

# 6.



*La Calidad Académica,  
un Compromiso Institucional*

Coliseo Romano, Roma - Italia  
<http://vellocinodeoro.hypotheses.org/975>



## *Modelo “plural-integral” de atención primaria a la salud y satisfacción de los usuarios*

*José de Jesús Jaime Guzmán  
José G. Vargas-Hernández*

Jaime G., José de J.  
y Vargas-Hernández,  
José G. (2013). Modelo  
“plural-integral” de  
atención primaria a la  
salud y satisfacción de los  
usuarios  
Criterio Libre, 11 (18),  
155-168  
ISSN 1900-0642

# MODELO "PLURAL-INTEGRAL" DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD Y SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS\*

"PLURAL-INTEGRAL" MODEL IN THE PRIMARY ATTENTION OF HEALTH AND USER SATISFACTION

MODELO "PLURAL-INTEGRAL" DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS

MODÈLE «PLURAL-INTEGRAL» SERVICES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES  
ET LA SATISFACTION DES USAGERS

JOSÉ DE JESÚS JAIME GUZMÁN<sup>‡</sup>  
JOSÉ G. VARGAS-HERNÁNDEZ<sup>§</sup>

\* Artículo de investigación correspondiente al trabajo conjunto de los autores. Research article corresponding to the joint work of the authors. Artigo de pesquisa correspondente ao trabalho conjunto dos autores. Document de recherche résultant du travail conjoint des auteurs.

‡ Médico cirujano, Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México; especialista en medicina familiar, Universidad Autónoma de Coahuila, Torreón, Coahuila, México; maestro en terapia familiar, Universidad Autónoma de la Laguna, Torreón, Coahuila, México; médico adscrito al servicio de Epidemiología del Hospital General de Zacatecas, México. [jesusjaimeguzman@hotmail.com](mailto:jesusjaimeguzman@hotmail.com)

Surgeon MD, Autónoma de Guadalajara University, Guadalajara, Jalisco, México; Specialist in Family Medicine, Autónoma de Coahuila University, Torreón, Coahuila, México; Master in Family Therapy, Autónoma de la Laguna University, Torreón, Coahuila, México; Assigned MD to the Epidemiology Service of the Epidemiology General Hospital in Zacatecas, México. [jesusjaimeguzman@hotmail.com](mailto:jesusjaimeguzman@hotmail.com)

Médico cirurgião, Universidad Autónoma de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, México; especialista em medicina familiar, Universidad Autónoma de Coahuila, Torreón, Coahuila, México; professor de terapia familiar, Universidad Autónoma de la Laguna, Torreón, Coahuila, México; médico adscrito ao serviço de Epidemiologia do Hospital Geral de Zacatecas, México. [jesusjaimeguzman@hotmail.com](mailto:jesusjaimeguzman@hotmail.com)

Chirurgien, Université autonome de Guadalajara, Guadalajara, Jalisco, Mexique; spécialiste en médecine familiale, Université de Coahuila, Torreón, Coahuila, Mexique; thérapie familiale maître Université Autonome de La Laguna, Torreón, Coahuila, Mexique; médecin inscrit au service General Hospital Epidemiology Zacatecas, au Mexique. [jesusjaimeguzman@hotmail.com](mailto:jesusjaimeguzman@hotmail.com)

§ Ph.D. en administración pública, Columbia University, Estados Unidos; Ph.D. en economía organizacional, Keele University, Inglaterra; máster en administración de negocios, Pacif State University, Estados Unidos; licenciado en relaciones comerciales, Instituto Politécnico Nacional, México; profesor investigador, Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas, Universidad de Guadalajara, México. [jvargas2006@gmail.com](mailto:jvargas2006@gmail.com)

Ph.D. en Public Administration, Columbia University, Estados Unidos; Ph.D. en Organizational Economy, Keele University, Inglaterra; Master en Business Administration, Pacif State University, Estados Unidos; Graduate in Commercial Relations, Instituto Politécnico Nacional, México; Research Professor Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas, Universidad de Guadalajara, México. [jvargas2006@gmail.com](mailto:jvargas2006@gmail.com)

Ph.D. em administração pública, Columbia University, Estados Unidos; Ph.D. em economia organizacional, Keele University, Inglaterra; mestre em administração de negócios, Pacif State University, Estados Unidos; licenciado em relações comerciais, Instituto Politécnico

Criterio Libre N° 18  
Bogotá (Colombia)  
Enero-Junio  
2013  
Pp. 155-168  
ISSN 1900-0642

Fecha de recepción: octubre 14 de 2012

Fecha de aceptación: febrero 7 de 2013

Received: October 14, 2012

Accepted: February 7, 2013

Data de recepção: 14 de outubro de 2012

Data de aceitação: 7 de fevereiro de 2013

Reçu le: 14 Octobre, 2012

Accepté: Février 7, 2013

## 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 decidan, que cuente con financiamiento público o mixto según el caso y cuente con una garantía de calidad técnica certificada.

### PALABRAS CLAVE:

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

### CLASIFICACIÓN JEL:

I11, I12, I15, I16

Nacional, México; professor investigador, Centro Universitário de Ciências Econômico-Administrativas, Universidad de Guadalajara, México. [jvargas2006@gmail.com](mailto:jvargas2006@gmail.com)  
Ph.D. dans l'administration publique, Université de Columbia, Etats-Unis, Ph.D. en économie organisationnelle, Keele University, en Angleterre, maîtrise en administration des affaires, Pacif State University, USA; diplôme en relations d'affaires, de l'Institut National Polytechnique, au Mexique, professeur de recherche, Centre de l'Université de sciences économiques et administratives de l'Université de Guadalajara, au Mexique. [jvargas2006@gmail.com](mailto:jvargas2006@gmail.com)

## ABSTRACT

**Purpose:** This work's purpose is to put forward the implementation of the plural-integral model in the primary attention in Mexico's health system that speeds the admission of people to these services and guarantees user satisfaction.

**Methods:** A critical revision and analysis was made to the subject's bibliography to improve the offer.

**Findings:** There are health attention oriented systems being implemented in different countries geared to primary attention resulting in better and more effective results on its population.

**Conclusions:** To improve the quality of primary health attention in Mexico (APS), the implementation of a plural-integral model is proposed in order to allow the patient and its family to freely chose a Doctor or attention system that includes public or mixed financing according to each case including a technical certified quality guarantee.

**Key words:** primary attention, health, satisfaction quality, user satisfaction.

**JEL Classification:** I11, I12, I15, I16.

## RESUMO

**Propósito:** O presente trabalho tem como finalidade propor a implementação de um modelo plural-integral de atenção primária à saúde no México que agilize o ingresso das pessoas a estes serviços e garanta a satisfação dos usuários.

**Métodos:** Levou-se a cabo uma revisão e análise crítica de bibliografia sobre o tema para melhorar a proposta.

**Evidências encontradas:** em diversos países estão implementando-se sistemas de atenção à saúde orientados à atenção primária e estão obtendo melhores resultados sobre a saúde de sua população e são mais eficientes.

**Conclusões:** para melhorar a qualidade da atenção primária à saúde (APS) no México, propõe-se a implementação de um modelo plural-integral que permita a livre eleição do médico ou sistema de atenção que o paciente ou sua família decidam, que conte com financiamento público ou misto segundo o caso e conte com uma garantia de qualidade técnica certificada.

**Palavras chave:** catenção primária, saúde, qualidade da atenção, satisfação de usuários.

**Classificação JEL:** I11, I12, I15, I16.

## RÉSUMÉ

**Objet:** Ce document vise à proposer la mise en œuvre d'un modèle « plural-intégral » des soins de santé primaires au Mexique pour accélérer l'entrée des personnes à ces services et assurer la satisfaction des clients assurés.

**Méthodes:** Nous avons effectué une révision et analyse critique bibliographique sur le sujet afin d'améliorer la proposition.

**Résultats:** des nombreux pays sont en train de mettre en place des services de soins de santé, dirigés aux soins primaires. On constate qu'ils ont des meilleurs résultats sur la santé de la population et cela grâce à leurs efficacité.

**Conclusions:** Pour améliorer la qualité des soins de santé primaires (SSP) au Mexique, nous proposons la mise en œuvre d'un modèle « plural intégral » qui permet le libre choix soit du médecin ou du système de soins de santé que le patient ou sa famille décide, qui ait un financement public ou mixte, selon le cas et compte avec une technique d'assurance qualité certifiée.

**Mots-clés:** soins de santé primaires, la qualité des soins, la satisfaction des utilisateurs.

**Classification JEL:** I11, I12, I15, I16.

## 1. 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, considerándose 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 ello 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 al 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 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),

*“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, llama la atención que del total de este, 15% se destina a las necesidades de salud de 40% de la población que está social y económicamente marginada, y en comparación se destina 48% del mismo para atender a 10% de la población que tiene poder de compra.”*

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 2007, se observó que en una unidad de salud donde la atención de primer contacto se realizaba con cita previa concertada telefónicamente hasta en 85% de los casos, se logró 66% de usuarios satisfechos con la atención recibida por el médico familiar y 68% con el tiempo de espera, mientras que en otras unidades en donde solo 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 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 resolutive de los mismos, propiciada a su vez por el tiempo disponible por cada médico para la realización de las consultas y el tipo de estandarización de las mismas.

## 2. 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 en 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 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 de 50% de la población del país. Para comienzos de la década de 1980 las autoridades de salud daban a conocer que más de 10 millones de mexicanos carecían de acceso a servicios formales de salud, y 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, 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 aún la política corporativista creada en los años cuarentas

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, llama la atención que del total de este, 15% se destina a las necesidades de salud de 40% de la población que está social y económicamente marginada, y en comparación se destina 48% del mismo para atender a 10% de la población que tiene poder de compra (Arredondo López y Recamán Mejía, 2003).

La estrategia denominada atención primaria a la salud está basada en las resoluciones de la conferencia de Alma Ata, Rusia, celebrada en 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 de los diversos segmentos sociales, sobre todo de los menos favorecidos económicamente, en especial en la distribución de los recursos financieros, los cuales ya de por sí son menores que los del promedio existente en América Latina y el Caribe, que dedica en promedio 7% del producto interno bruto (PIB)

para la salud, mientras que en México apenas se llega a 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 el 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 Gérvas (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, facilitando la interconsulta médico-médico.

### 3. 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 esta 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. Ello 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.

### 4. 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 asociación profesional de médicos generales y familiares poderosa que se insertó en las universidades y consiguió formación de posgrado que se volvió obligatoria para la profesión. Con 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 de buena calidad para el ejercicio de esta profesión y la población está ampliamente satisfecha con sus servicios (Ortun y Gérvas, 1996).

Existen casos como el de Canadá, en 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 8.6% del PIB en 1997, con un gasto anual *per cápita* de \$ 1,836 dólares. 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 médicos 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 1980 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 ese 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 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).

*“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, facilitando la interconsulta médico-médico.”*

## 5. SATISFACCIÓN DEL USUARIO COMO MEDIDA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

*“Finalmente, el papel que desempeña la opinión de los usuarios sobre los servicios recibidos son aspectos clave en la definición de la calidad y su valoración es imprescindible para prestar una correcta asistencia sanitaria.”*

Entre los indicadores de la calidad que miden resultados, y al cual se otorga cada vez mayor importancia, está 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, 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 Lorient 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 la 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 Lorient Arin, 2008). 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 necesarias para la evaluación de la calidad. De las satisfacciones parciales, la satisfacción con los aspectos de organización son los que tienen mayor capacidad de variar la satisfacción global,

con una importancia de 51.6%. La satisfacción del acto médico obtiene 35.2% de importancia y la satisfacción con las instalaciones, 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 mayor 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 Lorient Arin, 2008).

Finalmente, el papel que desempeña la opinión de los usuarios sobre los servicios recibidos son aspectos clave en la definición de la calidad y su valoración es imprescindible para prestar una correcta asistencia sanitaria. La percepción del paciente se convierte, por tanto, en una de las medidas principales a la hora de evaluar cómo o qué mejorar en cuanto a 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).

## 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 prefieran y que puedan seleccionar con base en la cercanía a su domicilio, accesibilidad económica (llegando incluso a propiciarse la gratuidad con base en el principio de ciudadanía) y que cuente con la organización necesaria para simplificar los trámites administrativos para su atención y dispongan de un sistema de apoyo

cuando se requiera 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 en que dicha atención se otorga en México. En el marco de la propuesta que representa el Seguro Popular de Salud, del cual se ha mencionado una de sus pretensiones es lograr el acceso universal a los servicios de salud. Esto puede interpretarse de manera que existan 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 derechohabiencia puedan acudir a cualquier unidad, consultorio, centro de salud, unidad de medicina familiar, que estén acreditados 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 de estos servicios estaría dado por la institución a la que sea derechohabiente el individuo o familia.

Este sistema se considera que puede lograr ser una ventaja para el usuario debido a que generaría competencia por brindar 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 a 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 en la Secretaría de Salud un grupo de profesionales capacitados para llevar a cabo la acreditación de los diferentes tipos de unidad, acreditación que cuenta con un sistema de evaluación claramente definido sobre los servicios que suministran las unidades de salud y que tiene una vigencia de 5 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 puede garantizarse la uniformidad de los servicios brindados en la APS en el sector público y privado. Para dar 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 que se considera se puede lograr con 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 hay médicos generales que con un reforzamiento en su capacitación puede lograrse que proporcionen 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 que existe actualmente de los servicios de APS.

## BIBLIOGRAFÍA

---

Álvarez Alba, R. (1991). *Salud pública y medicina preventiva*. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.,

Arredondo López, A. y Recamán Mejía, A. (2003). El financiamiento de la salud en

México: Algunas evidencias para las políticas del sector. *Hitos de ciencias económicas y administrativas*, 23.

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. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 33, No. 3, La Habana, jul. - sept.
- De los Santos Briones, S.; Garrido Solano, C.; Chávez Chan, M. (2004). Análisis comparativo de los sistemas de salud de Cuba y Canadá. *Biomed*, 15.
- Dever, A. (1991). *Epidemiología y administración de servicios de salud*. Maryland, E. U. A.: Aspen Publishers Inc.
- Donabedian, A. (1993). Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud Pública México*, 35.
- 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*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, A. C.
- Granado de la Orden, S.; Rodríguez Rieiro, C.; Olmedo Luceron, M.; Chacón-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. *Revista Española de Salud Pública*, 81, No. 6, nov. - dic.
- Hoskins, I.; Kalache, A.; Mende, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan Am J Public Health*, 17 (5/6).
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México (2010). *Anuario estadístico de Zacatecas*. México: Gobierno del estado de Zacatecas.
- Lara Di Lauro, E. (2011). "El modelo de salud en México". *Milliman Consultores y Actuarios*. [elara@grupotec.com.mx](mailto:elara@grupotec.com.mx) Recuperado 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>
- López, P.; Morales, I.; Lara, S.; Martínez, N.; Lau, S.; Soler, S. (2009). Las redes integradas de servicios de salud desde la realidad cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 35, No. 4, oct.-dic.
- Loyola, L. (2005). *Atención primaria a la salud*. OMS Alma-Ata-UNICEF Ginebra, 1978-enfercom salud.ecaths.com. Recuperado el 24 de sep. de 2011, de: <http://www.enfercomsalud.ecaths.com/archivos/enfercomsalud/AtencionPrimariaAlmaATA.pdf>
- Martínez, A. (2005). *Manual de gestión y mejora de procesos en los servicios de salud*. México: Ed. El Manual Moderno.
- 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. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 34, No. 4. La Habana, oct. - dic.
- Ministerio de Salud de Canadá (1999). *El sistema de salud de Canadá. Dirección de información y de política de la salud*. Ottawa, Ontario. Recuperado de: <http://www.hc-sc.gc.ca>, julio.
- 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 1er. Encuentro Latino Americano de Economía de Salud, Rio de Janeiro (Brasil), diciembre de 2004.
- Ortun, V. y Gervas, J. (1996). *Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. Medicina Clínica*. Barcelona: Elsevier, 106.

Pujol Rivera, E.; Gené Baída, 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*, vol. 20, No. 3, Barcelona: Elsevier, mayo - jun.

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. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341998000100002>.

Sandoval, J. et al. (1995). *Revisión y desarrollo de los modelos de atención en salud*. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud.

Serrano-Del Rosal, R. y Loriente-Arin, N. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública México*, vol. 50, No. 2, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, mar-abr. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342008000200010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003636342008000200010&script=sci_arttext).

Sonis, A. y cols. (1989). *Análisis de las organizaciones de salud. Técnicas de dirección, el enfoque sistémico en la administración de salud*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud.