countries where healthcare systems oriented to primary care are being implemented, better results are being obtained as regards the health of their population and improved efficiency.

Conclusions. To improve the quality of primary health care in Mexico, the author proposes implementing a plural comprehensive model that would allow for free selection of the physician or of a system of care chosen by the patient or his family, which has public or combined funding, as applicable, and which has a guarantee of certified technical quality.

Keywords

Primary healthcare, quality of care, user satisfaction

Resumo

Finalidade. O presente trabalho tem como finalidade propor a implementação de um Modelo Plural integral de Cuidados Primários para a Saúde no México a fim de agilizar o acesso das pessoas a esses serviços e garantir a satisfação dos usuários.

Métodos. Foram realizadas uma revisão e uma análise crítica de bibliografia sobre o tema a fim de melhorar a proposta.

Descobertas. Em diversos países estão sendo implementados sistemas de cuidados de saúde orientados para os Cuidados Primários que estão obtendo melhores resultados sobre a saúde de sua população e estão sendo mais eficientes.

Conclusões. Para melhorar a qualidade dos Cuidados Primários de Saúde (CPS) no México, é proposta a implementação de um Modelo Plural integral que permita a livre escolha do médico ou sistema de cuidados de saúde que o paciente ou sua família decidam, que conte com um financiamento público ou misto segundo o caso, e que conte com uma garantia de qualidade técnica certificada.

Palavras-chave

Cuidados primários de saúde, qualidade dos cuidados, satisfação dos usuários

Introducción

La iniciativa de realizar el presente trabajo surge de la necesidad percibida de mejorar la satisfacción de los usuarios de los servicios de Atención Primaria a la Salud (APS) en

México, considerando que se requiere lograr una mayor flexibilidad en el acceso al sistema mediante la utilización de un modelo plural e integral que, por un lado, agilice el ingreso de las personas a estos servicios y, por el otro, garantice un estándar de calidad y aumente su nivel de satisfacción. Por lo tanto, se realizó una revisión de la información existente acerca del tema que permita introducirse en él y generar una propuesta que cambie los paradigmas establecidos respecto de la tradicional oferta de los servicios de APS en el país.

La Atención Primaria a la Salud (APS) es la vía de entrada más importante al Sistema Nacional de Salud, y el hecho de que sea factor de satisfacción de quienes acceden a ella es un indicador de la calidad con la que se otorga este servicio en las diversas instituciones que lo integran. El actual modelo de APS existente en México es otorgado principalmente por las instituciones de Seguridad Social (Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), y para quienes no cuentan con seguridad social existen la Secretaría de Salud (SSA) y el programa IMSS oportunidades.

Se considera que los sistemas de atención a usuarios, en especial en el caso de la salud, representan un nicho de oportunidades de mejora, ya que en los diversos espacios de contacto de los pacientes con los prestadores de servicios puede generarse un número importante de casos de insatisfacción, ya sea con el tiempo de espera, con el trato recibido, o con el diferimiento de la atención especializada, la cual puede llegar a retrasarse de dos a tres meses e incluso en algunos casos por mayor tiempo (Ramírez-Sánchez, Nájera-Aguilar y Nigenda-López, 1998).

Para ilustrar lo anterior, en un estudio llevado a cabo en unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el 2007 se observó que en una unidad de salud donde la atención de primer contacto se realizaba con cita previa concertada telefónicamente hasta en el 85% de los casos, se logró un 66% de usuarios satisfechos con la atención recibida por el médico familiar y el 68% con el tiempo de espera, mientras que en otras unidades donde solo el 28% de usuarios habían realizado cita telefónica previa la satisfacción con la atención del médico familiar fue de 48% y con el tiempo de espera el 34% (Colunga, López, Aguayo y Canales, 2007). Este bajo porcentaje de derechohabientes satisfechos se considera es propiciado por la manera en que se desempeñan los servicios, su forma de organización y la capacidad resolutoria de los mismos, propiciada a su vez por el tiempo disponible por médico para la realización de las consultas y el tipo de estandarización de las mismas.

1. Antecedentes

La Atención Primaria a la Salud (APS), es el foco más importante del sistema de salud y su primer contacto de atención, acercando el máximo posible la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan (Loyola, 2005). La atención preventiva de la salud y las pruebas de escrutinio para la detección y el tratamiento temprano de las enfermedades, se llevan a cabo en su mayor parte, en los Centros de Atención Primaria a la Salud (APS). Estos centros, a los que las personas pueden acudir espontáneamente, también son los proveedores más importantes de manejo y cuidado continuos. Se estima que 80% de los cuidados de

salud se prestan en el nivel comunitario y de primer contacto, donde los centros de APS constituyen la base del sistema de atención sanitaria. Los centros de APS son el frente de la atención de salud y, por tanto, son lugares que cumplen la función de proveer los contactos iniciales, prolongados y continuos de los pacientes.

El gobierno de México creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1943 con el propósito de proteger la salud de los trabajadores empleados en el sector formal de la economía. El objetivo final de dicha estrategia era el otorgar cobertura al 100% de la población con este sistema hacia finales del siglo XX; sin embargo, la máxima cobertura lograda ha sido de alrededor del 50% de la población del país. Para principios de los ochenta las autoridades de salud daban a conocer que más de 10 millones de mexicanos carecían de acceso a servicios formales de salud, que la mitad de la población utilizaba servicios públicos de salud y no de seguridad social (Nigenda, 2005). A pesar de lo anterior, la expectativa de vida en México se incrementó de 65 a 75 años en los últimos 20 años, la mortalidad materna se redujo, así como también la mortalidad infantil.

Por otra parte, la estructura segmentada del sistema de salud en México ha sido un obstáculo para lograr las metas de cobertura, sobre todo debido a la competencia existente por los fondos para cubrir poblaciones no aseguradas. El gobierno federal canaliza 2.4 veces más recursos per cápita a la población cubierta por la seguridad social que a la población atendida en la Secretaría de Salud. Esto refleja aun la política corporativista creada en los años cuarenta, que privilegiaba la prestación de servicios a la población con base en su capacidad de estar formalmente empleada (Nigenda, 2005).

En la actualidad las instituciones públicas de atención a la salud y de seguridad social enfrentan problemas de suficiencia de recursos financieros y humanos para realizar sus actividades. Para ejemplificar lo anterior en lo que se refiere a la distribución del gasto en salud es de llamar la atención que del total de este el 15% se destina para las necesidades de salud del 40% de la población que está social y económicamente marginada, y en comparación se destina un 48% del mismo para atender al 10% de la población, la cual tiene poder de compra (Arredondo López y Recaman Mejía, 2003).

La estrategia denominada Atención Primaria a la Salud está basada en las resoluciones de la conferencia de Alma Ata, Rusia, celebrada el año de 1977 y que fundamentaba la meta de la Organización Mundial de la Salud: “Salud para todos en el año 2000” (Hoskins, Kalache, y Mende, 2005; Álvarez Alba, 1991; 65). Las principales características de la APS deben ser: promoción de la salud, incremento de las acciones preventivas, atención a los padecimientos más frecuentes y endémicos, suministro de alimentos y medicamentos, salud materno infantil, planificación familiar, adiestramiento y capacitación del personal, trabajo en equipo, participación activa de la comunidad, tecnología adecuada y de bajo costo, ampliación de la cobertura e integración de servicios de salud y promoción del saneamiento ambiental básico.

Hasta hoy los programas de extensión de cobertura no han sido capaces de ampliar la oferta de servicios y la estructura del sistema de salud, la cual involuntariamente ha reforzado la inequidad a los diversos segmentos sociales, sobre todo a los menos favorecidos económicamente, sobre todo en la distribución de los recursos financieros, los cuales ya de por sí son menores al promedio existente en América Latina y el Caribe, que dedica en promedio

el 7% del producto interno bruto (PIB) para la salud, mientras que en México apenas se llega al 5,6% (Nigenda, 2005).

Se considera que los países que cuentan con un sistema sanitario orientado hacia la Atención Primaria a la Salud (APS) tienen mejores resultados sobre la salud de la población y son más eficientes (Pujol Rivera, Gené Baída, Sans Corrales, Sampietro-Colom, Pasarín Rúa, Iglesias-Pérez, Casajuana-Brunet y Escaramis-Babiano, 2006). Las tendencias actuales de la APS implican la posibilidad de elegir al médico o sistema de atención primaria que se prefiera, como podría ser en Francia o Alemania, y esto precisamente se relaciona con una estrategia de mejora de la atención primaria. Ortun y Gervas (1996, p: 97) consideran que “la eficiencia sanitaria y económica de la AMP se basa, conceptualmente, en la longitudinalidad y el papel de regulador del flujo de pacientes de la AMP y en la visión integral del paciente”.

El médico familiar actúa como un regulador del flujo de pacientes para la utilización de los servicios especializados en países como Canadá, Dinamarca, Finlandia, España, Holanda, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal y el Reino Unido. Se destaca así la importancia de recuperar la visión global de los pacientes y la interacción entre la atención general y la especializada, lo que facilita la interconsulta médico-médico.

2. Modelo plural-integral de Atención Primaria a la Salud

Lara Di Lauro (2011) lo define como la reforma del sistema de salud que se basa en los principios de universalidad, solidaridad y pluralismo, para así perseguir los propósitos de equidad, calidad y eficiencia. Organizándose por funciones y no por grupos sociales. Separando las funciones de regulación, financiamiento y prestación. Buscando la eficiencia y la calidad de la atención, además de fomentar la participación de los usuarios en su propia atención.

Así, la modulación se convierte en la misión medular de la Secretaría de Salud; el financiamiento es la responsabilidad central de la seguridad social, ampliando ésta a los seguros privados; la función de articulación se volverá explícita a través de la administración de los pagos y la coordinación de las redes de proveedores, por medio de las ISES; finalmente la prestación de servicios quedará abierta a un esquema plural de instituciones públicas, de la sociedad civil y privadas. A fin de mejorar la satisfacción de la población y de dar incentivos al buen desempeño de los prestadores, debiéndose reconocer la libertad de elección por parte de los usuarios.

3. Interrupción del círculo vicioso de la mala atención primaria

Los países que han roto este círculo vicioso, como Dinamarca, Holanda y el Reino Unido, iniciaron con la creación de una poderosa asociación profesional de médicos generales y familiares que se insertó en las universidades y consiguió formación de posgrado que se volvió obligatoria para la profesión. Con la ayuda de reglamentaciones que establecen al médico general-familiar como filtro y coordinador, regulando el acceso a los especialistas, la atención médica primaria constituye la base principal del sistema sanitario de los países mencionados. En estos casos el médico familiar tiene gran reconocimiento, está razonablemente bien pagado, lo que genera que existan candidatos para el ejercicio de esta profesión de buena calidad y la población está ampliamente satisfecha con sus servicios (Ortun y Gervas, 1996).

Existen casos como el de Canadá, donde el funcionamiento y los costos tienen elementos de control por parte del gobierno federal sobre el gobierno provincial; el gasto en salud se ha mantenido en el 8,6% del PIB en 1997, con un gasto anual per cápita de \$ 1,836.00 dólares americanos. Respecto al mecanismo de pago, como ya comentamos, los médicos son pagados por el seguro de salud provincial, principalmente mediante la forma de pago por servicio. La atención médica es de financiamiento público, pero de prestación privada. Se basa en los médicos de atención primaria y ellos constituyen el primer contacto formal de los usuarios con el sistema. El 60% de los médicos en activo en el país son de atención primaria. Usualmente trabajan en consultorios privados, en las comunidades y tienen un alto grado de autonomía.

Los canadienses generalmente van al médico o a la clínica de su elección. Deben presentar su tarjeta de seguro vigente para recibir la atención que les permite el seguro, de tal forma que no necesitan pagar copagos, deducibles o primas (De los Santos Briones, Garrido Solano y Chávez Chan, 2004). Otro caso interesante de comentar lo representa el Sistema de Salud de Cuba, el cual en la década de los ochenta impulsó el modelo de atención primaria a la salud, con el Plan Médico y Enfermera de Familia, que es el protagonista de la estrategia de salud en este país. Este sistema nacional de salud cuenta con una red de instituciones de fácil acceso que brinda cobertura al 100% de la población. La prestación se enfoca principalmente en la Atención Primaria a la Salud (APS) basada en el Modelo del Médico y la Enfermera de Familia (MEF), que actualmente cubre el 94% de la población. Se establece un consultorio de MEF por cada 600 a 700 habitantes y en determinados centros de trabajo o estudio (De los Santos y Cols, 2004, López, Morales, Lara, Martínez, Lau, y Soler, 2009).

4. Satisfacción del usuario como medida de calidad de los servicios de salud

Dentro de los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se le otorga cada vez mayor importancia, se incluye la satisfacción del paciente con la atención recibida, ya que la satisfacción representa la experiencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene una persona con respecto a algo. Si se pretende ofrecer servicios de mayor calidad y formar instituciones de excelencia, entonces la evaluación de la satisfacción de los usuarios, familiares y proveedores se convierte en una tarea permanente y dinámica que aporta datos de cómo se está y qué falta para llegar a cumplir las expectativas de unos y otros (Massip Pérez, Ortiz Reyes, Llanta-Abreu, Peña Fortes, y Infante Ochoa 2008). Una herramienta muy valiosa para conocer la satisfacción de los usuarios son las encuestas, porque proporcionan información sobre la satisfacción de los usuarios en cuanto al trato recibido y permiten fijar o ajustar los objetivos a lograr con las mejoras llevadas a cabo.

La orientación de los servicios hacia las demandas de quienes los utilizan está cada día más presente en las propuestas de profesionales, gestores y planificadores en el ámbito sanitario. En este sentido, el análisis de la opinión de los usuarios incorpora las perspectivas de los ciudadanos en el marco global de la evaluación de los programas de salud (Massip y cols. 2008). La cita previa en el primer nivel de atención puede resultar de beneficio para la satisfacción del usuario, ya que pretende disminuir el tiempo de espera de los pacientes y generar una mayor satisfacción del usuario con la atención recibida. Colunga, López,

Aguayo, y Canales (2007), Serrano Del Rosal y Loriente Arin (2008) encontraron que algunos especialistas en el tema han mostrado la alta correlación que existe entre la satisfacción del usuario y la calidad del servicio, lo que implica la necesidad del conocimiento de la primera para poder conocer mejor y aumentar la segunda.

Una vez conocida la satisfacción en cada dimensión del servicio que se recibió puede determinarse cómo éstas contribuyen a la configuración de la satisfacción global. En un primer momento podría decirse que la satisfacción global es una suma de todas las satisfacciones parciales, pero ¿todas las dimensiones pesan igual a la hora de configurar la satisfacción global? En realidad, la respuesta a esta pregunta, de no estar sustentada por la realidad empírica, no sería nada más que una hipótesis o supuesto teórico de partida (Serrano Del Rosal y Loriente Arin, 2008), si bien algunos análisis realizados previamente, concluyeron que de estas tres variables la de recomendación del centro es la más importante para ser considerada como de satisfacción global con los servicios de atención primaria. Se pueden agrupar los indicadores en tres:

- Satisfacción con las instalaciones.
- Satisfacción con la organización.
- Satisfacción con el acto médico.

Esta agrupación en conjunto da cuenta de la visión integral de los enfoques de estructura, proceso y resultados que Donabedian (1993) consideraba necesarios para la evaluación de la calidad. De las satisfacciones parciales, la satisfacción con los aspectos de organización es la que tiene mayor capacidad de variar la satisfacción global, con una importancia del 51,6%. La satisfacción del acto médico obtiene 35,2% de importancia, y la satisfacción con las instalaciones, el 11%. Por otro lado, las características propias de la oferta y las de los usuarios también afectan la valoración global de su satisfacción. Los tres indicadores de satisfacción parcial que más porcentaje de insatisfechos presentan en este estudio son la valoración del tiempo de espera, la facilidad para resolver trámites y papeles y la valoración de la organización del centro en general, aspectos todos pertenecientes a la dimensión organizativa (Serrano Del Rosal y Loriente Arin, 2008).

Finalmente, el papel que juega la opinión de los usuarios sobre los servicios recibidos son aspectos claves en la definición de la calidad y su valoración es imprescindible para prestar una correcta asistencia sanitaria. La percepción del paciente se convierte, por lo tanto, en una de las medidas principales a la hora de evaluar cómo o qué mejorar de la calidad de la atención. El objetivo final será detectar la presencia de problemas en la asistencia y establecer propuestas para mejorar la atención a través de la valoración que el paciente manifieste del servicio recibido (Granado de la Orden, Rodríguez Rieiro, Olmedo Lucerón, Chacon-García, Vigil-Escribano y Rodríguez-Pérez, 2007).

5. Conclusiones

Se considera que para lograr el propósito de mejorar la calidad de la APS en México puede ser útil buscar la satisfacción de los usuarios de estos servicios a través de hacer posible que el mismo paciente o su familia elijan el médico o sistema de primer contacto que prefiera

y que puedan seleccionar con base en la cercanía a su domicilio, accesibilidad económica (llegando inclusive a propiciarse la gratuidad en base al principio de ciudadanía) y que cuente con la organización necesaria para simplificar los trámites administrativos para su atención y disponga de un sistema de apoyo cuando se requiera de medicina de mayor nivel de especialización que resuelva las situaciones de salud más complejas de manera eficiente y oportuna, lo cual debe redundar en el logro de un mayor nivel de satisfacción con la atención recibida, con el menor riesgo para su salud y con un sistema permanente de mejora.

En la bibliografía revisada se ha podido constatar la factibilidad de dichas estrategias, sobre todo si se considera importante precisar la comparación que puede hacerse entre diversos sistemas de atención primaria a la salud en varios países y la manera como dicha atención se otorga en México en el marco de la propuesta que representa el Seguro Popular de Salud, del cual se ha mencionado que una de sus pretensiones es lograr el acceso universal a los servicios de salud. Esto puede interpretarse de manera que haya diferentes financiadores de los servicios de salud, entre ellos los que ya existen, como sería el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y los derivados de la Secretaría de Salud (SSA), aunados a los del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

Se pretende, entonces, que un derechohabiente de estas instituciones o cualquier ciudadano, aun cuando no cuente con ninguna derechohabencia, pueda acudir a cualquier unidad, consultorio, centro de salud, unidad de medicina familiar, que esté acreditado para proporcionar este servicio, a solicitar servicios de APS. Esto sería equivalente a que el acceso a estos servicios esté dado por la ciudadanía; aun cuando existan diversos financiadores, el pago de los proveedores estaría dado por la institución a la que sea derechohabiente el individuo o la familia.

Este sistema se considera que puede lograr ser una ventaja para el usuario debido a que generaría competencia por otorgar servicios de buena calidad entre los diversos proveedores de APS, puesto que al existir la posibilidad de que un usuario del IMSS o del ISSSTE acuda con un médico privado que ejerza en una colonia cercana a su domicilio podría facilitar el acceso y la satisfacción con el servicio. Se considera que preferentemente serán atendidos los usuarios donde ellos obtengan una mayor satisfacción con el servicio recibido.

Por otro lado, para lograr la estandarización del servicio existe dentro de la Secretaría de Salud un grupo de profesionales capacitados para llevar a cabo la acreditación de los diferentes tipos de unidades, acreditación que cuenta con un sistema de evaluación claramente definido sobre los servicios que otorgan las unidades de salud y que tiene una vigencia de cinco años para las unidades que han sido acreditadas. Este sistema puede generalizarse a las unidades privadas y de la sociedad civil y de esa forma garantizar la uniformidad de los servicios otorgados en la APS en los sectores público y privado; para otorgar mayor certidumbre a este tipo de organización propuesta habría que añadir la contraloría social, que sería la posibilidad de que esta estrategia sea supervisada y auditada por diversas organizaciones de la sociedad civil.

Otra de las ventajas de esta propuesta es que se utilizarían los servicios actuales, la infraestructura existente de las diversas instituciones, pero para ampliar la oferta a los usuarios el gobierno federal y los gobiernos estatales no requerirían grandes inversiones en nuevas unidades, ya que en la mayoría de ciudades, poblados y algunas comunidades existen médicos generales que con un reforzamiento en su capacitación pueden otorgar servicios de

atención primaria de alta calidad y ampliamente satisfactorios para la población usuaria, haciendo efectivo en la práctica cotidiana, el derecho a la protección de la salud con una amplia satisfacción para todos los mexicanos sin distinciones injustas, propiciadas por la divergente oferta actual de los servicios de APS.

Referencias Bibliográficas

1. Álvarez Alba, R. (1991). *Salud pública y medicina preventiva*. Editorial El Manual Moderno, S.A. de C. V. México D.F.
2. Arredondo López, A. y Recaman Mejía, A. (2003). El financiamiento de la salud en México: Algunas evidencias para las políticas del sector. *Hitos de ciencias económicas y administrativas*: 23:9-16.
3. Colunga, C.; López, M.; Aguayo, G. y Canales, J. (2007). Calidad de atención y satisfacción del usuario con cita previa en medicina familiar de Guadalajara. *Rev Cubana Salud Pública* v.33 n.3 ciudad de La Habana Jul.–Sep. pag:1-6
4. De los Santos Briones, S.; Garrido Solano, C.; Chávez Chan, M. (2004). Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Rev Biomed* 15:81-91.
5. Dever, A. (1991). *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Aspen Publishers Inc. Maryland. E. U. A. Pag: 51:75.
6. Donabedian, A. (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública Méx* ; 35:238-247.
7. González, M.; Frenk, J.; Lockett, Y.; Macías, C.; De Icaza, E., Martínez, A. (1997). *Observatorio de la salud, necesidades, servicios, políticas. Experiencias de reforma a los sistemas de salud en el mundo*. Fundación Mexicana para la Salud, A. C. México D.F.
8. Granado de la Orden, S.; Rodríguez Rieiro, C.; Olmedo Luceron, M.; Chacon-García, A.; Vigil-Escribano, D.; Rodríguez-Pérez, P. (2007). Diseño y validación de un cuestionario para evaluar la satisfacción de los pacientes atendidos en las consultas externas de un hospital de Madrid en 2006. *Rev Esp Salud Pública*. 81:637-645 No. 6 Nov.-Dic. pp:637-645
9. Hoskins, I.; Kalache, A.; Mende, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Rev Panam Salud Pública /Pan Am J Public Health* 17 (5/6). pp:444-451
10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (2010). *Anuario estadístico de Zacatecas*. Gobierno del estado de Zacatecas.
11. Lara Di Lauro, E. (2011). El modelo de salud en México. *Milliman Consultores y Actuarios*. elara@grupotec.com.mx, capturado en internet el 27 de agosto de 2011. Página web o DOI <http://latinamerica.milliman.com/perspective/publications/pdfs/El-Modelo-De-Salud-En-Mexico-INT.pdf>
12. López, P.; Morales, I.; Lara, S., Martínez, N.; Lau, S., Soler, S.; (2009). Las redes integradas de servicios de salud desde la realidad cubana. *Rev Cubana Salud Pública* v.35, n.4, oct.-dic. p:1-7
13. Loyola, L. (2005). *Atención primaria a la salud. OMS Alma-Ata-Unicef Ginebra, 1978-enfercom* salud.ecaths.com capturado el 24 de sep. De 2011 de <http://www.enfercomsalud.ecaths.com/archivos/enfercomsalud/AtencionPrimariaAlmaATA.pdf>

14. Martínez, A. (2005). *Manual de Gestión y mejora de procesos en los servicios de salud*. Ed. El Manual Moderno. México. P: 1-5
15. Massip Pérez, C., Ortiz Reyes, R., Llanta-Abreu, M., Peña Fortes, M., Infante Ochoa, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: Un reto a la calidad. *Rev Cubana Salud Pública* v.34 n.4 ciudad de la Habana oct.- dic. pp:1-7
16. Ministerio de Salud de Canadá (1999). *El sistema de salud de Canadá. Dirección de información y de política de la salud*. Ottawa, Ontario. <http://www.hc-sc.gc.ca/> julio
17. Nigenda, G. (2005). *El seguro popular de salud en México desarrollo y retos para el futuro*. Banco Interamericano de Desarrollo. André Medici (Editor). (BID/SDS/SOC). Versión inicial elaborada con apoyo financiero del BID a través de la CT-7277-RG y presentada en el primer Encuentro Latino Americano de Economía de Salud, realizado en Río de Janeiro (Brasil) en diciembre del 2004
18. Ortun, V. y Gervas, J. (1996). Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med. Clin. (Barc)*, 106: 97-102.
19. Pujol Rivera, E.; Gené Baida, J.; Sans Corrales, M.; Sampietro-Colom, L.; Pasarín Rúa, M.; Iglesias-Pérez, B.; Casajuana-Brunet, J.; Escaramis-Babiano, G., (2006). El producto de la atención primaria definido por profesionales y usuarios. *Gaceta Sanitaria* v.20 n.3 Barcelona Mayo-Jun. p:1-8
20. Ramírez-Sánchez, T.J.; Nájera-Aguilar, P. y Nigenda-López, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*/vol. 40, no.1, Enero-Febrero.p:1-10 <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341998000100002>.
21. Sandoval, J. et al. (1995). *Revisión y desarrollo de los modelos de atención en salud*. Organización Panamericana de la Salud. Guatemala. Pag: 58-68.
22. Serrano-Del Rosal, R. y Loriente-Arin, N. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública Mex.* v.50 n.2 Cuernavaca, Mor./abr. P:1-11 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342008000200010&script=sci_arttext...
23. Sonis, A. y cols. (1989). *Análisis de las organizaciones de salud. Técnicas de dirección el enfoque sistémico en la administración de salud*. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. págs: 175-202.