



ADMINISTRACIÓN – GESTIÓN – CALIDAD

La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios

The primary health care from the users perspective

***Giraldo Osorio, Alexandra **Vélez Álvarez, Consuelo**

*Grupo de Investigación Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, Programa de Jóvenes Investigadores e Innovadores. E-mail: alegiros@hotmail.com **Departamento de Salud Pública, Grupo de Investigación Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Universidad de Caldas. Colombia.

(Artículo producto del Proyecto de Investigación “ Estado actual de la estrategia de Atención Primaria de Salud en Manizales” desarrollado en el marco de la Beca de Jóvenes Investigadores e Innovadores de Colciencias (Convocatoria 525), Colombia. Abril 2012 – Abril 2013.)

Palabras clave: Atención primaria de salud; satisfacción del paciente; calidad de la atención de salud; prestación de atención de salud; servicios de salud; atención al paciente.

Keywords: Primary health care; patient satisfaction; quality of health care; delivery of health care; health services; patient care.

RESUMEN

Objetivos: Identificar las características del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de Salud desde la perspectiva de los usuarios y los factores que se relacionan con la utilización de los servicios.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, mixto. Muestra 393 usuarios beneficiarios de la estrategia. La selección de la muestra se realizó según criterios establecidos. Se utilizaron el grupo focal y la encuesta. La información fue categorizada y procesada en el SPSS 15.0.

Resultados: La edad promedio fue 37.62 años. Las principales razones para solicitar una atención fueron recuperarse y prevenir la enfermedad. La edad se asoció significativamente con recuperarse como una razón para solicitar una atención $p < 0.05$, el máximo nivel de estudios presentó asociación estadísticamente significativa con recuperarse como una razón para solicitar una atención $p < 0.05$ y la percepción del estado de salud se asoció con la satisfacción con la última atención que se le ofreció o solicitó $p < 0.05$.

Conclusiones: Las actividades estaban dirigidas a grupos prioritarios. Los medios por los cuales los usuarios se beneficiaron del servicio fueron visita familiar, jornada de salud, unidad móvil y reuniones

comunitarias. Los factores que se relacionaron con la utilización de los servicios fueron edad, género, accesibilidad geográfica, satisfacción con la última atención recibida, percepción del estado de salud y recuperarse como una razón para solicitar una atención.

.ABSTRACT

Objective: To identify the characteristics of the development of the Primary Health Care strategy according to the users and factors that relate to the use of services.

Materials and methods: Descriptive and mixed study. This study included 393 primary health care users. The sample selection was made according to established criteria. It used the focus group and the survey. The information was categorized and processed in SPSS 15.0.

Results: The average age was 37.62 years. The main reasons for seeking care are recovering and disease prevent. The age was associated significantly with recover as one of the reasons for seeking attention $p < 0.05$. The highest level of studies showed statistically significant association with recovery as a reason for requesting attention $p < 0.05$ and the health status perception was associated with satisfaction with care last was offered or requested $p < 0.05$.

Conclusions: The activities were directed to priority groups. The users benefited from the services through family visit, health day, mobile unit and community meetings. The factors related to services use were age, gender, geographic accessibility, satisfaction with the last care received, health status perception and recovery as one of the reasons for seeking health care.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia que ha demostrado resultados costo–efectivos sobre las condiciones y calidad de vida de la población. La evaluación de servicios de salud es un tipo de investigación que se dirige a proporcionar información con solidez científica a quienes deben tomar decisiones fundadas en conocimientos válidos en política y planificación sanitaria ⁽¹⁾; se constituye como un elemento clave para la mejora continua de la calidad de la atención ⁽²⁾. Algunos autores han hecho énfasis en tomar en cuenta el perfil de los usuarios de la estrategia para orientar los esfuerzos institucionales de cambio ⁽³⁾ y en la necesidad de realizar evaluaciones que integren aspectos relacionados con la diversidad de las funciones que se realizan en el marco de la estrategia de APS. Estudios coinciden en que por medio de la evaluación dirigida a usuarios, ellos otorgan una mayor importancia a aspectos como la disponibilidad de tiempo y servicios, accesibilidad, continuidad de la atención, información que reciben sobre sus problemas de salud o la relación médico–paciente, mientras que ponen menos énfasis en los aspectos administrativos ^(3,4).

Evaluar la estrategia de APS desde la perspectiva del usuario es básico en todos los ámbitos del sistema de salud ⁽⁵⁾. Diferentes estudios han evaluado la satisfacción de los usuarios de establecimientos de salud como medida de calidad de la atención, la satisfacción se entiende como la evaluación positiva del paciente sobre la atención médica recibida, esto propicia la adherencia de estos al proveedor de servicios y orienta mejoras en organizaciones de salud ^(2,3,6,7).

La evaluación de servicios es un ejercicio que promueve la reflexión y el análisis orientado a conducir mejoras en la atención de la salud de la población; con este propósito es útil y relevante realizar evaluaciones a nivel local, nacional e internacional ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

El **objetivo** del trabajo es identificar las características del desarrollo de la estrategia de APS valorada desde la perspectiva de los usuarios y los factores que se relacionan con la utilización de los servicios por parte de ellos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio con enfoque mixto que valoró las características de la APS desde la mirada de los usuarios. Como técnicas se utilizaron el grupo de discusión y la encuesta; y como instrumentos, guías de discusión y cuestionarios con preguntas estructuradas y semiestructuradas. La población del estudio estuvo conformada por 72.804 personas beneficiarios de la estrategia ⁽¹¹⁾. El tamaño de la muestra se calculó con un nivel de confiabilidad del 95%, un margen de error del 5% y un valor de $p=0,5$ (proporción de personas que son beneficiarias de la estrategia de APS). La muestra final fueron 393 personas. Se realizaron 5 grupos de discusión integrados por mínimo cinco personas y máximo siete, con participación de ambos sexos asistentes a los grupos de los centros de salud, diferentes a los encuestados.

Los criterios de inclusión para la selección de la muestra fueron ser residente del área geográfica para el desarrollo de la estrategia, haber sido beneficiario de la atención en salud y tener 18 o más años de edad. Para la recolección de la información se realizó la prueba piloto en los centros de salud correspondientes a las áreas geográficas priorizadas para el desarrollo de la estrategia y posteriormente se recolectó la totalidad de la información de manera dirigida previa solicitud del consentimiento informado. Para el análisis se categorizó la información cualitativa y retomando las características de la APS. La información cuantitativa fue procesada y analizada en el programa SPSS 15.0. Se realizó análisis descriptivo (tablas de distribución de frecuencias, medidas de dispersión y tendencia central), y análisis bivariado (prueba de χ^2 y coeficiente de contingencia, acorde a la naturaleza de la variable).

Con base en la Resolución 08430 de 1993 y la Declaración de Helsinki del 2000, la investigación desarrollada se inscribió dentro de los proyectos sin riesgo. Se contó con la firma del consentimiento informado por parte de los participantes ^(12,13).

RESULTADOS

Se incluyeron 393 usuarios que habían recibido atención en el marco de la estrategia de APS en diferentes centros de salud; 389 de sexo femenino y 4 de sexo masculino. La edad mínima fue de 18 años con una máxima de 93 años, el promedio fue de 37.62 años de edad ± 15.7 años. El 51.4% tenían su lugar de residencia en el estrato socioeconómico 1. El 52.2% pertenecían a familias de tipo extensa (Tabla I).

Tabla I
Distribución de las variables sociodemográficas. Usuarios de la estrategia de APS

Género		
Femenino	389	99.0
Masculino	4	1.0
Total	393	100.0
Edad		
15 a 19 años	55	14.0
20 a 24 años	52	13.2
25 a 29 años	53	13.5
30 a 34 años	36	9.2
35 a 39 años	35	8.9
40 a 44 años	37	9.4

45 a 49 años	28	7.1
50 a 54 años	33	8.4
55 a 59 años	17	4.3
60 y más años	47	12.0
Total	393	100.0
Comuna donde reside		
Ciudadela del Norte	134	34.1
La Fuente	70	17.8
San José	67	17.0
Universitaria	65	16.5
La Macarena	57	14.5
Total	393	100.0
Estrato socioeconómico donde reside		
0	5	1.3
1	202	51.4
2	156	39.7
3	30	7.6
Total	393	100.0
Estado civil		
Soltera(o)	145	36.9
Casada(o)	77	19.6
Unión libre	127	32.3
Separada(o)/Divorciada(o)	27	6.9
Viuda(o)	17	4.3
Total	393	100.0
Tipo de familia		
Nuclear	155	39.4
Extensa	205	52.2
Monoparental materna	28	7.0
Ensamblada	5	1.3
Total	393	100.0
Régimen de afiliación		
Subsidiado	370	94.1
Contributivo	13	3.3
Pobre no afiliado	10	2.5
Total	393	100.0
Máximo nivel de estudios realizados		
Sin estudios	12	3.1
Estudios primarios completos	69	17.6
Estudios primarios incompletos	63	16.0
Estudios secundarios completos	86	21.9
Estudios secundarios incompletos	133	33.8
Estudios técnicos/tecnológicos completos	16	4.1
Estudios técnicos/tecnológicos incompletos	5	1.3
Estudios universitarios completos	5	1.3
Estudios universitarios incompletos	4	1.0
Total	393	100.0
Ocupación actual		
Estudia	23	5.9
Trabaja dependiente	55	14.0
Trabaja independiente	35	8.9
Realiza actividades domésticas	280	71.2
Total	393	100.0

Fuente: Elaboración propia

Se encontró que las actividades desarrolladas se han llevado a cabo principalmente en grupos prioritarios como niños menores de 10 años de edad, adolescentes, mujeres gestantes y adultos mayores de 65 años. Se resalta que los servicios que les han ofrecido en mayor proporción son educación para adolescentes (n=265) y adultos (n=251), vacunación para mujeres en edad fértil (n=247), servicios amigables/servicio integral al adolescente (n=213), educación para menores de 10 años (n=202),

atención para salud bucal y educación en higiene oral en adolescentes (n=173), programa de crecimiento y desarrollo (n=146), vacunación para menores de 6 años (n=144), atención para salud bucal y educación en higiene oral en adultos (n=143) y asesorías y consultas en planificación familiar (n=137). Los servicios que han solicitado en mayor proporción han sido atención de las enfermedades más frecuentes en los niños (n=201), toma de citología vaginal, examen de mama y de testículo en adultos (n=154). En contraste a lo anterior, los servicios que les han ofrecido o que los usuarios han solicitado en menor proporción son atención en salud mental en menores de 10 años y en adultos; atención a personas con discapacidad en menores de 10 años, en adolescentes y en adultos; identificación de casos de maltrato en menores de 10 años, en adolescentes y en adultos; y atención de epidemias en menores de 10 años, en adolescentes y en adultos. Los medios por los cuales los usuarios se habían beneficiado de la atención en salud, fueron visita familiar (100%), jornada de salud (34.1%) unidad móvil (27.5%) y reuniones comunitarias (1.4%). El 92.4% informó que el horario en el cual se les realizaba las visitas familiares era adecuado a sus necesidades personales y familiares. En los grupos focales se pudo constatar que el equipo de atención realizaba seguimiento de manera frecuente del estado de salud de los usuarios por medio de las visitas familiares y llamadas telefónicas, ante lo cual los participantes afirmaron que *“Por lo general llaman y preguntan si uno se está tomando la droga o a recordar cuando hay una cita pendiente...también cuando los resultados de los exámenes salen malos llaman e informan para explicar que hay que hacer”*. Las razones por las cuales los usuarios solicitan una atención en salud son principalmente recuperarse y prevenir la enfermedad (47.8% y 41.2% respectivamente).

En la Tabla II nótese como entre la edad y recuperarse como una de las razones para solicitar una atención en salud existe asociación estadísticamente significativa y dependencia ($\chi^2=32,6/ p=0,00/$ Coeficiente de contingencia=0,27). De igual forma al aplicar las pruebas estadísticas, se encontró asociación y dependencia entre el máximo nivel de estudios con recuperarse como una de las razones para solicitar una atención en salud ($\chi^2=19,25/ p=0,001/$ Coeficiente de contingencia=0,21) (Tabla III). No se encontró asociación y dependencia entre el tipo de familia y las razones para solicitar una atención en salud.

Tabla II

Edad – Razones para solicitar una atención en salud. Usuarios de la estrategia de APS

Edad x Razones para solicitar una atención en salud									
Edad	Una de las razones para solicitar una atención en salud es mejorar su salud						X ²	Valor P	Coeficiente
	Si	%	No	%	Total	%			
18 – 29	53	33.1	107	66.9	160	100.0	2.199	0.53	0.075
30 – 44	44	40.7	64	59.3	108	100.0			
45 – 64	39	39.4	60	60.6	99	100.0			
65 +	11	42.3	15	57.7	26	100.0			
Edad	Una de las razones para solicitar una atención en salud es prevenir la enfermedad						X ²	Valor P	Coeficiente
	Si	%	No	%	Total	%			
18 – 29	73	45.6	87	54.4	160	100.0	6.323	0.097	0.126
30 – 44	34	31.5	74	68.5	108	100.0			
45 – 64	45	45.5	54	54.5	99	100.0			
65 +	10	38.5	16	61.5	26	100.0			
Edad	Una de las razones para solicitar una atención en salud es fortalecer procesos de rehabilitación						X ²	Valor P	Coeficiente
	Si	%	No	%	Total	%			
18 – 29	11	6.9	149	93.1	160	100.0	2.421	0.49	0.78
30 – 44	8	7.4	100	92.6	108	100.0			
45 – 64	12	12.1	87	87.9	99	100.0			
65 +	2	7.7	24	92.3	26	100.0			
Edad	Una de las razones para solicitar una atención en salud es recuperarse						X ²	Valor P	Coeficiente
	Si	%	No	%	Total	%			

18 – 29	53	33.1	107	66.9	160	100.0	32.60 1	0.00	0.277
30 – 44	52	48.1	56	51.9	108	100.0			
45 – 64	63	63.6	36	36.4	99	100.0			
65 +	20	76.9	6	23.1	26	100.0			

Fuente: Elaboración propia

Tabla III

Máximo nivel de estudios - Razones para solicitar una atención en salud. Usuarios de la estrategia de APS

Máximo nivel de estudios - Razones para solicitar una atención en salud es mejorar su salud									
Máximo nivel de estudios	Una de las razones para solicitar una atención en salud es mejorar su salud						X²	Valor P	Coefficiente
	Si	%	No	%	Total	%			
Sin estudios	2	16.7	10	83.3	12	100.0	5.73	0.220	0.120
Estudios primarios	49	37.1	83	62.9	132	100.0			
Estudios secundarios	88	40.2	131	59.8	219	100.0			
Estudios técnicos / tecnológicos	7	33.3	14	66.7	21	100.0			
Estudios universitarios	1	11.1	8	88.9	9	100.0			
Máximo nivel de estudios	Una de las razones para solicitar una atención en salud es prevenir la enfermedad						X²	Valor P	Coefficiente
	Si	%	No	%	Total	%			
Sin estudios	5	41.7	7	58.3	12	100.0	2.61	0.625	0.081
Estudios primarios	52	39.4	80	60.6	132	100.0			
Estudios secundarios	90	41.1	129	58.9	219	100.0			
Estudios técnicos / tecnológicos	9	42.9	12	57.1	21	100.0			
Estudios universitarios	6	66.7	3	33.3	9	100.0			
Máximo nivel de estudios	Una de las razones para solicitar una atención en salud es fortalecer procesos de rehabilitación						X²	Valor P	Coefficiente
	Si	%	No	%	Total	%			
Sin estudios	0	0	12	100.0	12	100.0	1.49	0.828	0.061
Estudios primarios	10	7.6	122	92.4	132	100.0			
Estudios secundarios	20	9.1	199	90.9	219	100.0			
Estudios técnicos / tecnológicos	2	9.5	19	90.5	21	100.0			
Estudios universitarios	1	11.1	8	88.9	9	100.0			
Máximo nivel de estudios	Una de las razones para solicitar una atención en salud es recuperarse						X²	Valor P	Coefficiente
	Si	%	No	%	Total	%			
Sin estudios	8	66.7	4	33.3	12	100.0	19.25	0.001	0.216
Estudios primarios	81	61.4	51	38.6	132	100.0			
Estudios secundarios	90	41.1	129	58.9	219	100.0			
Estudios técnicos / tecnológicos	6	28.6	15	71.4	21	100.0			
Estudios universitarios	3	33.3	6	66.7	9	100.0			

Fuente: Elaboración propia

El 87.5% de los usuarios informaron percibían su estado de salud entre bueno y regular. Se encontró asociación y dependencia moderada entre la percepción del estado de salud actual y la satisfacción con la última atención que se le ofreció o que solicitó ($\chi^2=30,71/ p=0,015/$ Coeficiente de contingencia=0,269) (Tabla IV). Los usuarios calificaron como alto y muy alto (83.7% el nivel de satisfacción con la última atención en salud que le ofrecieron o que solicito).

Tabla IV
Percepción del estado de salud actual - Satisfacción con la última atención que se le ofreció o que solicitó. Usuarios de la estrategia de APS

Percepción del estado de salud actual - Satisfacción con la última atención que se le ofreció o que solicitó									
Percepción del estado de salud actual	Satisfacción con la última atención que se le ofreció o que solicitó						X ²	Valor de P	Coeficiente
	Muy alto	Alto	Medio	Bajo	Muy Bajo	Total			
Muy bueno	14 50.0%	10 35.7%	0 0%	1 3.6%	3 10.7%	28 100.0%	30.71	0.015	0.269
Bueno	58 25.0%	144 62.1%	19 8.2%	5 2.2%	6 2.6%	232 100.0%			
Regular	27 24.1%	61 54.5%	13 11.6%	6 5.4%	5 4.5%	112 100.0%			
Malo	2 12.5%	9 56.3%	4 25.0%	0 0%	1 6.3%	16 100.0%			
Muy malo	2 40.0%	2 40.0%	0 0%	0 0%	1 20.0%	5 100.0%			

Fuente: Elaboración propia

En cuanto al tiempo que los usuarios tardan en desplazarse desde su lugar de residencia hasta el centro de salud más cercano, el 44,2% manifestó que es de 0 a 10 minutos, seguido de 11 a 20 minutos en un 38,7%.

En los grupos focales se identificó como fortaleza la labor que realizan las promotoras de salud. Como debilidades la falta de entrega de medicamentos de manera oportuna y la puntualidad (en algunos casos) para la atención de las citas programadas: *“...a veces no dan los medicamentos en el centro de salud que a uno le queda más cerquita cuando uno los necesita...”*. *“...uno muchas veces llega 20 minutos antes a la cita que tiene programada, pero lo vienen a atender 30 minutos después, entonces es muy injusto que por cinco minutos que uno se demora de más pierda la cita”*.

Se resaltó la falta de continuidad en la atención en salud por barreras para el acceso por parte de las Empresas Promotoras de Salud (EPS): *“...No importa si nos dan la remisión aquí, si igual en la EPS no la autorizan...”*, *“...las remisiones muchas veces se vencen entonces toca volver a empezar pidiendo cita con el médico general...”*.

DISCUSIÓN

Frente a las características sociodemográficas de los usuarios de la estrategia de APS, el género y la edad condicionan la utilización de los servicios, ya que por una parte pueden actuar como moduladores de la atención ⁽¹⁴⁾ y por otro lado pueden ser considerados factores inherentes al estado de salud, particularmente cuando este no se ha controlado perfectamente ⁽¹⁵⁾.

Bellón Et al ⁽¹⁶⁾ y Mello Et al ⁽¹⁷⁾ encontraron que las mujeres utilizan más los servicios de APS que los varones, como se puede constatar en este estudio. Bellón Et al, encontraron que las edades en los que utilizan más estos servicios son entre los 35 y 75 años ¹⁷ en contraste a lo que se encontró en este en el cual las edades de mayor utilización están entre los 18 y los 29 años.

Respecto al tipo de familia al que pertenecen los usuarios de la estrategia, se ha encontrado que el hecho de pertenecer a una familia monoparental se relaciona con una mayor utilización de los servicios de salud ⁽¹⁸⁾, diferente a los resultados obtenidos en esta investigación en la cual se observa que con mayor frecuencia la conformación de familias es de tipo extensa y nuclear (52.2% y 39.4% respectivamente).

Otra evidencia científica muestra que existen diferencias en la accesibilidad a los servicios de salud, en especial en el tiempo de espera en la consulta, en función del nivel socioeconómico de los individuos ⁽²⁾. En relación específicamente con la accesibilidad geográfica Acosta L, et al, reportaron que esta fue considerada aceptable por los encuestados, como es el caso de los usuarios participantes en este estudio⁽²⁾. Investigaciones realizadas han señalado como principal factor condicionante para la utilización de los servicios de APS el nivel educativo de los padres, en especial el de la madre ⁽¹⁹⁾ y también han reportado en cuanto a la ocupación, que el hecho de trabajar independiente se relaciona con una menor utilización de los servicios de salud en comparación con el resto de trabajadores ⁽²⁰⁾, en concordancia con los resultados obtenidos en este estudio en el cual se observa una mayor utilización de los servicios por parte de personas que realizan actividades domésticas y que trabajan de manera dependiente (71.2% y 14% respectivamente).

La evidencia muestra que la utilización de los servicios de atención primaria está relacionada principalmente con el estado de salud del individuo, ya sea el autopercebido ^(17,21,22). En este trabajo se encontró que el 87.5% de los usuarios calificaron su estado de salud entre bueno y regular.

Respecto a la importancia que los usuarios otorgaron a la promotora de salud por su trabajo con la comunidad, se han encontrado publicaciones en las cuales también se les asigna un nivel de calificación superior sobre otras personas que hacen parte del equipo de salud, dado que son ellas quienes tienen con más frecuencia contacto con las personas, familias y comunidades ⁽²³⁾. Estudios han reportado que se han promovido una serie de acciones orientadas a facilitar el acceso a los servicios entre los cuales vale la pena resaltar la gestión para la atención por parte de las EPS ⁽²⁴⁾, similar a lo que el equipo de atención primaria ha llevado a cabo con el fin de brindar continuidad en la atención en salud a los usuarios. Un estudio reportó que el 66.7% de los pacientes estaba bastante satisfechos o muy satisfechos con la atención recibida ⁽²⁶⁾; similar al nivel de satisfacción con la última atención en salud reportado en este trabajo (83,7%).

Frente a la falta de oportunidad para la entrega de los medicamentos, estudios realizados ^(2,26) han señalado este aspecto como uno de los más críticos. En relación a la continuidad asistencia – accesibilidad entre niveles, existe acuerdo en la literatura que los cambios de nivel asistencial suponen una amenaza para la continuidad de la atención ^(27,28); esto se pudo evidenciar en los resultados obtenidos sobre la atención de los usuarios en niveles superiores de atención en salud.

CONCLUSIONES

Entre las principales características de la estrategia de APS se resaltan aspectos como los servicios a los cuales los usuarios han podido acceder en su mayoría están orientados a los niños menores de 10 años de edad, adolescentes, mujeres gestantes, y adultos mayores de 65 años. Los medios por los cuales los usuarios identificaron que han podido acceder a la atención en salud a través de la estrategia de APS han sido principalmente las visitas familiares, las jornadas de salud y la unidad móvil.

Las razones por las que los usuarios han solicitado una atención en salud son principalmente recuperarse y prevenir la enfermedad. Ellos informaron que percibían

su estado de salud entre bueno y regular. El nivel de satisfacción con la última atención en salud fue de alto y muy alto.

Los factores relacionados con la utilización de los servicios fueron la edad, el género, la accesibilidad geográfica, la satisfacción con la última atención recibida, la percepción del estado de salud y recuperarse como una de las razones para solicitar una atención en salud.

Agradecimientos

Al programa de Jóvenes Investigadores e Innovadores de Colciencias, al Grupo de Investigación Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de la Universidad de Caldas, a la institución de salud en la cual se llevó a cabo el estudio y a los usuarios por su participación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B, y Grupo de Trabajo sobre Evaluación en la Atención Primaria de Salud de Barcelona. Evaluación de la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 2003;31:382-385.
2. Acosta L, Burrone MS, Lopez de Neira MJ, Lucchese M, Cometto C, Ciuffolini B, et al. Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. *Enfermería Global* 2011; 21:1-14.
3. Cuba-Fuentes M, Jurado A, Estrella E. Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. *Rev Med Hered* 2011; 22(1):4-9.
4. Kerssens JJ, Groenewegen P, Sixma HJ, Boerma WG, Van der Eijk I. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bull World Health Organ* 2004;82:106-14.
5. Briggs C, Capdegelle P, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middleand low-income countries: effects on performance, costs and patient outcomes. 1ra ed. The Cochrane Collaboration: Jhon Wiley & Sons, Ltda; 2006.
6. Pasarín Rúa M, Berra S, Rajmil L, Solans M, Borrell C, Starfield B. Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población. *Aten Primaria* 2007;39(8):395-403.
7. Jiménez Villa J. La evaluación necesita la perspectiva de la población. *Aten Primaria* 2007; 39(8):395-403.
8. Feldman L, Vivas E, Lugli Z, Alviarez V, Pérez MG, S B. La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. *Rev Calid Asist* 2007; 22:133-173.
9. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Pesetb R, Ybarra J, Pérez-Jover V, Palazón I, et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calid Asist* 2002; 17:273-283.
10. Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández J. Perceptions and expectations of Primary health care: a new form of identifying improvements. *Aten Primaria*. 2005; 36:358-366.
11. ASSBASALUD, Secretaría de salud Municipal. Propuesta para el desarrollo de la estrategia Atención Primaria en Salud en las comunas y corregimientos del Municipio de Manizales, en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Manizales; 2012.
12. Resolución No. 008430 de 4 de octubre de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. En: Bogotá D.C: Ministerio de Salud; 1993.

13. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. España: Universidad de Navarra; 2004.
14. Chang W. The meaning and goals of equity in health. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:488-579.
15. Sáez M. Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas. *Gac Sanit* 2003; 17(5):412-417.
16. Bellón J, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en atención primaria. *Gac Sanit* 1995;9:343-396.
17. Mello M, Stearns S, Norton E. Do Medicare HMOs still reduce health services use after controlling for selection bias?. *Health Econ* 2002;11:323-363.
18. Muñoz-Pérez M, Mariscal E, Rubio E, Rey I. Desigualdades sociales en la utilización de servicios de atención primaria: un largo camino por recorrer. *Gac Sanit* 2000; 14:233-239.
19. Halldórsson M, Kunst A, Köhler L, Mackenbach J. Socioeconomic differences in children's use of physician services in the Nordic countries. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:200-204.
20. Álvarez B. La demanda atendida de consultas médicas y servicios urgentes en España. *Investigaciones Económicas* 2001; 25:93-138.
21. Jiménez-Martín S, Labeaga J, Martínez-Granado M. Latent class versus two-part models in the demand for physician services across the European Union. *Health Econ* 2002; 11:301-322.
22. Vera-Hernández A. Duplicate coverage and demand for health care. The case of Catalonia. *Health Econ* 1999; 8:579-677.
23. Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N, Rodríguez Villamizar LA, Uribe LM, León-Franco M. Experiencia de implementación de un modelo de Atención Primaria. *Rev. salud pública* 2011; 13(6):885-896.
24. Mosquera PA, Hernández J, Vega-Romero R, Junca C. Experiencia de implementación de la estrategia de atención primaria en salud en la localidad de Bosa. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* 2011;10(21):124-152.
25. Regidor E, Mateo S, Gutiérrez-Fisach J, Fernández K, Rodríguez C. Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España. *Med Clin (Barc)* 1996; 107:285-293.
26. Orna Estebana MI, Torrubia Fernández MJ, Peña León I, Isanta Pomar C. Estudio del grado de satisfacción de la asistencia sanitaria recibida en atención primaria, durante los desplazamientos realizados en vacaciones de verano. *Aten Primaria* 2011; 43(3):158-163.
27. Aller Hernández MB, Vargas Lorenzo I, Sánchez Pérez I, Henao Martínez D, Coderch de Lassaletta J, Llopart López JR, et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del Sistema de Salud en Cataluña. *Rev Esp Salud Publica* 2010; 84:371-387.
28. Gillian P, Anne C, Janet H. Synthesis and conceptual analysis of the SDO Programme's research on continuity of care. York: Report for the National Institute for Health Research service Delivery and Organisation Programme; 2009. SDO Project (08/1813/248).

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia