

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DE LOS  
USUARIOS AFILIADOS A LOS REGÍMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO  
EN EL MUNICIPIO DE NEIVA, DE JUNIO A OCTUBRE DEL 2011

CLAUDIA JIMENA LOSADA PUENTES  
DENNIS GARCIA RUBIANO  
GLORIA LENID TORO VARGAS  
MARHA NADIEZHDA CUELLAR CUENCA  
MARIA FERNANDA DE CASTRO ROJAS  
NATALIA BARON CANO  
ROBERTH CAQUIMBO VARGAS  
TANIA PATRICIA TRUJILLO MOSQUERA

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y  
SEGURIDAD SOCIAL  
NEIVA – HUILA  
2011

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD DE LOS  
USUARIOS AFILIADOS A LOS REGÍMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO  
EN EL MUNICIPIO DE NEIVA, DE JUNIO A OCTUBRE DEL 2011

CLAUDIA JIMENA LOSADA PUENTES  
DENNIS GARCIA RUBIANO  
GLORIA LENID TORO VARGAS  
MARHA NADIEZHDA CUELLAR CUENCA  
MARIA FERNANDA DE CASTRO ROJAS  
NATALIA BARON CANO  
ROBERTH CAQUIMBO VARGAS  
TANIA PATRICIA TRUJILLO MOSQUERA

Trabajo Grado presentado como requisito para optar al título de  
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social

Asesor  
DIEGO FERNANDO RIVERA CAMACHO  
Psicólogo, Mg. Salud Pública

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD  
SOCIAL  
NEIVA - HUILA  
2011

Nota de aceptación

---

---

---

---

---

Firma presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Neiva, Noviembre de 2011

## DEDICATORIA

Dedico esta trabajo al ser que más amo a Dios; a toda mi familia, mis cuñados (as), mis sobrinos (as), mis hermanos Lucio, Néstor, Evangelina, Matilde, por haber confiado y visto en mí una persona de sueños realizados, por colaborarme en todo y prestarme su apoyo incondicional a lo largo de mi vida tanto, familiar, personal y profesionalmente. A mis padres Expedito y Lilia, por su comprensión y ayuda en momentos difíciles y fáciles. Me han, enseñado a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. Me han dado, todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño, todo ello con una gran dosis de amor y sin pedir nunca nada a cambio. Para mi gran amor Joel, a él especialmente le dedico esta tesis, por su paciencia, por su comprensión, por su empeño, por su fuerza, por su amor, por ser tal y como es, porque lo amo. Es la persona que más directamente ha contribuido con la realización de mi formación académica y la consecución del trabajo realizado. Realmente me llena por dentro para conseguir un equilibrio que me permita dar el máximo de mí. Para mis hijos Juan Sebastián e Isabel Sofía, también dedico este logro, que han soportado momentos de soledad por encontrarme dedicada a mis extensas horas de estudio y otras actividades, por la tolerancia a la espera y siempre estar ahí pendientes de que todo me saliera bien, dispuestos a colaborarme y hacerme sentir orgullosa de mis frutos. Los amo y pido a Dios siempre, siempre me los bendiga. Son ellos sin duda, mi referencia para el presente y para el futuro. A mi hermanita Luz Marluby (Q.E.P.D), quien desde el cielo me acompaña y me envía bendiciones haciendo posible que mis metas y mis sueños se hagan realidad, al lado de las personas que amo. A mis compañeras y amiga del equipo de Investigación e Intervención de este proyecto, por su dedicación, entrega y esfuerzo durante todo el proceso de realización del proyecto y a nuestro asesor por su interés y acompañamiento en el desarrollo de este trabajo, ya que nos permitió crecer y fortalecer nuestros conocimientos, además aprender aún más el verdadero sentido de la vida. A todos ellos, muchas gracias.

Dennis

Te agradezco Dios todo poderoso que con tu amor eterno me has iluminado, me has demostrado tantas veces tu existencia y me has dado la fuerza para salir adelante. Le doy gracias a mis padres y a mis hermanas Nika, Katiuzhka y Rayzha, porque siempre me han apoyado y brindado todo su amor y comprensión. Y a Víctor gracias por estos siete años de conocernos y compartir tantas cosas, estuviste desde el inicio de este proceso, me has dado apoyo, confianza y exaltación y ahora compartirás conmigo este momento tan importante para mí.

Marha Nadeizhda

Agradecemos a nuestra familia por el apoyo incondicional que nos dieron a lo largo de esta investigación. A nuestro asesor por su enseñanza, apoyo y confianza en nuestro trabajo de grado y su capacidad para guiar nuestras ideas y aportar a nuestra formación como investigadores. Sus ideas siempre enmarcadas en su orientación y rigurosidad, han sido la clave del buen trabajo realizado, el cual no se puede concebir sin su siempre oportuna asesoría y dirección. Para nuestros compañeros de trabajo de investigación, agradecimientos, ha sido un camino largo y duro en el que, algunas veces, la fijación por lograr los objetivos nos hace olvidar la importancia del contacto humano. Sin embargo, como en todas las actividades de la vida, siempre al final hay algunos criterios que nos permiten priorizar y es por ello que resaltamos nuestros agradecimientos para algunas personas. Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hacemos extensivo nuestro más sincero agradecimiento.

Roberth Y María Fernanda

A Dios por haberme permitido alcanzar un escalón más en mi vida, por darme salud, fortaleza y sabiduría para lograr mis objetivos y sueños, además de su infinita bondad y amor. A mis padres y hermanos por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por su motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. A mi novio por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan, por el valor mostrado para salir adelante y por su gran amor. Y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis. ¡Gracias a ustedes!

Natalia

A Dios por ser mi amigo incondicional, el gestor de la oportunidad de estudiar, aprender, de fortalecer mi crecimiento intelectual, profesional, espiritual quien contribuye en todo en la materialización de mi proyecto de vida. Al Amor de Mi vida "Mi Padre" por su insistencia en enseñarme el mejor camino al éxito, la educación y por todas sus bendiciones desde el cielo; a mi Mamá y Abuela por sus oraciones; a mis tías las cuales fueron parte fundamental para alcanzar este sueño; a Mis Hermanos quienes siempre confiaron en mí; a mí Amigo del Alma Reinel por sus consejos y gestiones en pro de todos mis sueños. Al Dr. Diego Rivera quien fue nuestro mejor guía, amigo y apoyo, Gracias. A mis Compañeras por tanta paciencia, un millón de gracias y finalmente a todas aquellas persona que aportaron su granito de arena para que esta investigación sea una realidad

Tania

A mi esposo por darme su amor, apoyo, confianza y compartir nuevos e inolvidables momentos en mi vida. A mis hijos por ser el motor de la lucha diaria. A todas las personas que han creído en mi, especialmente a Gladys Duran. A todos mis amigos que han entregado su amor y apoyo siempre. A mis padres han sido fuente de energía e inspiración en mi vida. Dios no pudo darme mejores padres.

Gloria Lenid

Quiero darle gracias señor padre celestial , por todo lo que me has dado , por mi madre que es la luz de mis ojos que siempre alumbra mi sendero en la tristeza y alegría y en mis triunfos, gracias por permitirme tener a mi lado a mi ángel en el cielo ese eres tu padre mi, a mis hijos Cristian Alexander, John Carlos y María José, quienes han sido la motivación para continuar con mis objetivos ,Darte gracias a ti mi gran amor que has sido incondicional y me has apoyado en mi crecimiento personal, profesional por mil razones TE AMO , de igual manera resaltar el apoyo de Sers tan importantes en mi vida que me han apoyado Helber Yesid Pinzon y a mis compañeros que hemos pasado las largas y extenuantes jornadas pero el día de hoy se ve reflejado de gozo y bendiciones.

Claudia Jimena

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos a:

A la Universidad por abrirnos sus puertas y permitirnos llevar a cabo esta investigación.

A las Instituciones de salud que nos accedieron a implementar y adelantar esta investigación.

A nuestros profesores quien con sus enseñanzas contribuyeron a nuestra formación profesional.

A nuestro asesor de trabajo de grado quien con su paciencia y enseñanzas nos oriento y lidero para alcanzar este logro.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	18
1. FORMULACION DEL PROBLEMA	20
2. OBJETIVOS	24
2.1 OBJETIVO GENERAL	24
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
3. ANTECEDENTES	25
3.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	25
3.2 ANTECEDENTES NACIONALES	29
3.3 ANTECEDENTES LOCALES	35
4. JUSTIFICACIÓN	37
5. MARCO TEORICO	39
5.1 MARCO CONCEPTUAL	39
5.1.1 Concepto de Percepción	39
5.1.2 Concepto de Calidad	40
5.1.3 Calidad del Servicio	41
5.1.4 Servicios de Salud	42
5.1.5 Sistema Nacional de Salud en Colombia	45
5.1.6 Sistema General de Seguridad Social Integral	46
5.1.6.1 Entidades del Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia:	47
5.1.7 <i>Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad</i>	49
5.1.7.1 Definiciones	49
5.1.7.2 Características del SOGCS	51
5.1.7.3 Componentes del SOGCS	51
6. METODOLÓGIA	53
6.1 ENFOQUE Y DISEÑO	53
6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	53
6.3 MUESTRA	54
6.3.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA	54

		Pág
6.3.2	Tipo de muestreo	54
6.3.3	Operacionalización de las variables	57
6.4	INSTRUMENTO	58
6.5	TRATAMIENTO DE LA INFORMACION	58
6.6	CONSIDERACIONES ETICAS	58
7.	RESULTADOS	61
7.1	DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	61
7.2	DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.	67
7.3	COMPARACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO	73
8.	DISCUSION	79
9.	CONCLUSIONES	86
10.	RECOMENDACIONES	87
	BIBLIOGRAFIA	89
	ANEXOS	95

## LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Población y Discriminación de la Muestra Según Regímenes	55
Tabla 2. Relación de EPS del Régimen Contributivo del Municipio de Neiva seleccionadas para este estudio	55
Tabla 3. Distribución de EPS del Régimen del Municipio de Neiva Seleccionadas Para Este Estudio	56
Tabla 4. Distribución de Frecuencias Según EPS	61
Tabla 5. Distribución de Frecuencias Según IPS.	61
Tabla 6. Distribución de Frecuencias Según Características Socio Demográficas	62
Tabla 7. Distribución de Frecuencias Según Sitio dónde Consultaron los usuarios del régimen Subsidiado cuando comenzó su enfermedad	62
Tabla 8. Distribución de Frecuencias de la calificación del Profesional que Atendió a los Usuarios de RS teniendo en cuenta la característica de seguridad	63
Tabla 9. Distribución de Frecuencias según la atención brindada por la institución de Salud a los usuarios del RS con la característica de seguridad	64
Tabla 10. Distribución de Frecuencias según atención brindada por la institución de Salud a usuarios del RS con la característica de accesibilidad	64
Tabla 11. Distribución de Frecuencias según la atención brindada por la institución de Salud a los usuarios del régimen Subsidiado con la característica de oportunidad	65

Tabla 12.	Distribución de Frecuencias según consumo de medicamentos sin prescripción médica	66
Tabla 13.	Distribución de Frecuencias según la atención brindada por la institución de Salud a los usuarios del régimen Subsidiado con la característica de Pertinencia	66
Tabla 14	Distribución de Frecuencias Según EPS	67
Tabla 15	Distribución de frecuencias según IPS del Régimen Contributivo	68
Tabla 16	Distribución de Frecuencias Según Características Socio Demográficas	69
Tabla 17	Distribución de Frecuencias Según Sitio dónde Consultaron los usuarios del régimen Contributivo cuando comenzó su enfermedad	69
Tabla 18	Distribución de Frecuencias de la calificación del Profesional que Atendió a los Usuarios del RC según la característica de seguridad.	70
Tabla 19	Distribución de Frecuencias según la atención brindada por la institución de Salud a los usuarios del RC según característica de seguridad	71
Tabla 20	Distribución de Frecuencias de atención brindada por la institución de Salud a usuarios del RC por característica de accesibilidad	71
Tabla 21	Distribución de Frecuencias por percepción de usuarios del RC sobre la atención brindada por la institución de Salud con la característica de oportunidad	72
Tabla 22	Distribución de Frecuencias según consumo de medicamentos sin prescripción médica	72
Tabla 23	Distribución de Frecuencias según percepción de los usuarios del RC sobre la atención brindada por la institución de Salud con la característica de Pertinencia.	73

	Pág.	
Tabla 24	Contingencia según servicio al que asistió según Régimen	73
Tabla 25	Contingencia del Profesional que lo atendió según Régimen	74
Tabla 26	Contingencia Características de Accesibilidad según Régimen	75
Tabla 27	Contingencia Según Características de Oportunidad de acuerdo al tipo de régimen	76
Tabla 28	Se le dio Solución a su Problema	77
Tabla 29	Contingencia según característica de seguridad de acuerdo al tipo de régimen	77
Tabla 30	Contingencia Según pertinencia de acuerdo al tipo de régimen	78

## LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<b>Anexo A.</b> Distribución de EPS del Régimen Contributivo del Municipio de Neiva seleccionadas para este estudio.	96
<b>Anexo B.</b> Distribución de EPS del Régimen del Municipio de Neiva Seleccionadas Para Este Estudio.	96
<b>Anexo C.</b> Encuesta. Percepción de la calidad de la atención en los usuarios afiliados a los regímenes subsidiado y contributivo en el municipio de Neiva.	97
<b>Anexo D.</b> Oficio para Autorización de aplicación del Instrumento	101

## RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo determinar la percepción de la calidad de la atención en salud que tienen los usuarios afiliados a los Regímenes Subsidiado y Contributivo, en relación con los servicios brindados por la red de prestadores de servicios de las diferentes Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Municipio de Neiva.

Fue un estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo de corte transversal, con la finalidad de describir de manera cuantitativa la percepción de la calidad de la atención en salud que tienen los usuarios afiliados a los Regímenes Subsidiado y Contributivo; la población total fue de 406.538 afiliados al Régimen Subsidiado y contributivo del Municipio en el 2011. Se escogieron las cinco (5) EPS más representativas que tiene mayor cantidad de afiliados; el tamaño de la muestra para el Régimen Subsidiado (RS) es de 313 usuarios de las EPS COMFAMILIAR DEL HUILA, CAPRECOM, CAFESALUD, SOLSALUD y COMPARTA y para el Régimen Contributivo (RC) es de 454 de las EPS SALUD TOTAL, SANITAS, SALUDCOOP, COOMEVA y NUEVA EPS; la muestra total fue de 767 usuarios.

Se utilizó la encuesta estructurada sobre percepción de la calidad de la atención en los usuarios afiliados a los Regímenes Subsidiado y Contributivo en el Municipio de Neiva, que constó de 27 preguntas, se aplicó personalmente, combinando tipos de preguntas de elección múltiple y abiertas.

Se obtuvo que los usuarios del RS consultan más al Hospital cuando inicia la enfermedad (64%), RC consulta más la Clínica (56,4); la atención por los diferentes profesionales fue percibida como buena, los peores calificados fueron el personal de auxiliares de enfermería, facturación y farmacia. A la mayoría de los usuarios le genera confianza el personal que lo atendió RS (95,2%) y RC (86,3%); la infraestructura e instalaciones en la prestación del servicio son adecuadas RS (85%) y RC (82,2%); los usuarios del RS refieren que el personal proporcionó toda la información adecuada (81,5%) y el RC (78,9%); los usuarios del RS se atendieron en menos de una hora el 31,3% y RC (47,6%), la asignación de la cita para el mismo día para en RS (18,5%) y RC (46,1%); el 55,6% del RS está satisfecho con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron RC (55,3%); el RS conoce sus deberes (40,3%) y sus derechos (30,4%), mientras que en RC el 22,2% conoce sus deberes y solo el 24,4% conoce sus derechos; el 94% del RS refieren que el servicio si les ayudo y el RC (86,3%).

El servicio que mas consultan los usuarios es consulta externa con 88,5%; el RC consulta en mayor proporción el servicio de urgencias (26,9%). Se concluye que existe más alto nivel de escolaridad en los afiliados al régimen contributivo; los usuarios del RS perciben la accesibilidad como adecuada, el RC perciben que encuentran limitaciones en el acceso; el RS se perciben satisfechos con la oportunidad en prestación de los servicios de salud, en el RC se perciben que se cumple mas ágilmente este aspecto; en la pertinencia para el RS y RC perciben que los servicios les ayudaron a mejorar su salud; el RS y RC perciben seguridad y confianza en la atención en los servicios de salud y califican en general como buena la atención por los diferentes profesionales que lo atienden; los usuarios del régimen contributivo pagan más para acceder a los servicios; hay mayor desconocimiento de sus derechos y deberes por parte del régimen contributivo.

**PALABRAS Claves:** Percepción, Calidad, Servicios de Salud, Calidad del Servicio, Sistema Nacional de Salud en Colombia, Sistema General de Seguridad Social Integral, IPS, EPS, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

## ABSTRACT

The present study aimed to determine the perception of the quality of health care users have Subsidized Regime and Contributory Regime in relation to the services provided by network service providers of different Health Promoting Companies (EPS) in the municipality of Neiva. The study was a quantitative approach, a descriptive cross-sectional, in order to describe quantitatively the perceived quality of health care users have Subsidized Regime and the Contributory Regime, the total population was 406,538 of Subsidized Regime and Contributory of the municipality in 2011. Were chose the five (5) EPS is more representative than most members, the sample size for the Subsidized Regime (RS) was 313 users EPS COMFAMILIAR, CAPRECOM, CAFESALUD, SOLSALUD and COMPARTA and the Contributory Regime (RC) was 454 of the EPS SALUD TOTAL, SANITAS, SALUDCOOP, COOMEVA and NUEVA EPS, the total sample was of 767 users.

The structured questionnaire was used on the perceived quality of care to users affiliated with Subsidized and Contributory Regimes in the city of Neiva, 27 questions, personal applications, combining types of multiple choice questions and open questions. The result was that users of RS more Hospital consult when you start the disease (64%), but for RC was the Clinic (56.4%), the attention of different professionals was perceived as good, the qualified personnel as bad were nursing assistant, billing and pharmacy. The majority of users builds trust him personally attended the RS (95.2%) and RC (86.3%), infrastructure and facilities in the service are suitable RS (85%) and RC (82 , 2%), users report that the staff provide all relevant information, in RS (81.5%) and RC (78.9%), users were seen in less than an hour, for RS 31.3% and RC 47.6%, the allocation of the appointment for the same day, for RS (18.5%) and RC (46.1%), 55.6% of RS is satisfied with the waiting time before from the time you requested the service until he was treated, and in the RC (55.3%), in the RS knows his duties (40.3%) and rights (30.4%), while in the RC the 22, 2% know their duties and only 24.4% know their rights, 94% of RS refer to the service if it helped them and the RC (86.3%). The service most used for the users is consultation external with about 88.5%, the highest proportion consultation emergency department in RC (26.9%).

We conclude that there highest level of schooling in the contributory regime; RS perceive adequate accessibility, RC perceive a limited access, the RS are perceived satisfaction with the opportunity in providing services health, in the RC are perceived to be more agile meets this aspect, in the RS and RC perceive that services helped them to improve their health, the RS and RC expressed "confidence and trust" in the care in health and generally qualify as good attention

to the various professionals who serve you, the contributory regime's users pay more for the access to services, the RC has greater ignorance of their rights and duties.

**KEYWORDS:** Perception, Quality, Health Services, Quality of Service, National Health System in Colombia, Social Security System Integral, IPS, EPS, Mandatory System of the Quality Guarantee.

## INTRODUCCION

El sistema de salud colombiano fue reformado a finales de 1993 con el fin de brindar servicios de salud a un número mayor de usuarios. El anterior sistema estaba compuesto por dos subsistemas y la Constitución Política de Colombia buscó romper este esquema discriminatorio, donde declaraba la seguridad social como: un servicio público de carácter obligatorio, que se prestaba bajo la dirección, coordinación y control de estado; una sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. La Ley 100 de 1993, que regula el sistema general de seguridad social en salud y otorga a los colombianos un panorama de universalidad de derechos en cuanto a atención y oportunidad de acceso a los servicios de salud, también plantea, a la par de la cobertura, el derecho a la calidad, condición que favorece la atención en salud y contribuye a mejorar el proceso de salud de la población colombiana<sup>1</sup>.

Con respecto a mejorar la oportunidad de acceso se realiza el aseguramiento de la población para adquirir un plan de beneficios de servicios de salud y es la calidad un atributo importante para brindarlos.

Para el año 2010, el Departamento del Huila alcanzó una cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud del 96.24% y una cobertura al régimen subsidiado del 86.10%.<sup>2</sup> Para el año 2011, según el programa de gobierno, se continuará apoyando la vigilancia y el control del aseguramiento en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Para el desarrollo de estos propósitos se hace necesario orientar procesos relacionados con la calidad en la atención.

Hasta ahora los objetivos en cuanto a porcentajes de aseguramiento son muy alentadores, sin embargo es necesario medir la calidad del servicio prestado; este indicador se ha evaluado a través de certificados de habilitación y cumplimientos de objetivos misionales trazados por los prestadores del servicio como las Empresas Prestadoras de Salud EPS, las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud IPS y por las Empresas Sociales del Estado ESE del departamento. No obstante, el principal actor es el usuario que accede a estos

---

<sup>1</sup> Congreso de la República de Colombia. Ley 100. 23 de Diciembre de 1993.

<sup>2</sup> COLOMBIA, HUILA. Secretaria de Salud Departamental. Huila líder en aseguramiento de régimen subsidiado. Copiado textual en [www.huila.gov.co/index.php?option=com\\_content&view=article&id=65979-huila-lider-en-aseguramiento-de-regime-subsidiado-&catid=54:secretaria-de-salud&Itemid=2020](http://www.huila.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=65979-huila-lider-en-aseguramiento-de-regime-subsidiado-&catid=54:secretaria-de-salud&Itemid=2020)

servicios a través del régimen subsidiado y contributivo, al cual no se le ha explorado en cuanto a su percepción, satisfacción en la utilización de los servicios de salud, por tanto, esta investigación plantea determinar la percepción de la calidad de la atención en salud que tienen los usuarios de los servicios del municipio de Neiva. Para tal fin, se adelantó un trabajo de campo de aplicación de encuestas que buscaron explorar la percepción de los usuarios con respecto a los servicios de salud que se les presta por las diferentes EPS a través de su red prestadora de servicios.

Con el presente trabajo de investigación se pretende aportar información que permita conocer el nivel de satisfacción de los usuarios, en los servicios de salud; debido a la dimensión que día a día está siendo más relevante para la formulación y evaluación de políticas, teniendo en cuenta que uno de los principales rectores de la política sectorial es la calidad de la atención en salud, como un derecho ciudadano en donde el eje central de la atención es la satisfacción de los usuarios. De igual manera, los resultados permiten de alguna forma tener un conocimiento sobre la percepción de la calidad de los servicios, los niveles de satisfacción y los logros e impactos obtenidos por los prestadores de servicios de salud; a su vez se pretende que esta investigación sea un insumo importante para el municipio de Neiva y sus diferentes EPS e IPS, teniendo en cuenta que los resultados son de gran apoyo para la toma de decisiones que intervengan en el mejoramiento de la calidad en el servicio ofrecido.

## 1. FORMULACION DEL PROBLEMA

Hay dos formas básicas de concebir la calidad: una, desde el punto de vista del oferente del servicio como adaptación a las especificaciones establecidas para la prestación, y otra desde la perspectiva del cliente<sup>3</sup>.

Tradicionalmente las acciones de inspección, vigilancia y control de la calidad en la prestación de servicios de salud, han sido enfocadas a la veeduría de los procesos de habilitación y cumplimiento de estándares de calidad por parte de las empresas de salud, de acuerdo a la normatividad vigente<sup>4</sup>, relegando la perspectiva del usuario como actor principal a procesos básicos como son atención, trámite de quejas y peticiones y buzón de sugerencias.

En este sentido, se hace necesario fortalecer la participación social y la veeduría ciudadana como ente de control social y plantear al interior de las empresas de salud estudios que permitan evaluar y conocer la percepción de calidad por los usuarios para contar con elementos reales que promuevan acciones dirigidas a satisfacer las necesidades básicas de calidad del cliente (usuario) y que a la vez permita la aplicación de políticas que cumplan metas de gestión de calidad y mejoramiento continuo, identificando procesos críticos, que deben ser objeto de seguimiento prioritario para determinar el tipo de acciones correctivas y preventivas que deban planearse, ejecutarse y retroalimentarse.

Actualmente el sector salud se ve abocado a unas condiciones de mercado global exigentes que obligan a las instituciones de salud a convertirse en empresas de alto rendimiento. Las instituciones de salud del país, ya sea del orden público o privado, deben ser sostenibles, rentables y competitivas. Existe un gran interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, para tal fin, las instituciones han implementado diversas acciones encaminadas a evaluar la percepción del usuario.

---

<sup>3</sup> RODRIGUEZ, Héctor Augusto. Calidad en los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor: Propuesta de Construcción de una escala de medida. *En*: Colombia: Revista Colombiana de Marketing. Enero, 2000, vol 1, no.1, p.59-72. [Citado en Marzo 11 de 2011]

<sup>4</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto Número 1011 (3, abril, 2006), por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C, El Ministerio, 2006. 17 p.

La libertad que tienen los usuarios de elegir la empresa de salud que mejor satisfaga sus expectativas, reglamentado en la Ley 1438 de enero 19 de 2011<sup>5</sup>, sumado a la masificación de la información y los medios de comunicación hacen que el usuario sea más selectivo y exigente frente a las ofertas del mercado. La percepción de la calidad de los servicios de salud también ha experimentado una importante transformación de acuerdo a los cambios sociales y culturales del entorno; esto obliga a las empresas de salud a presentar mejores y más eficientes servicios, y para ello las evaluaciones de calidad y gestión son la mejor carta de presentación para crear una buena imagen corporativa.

El sector salud posee una importante ración de recursos. Las EPS, luego de 16 años de funcionamiento, han visto crecer 176 veces su patrimonio, el cual ahora se estima en \$767 billones, con una utilidad neta de \$495 billones. En 2009, las seis principales EPS (SaludCoop, Coomeva, Saludtotal, Famisanar, Susalud y Sanitas), cuyas ventas en 10 años alcanzaron \$143,9 billones, se ubicaron entre las 100 empresas más grandes de Colombia.<sup>6</sup>

En el Departamento del Huila, las IPS públicas que presentaron saldos con superavit en el año 2008 fueron: ACEVEDO Empresa Social Del Estado San Francisco Javier, BARAYA ESE Hospital Tulia Duran De Borrero, CAMPOALEGRE ESE Hospital Del Rosario, TARQUI E.S.E Hospital San Antonio De Tarqui, TESALIA ESE Hospital Santa Teresa<sup>7</sup>.

Con este incentivo monetario para las empresas de salud, la prestación de los servicios de salud con calidad se convierte en la clave para captar afiliados que redundará en excelentes dividendos, además esta situación enfrenta a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud al reto de la competitividad en el que la calidad de la atención es un factor determinante para la sobrevivencia en el mercado.

Es aquí, en donde la inversión de recursos destinados al conocimiento de las necesidades del usuario será justificable para potencializar los planes de habilitación y mejoramiento. Las principales empresas del sector salud han

---

<sup>5</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438 (19, enero, 2011). Por Medio de la cual Se Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Se Dictan Otras Disposiciones. Art 3. Principios del Sistema General de Seguridad Social En Salud. Bogotá D.C, 2011. P. 51.

<sup>6</sup> Nuestro Sistema de Salud: Anatomía de una malformación congénita incorregible: Grupo de Salud, Centro de Estudios del Trabajo, Cedetrabajo. (noviembre-diciembre, 2010). Vol. 47, p. 14.

<sup>7</sup> SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD: Estudio IPS Públicas Corte a 31 de Diciembre de 2008. Bogotá D.C, Agosto. (2009). p. 81.

consolidado su éxito en un sistema asertivo de comunicación y han enfocado sus esfuerzos en la prestación de servicios con “valor agregado”.

El ranking de las EPS, según el artículo publicado por la Revista Semana cataloga las mejores empresas prestadoras de salud en el 2009, destacándose como mejor calificada Compensar, con 62,9 puntos en una escala de 0 a 100. Los criterios que más puntaje le dieron fueron los de contratación, pagos y calidad. En el segundo lugar se encuentra EPS Colmédica, con 60,7 puntos, que sobresalió por las tarifas negociadas con las clínicas y hospitales para cubrir los costos de sus afiliados. El tercer puesto fue para Coomeva, con 60,2 puntos. El criterio que más aportó a su puntaje fue el de confianza que genera Coomeva en la prestación de sus servicios a sus afiliados<sup>8</sup>.

Valorar la calidad de la atención desde la mirada del usuario es de suma importancia debido a que se obtiene un conjunto de concepciones y actitudes asociados con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a las empresas promotoras, a las instituciones prestadoras y redundando en el bienestar del usuario, que en definitiva recibe una mejor atención de acuerdo a sus necesidades reales.

De igual forma, es trascendental para los entes de vigilancia y control contar con una herramienta sencilla, eficiente y aplicable para el análisis y evolución periódica de los prestadores de servicios de salud, teniendo en cuenta la percepción que tienen los usuarios afiliados al sistema general de seguridad social en salud acerca de la calidad de los servicios en salud; de manera que se puedan implementar acciones y procedimientos de tipo preventivo y corregir sobre la marcha errores que se detecten en los procesos.

Actualmente las empresas han hecho inversiones en publicidad para poder crear una imagen de marca, pero desconocen el grado de satisfacción y la percepción de calidad que tiene el usuario después de haber recibido atención en los servicios de salud; estos interrogantes son categóricos para lograr el punto de equilibrio entre prestación con calidad y costos de la atención.

En Colombia el estar afiliado al SGSSS, con un carnet ya sea contribuyendo o recibiendo un subsidio, no garantiza una atención con calidad, debido, probablemente, a que las instituciones prestadoras y promotoras de servicios de

---

<sup>8</sup> GIRALDO, Valencia Juan Carlos. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC): Director General: Las mejores y las peores EPS de 2009. Bogotá D.C, (26, Julio, 2011).

salud han desconocido al usuario como “cliente”, sin importar satisfacer sus necesidades y demandas; utilizando modelos de contratación que van en contra de la humanización de la salud, se limitan tan solo a cumplir estándares establecidos por la norma y le dan prioridad a la publicidad, olvidándose de los principios que se plantearon a partir de la reforma en salud. Por tal motivo, la valoración de la percepción de la calidad de la atención en salud, desde la perspectiva del usuario es la clave que puede dar solución a esta problemática aplicada en el ámbito regional, con la expectativa de que los resultados trascienden al orden nacional.

En consecuencia, la presente investigación se considera relevante, porque brindara conocimientos acerca de la mejor manera de desarrollar los procesos de calidad para la atención en salud a nivel municipal. Las interrogantes que sirven para lograr esta investigación son:

¿Cuál es la percepción de la calidad de la atención en salud que tienen los usuarios afiliados al régimen subsidiado y régimen contributivo, en relación con los servicios brindados por la red de prestadores de servicios de las diferentes Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Municipio de Neiva?

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Determinar la percepción de la calidad de la atención en salud que tienen los usuarios afiliados al régimen subsidiado y régimen contributivo, en relación con los servicios brindados por la red de prestadores de servicios de las diferentes Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Municipio de Neiva.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Describir la percepción de la calidad de la atención en salud que tienen los usuarios del Régimen subsidiado en relación con las características señalados por el decreto 1011 de 2006 correspondiente a la accesibilidad, oportunidad, seguridad y pertinencia de la red de prestadores de servicios de las diferentes Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Municipio de Neiva.
- Describir la percepción de la calidad de la atención en salud que tienen los usuarios del Régimen Contributivo en relación con las características señalados por el decreto 1011 de 2006 correspondiente a la accesibilidad, oportunidad, seguridad y pertinencia de la red de prestadores de servicios de las diferentes Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Municipio de Neiva.
- Determinar las diferencias en la percepción sobre las características de la calidad de la atención en salud entre los usuarios del régimen contributivo y subsidiado del Municipio de Neiva.

### 3. ANTECEDENTES

#### 3.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Se cita el estudio “Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción- Paraguay”<sup>9</sup>, realizado por Mesquita, Pavlicich, Benitez. Tuvo como objetivo analizar la calidad de la atención en los consultorios pediátricos públicos desde la percepción de los padres de los niños en los consultorios pediátricos públicos y la accesibilidad a los mismos. Este fue un estudio observacional, descriptivo, con componente analítico; se utilizó como instrumento un cuestionario previamente elaborado que fue llenado a través de una entrevista a los padres o encargados a la salida del consultorio, en 5 hospitales de Asunción y Gran Asunción<sup>10</sup>.

Se entrevistaron a 208 padres o encargados. El 58,7% de los niños fueron llevados por enfermedad y 41% para control de niño sano. El 88,9% de los entrevistados consideró que la atención fue buena, el 9,1% que fue regular y el 1,9% que fue mala. Los motivos por los cuales la atención se considero como buena fueron, el 45,2% por el buen trato que recibió, el 26,4% por la buena atención médica y el 11 % porque recibió explicaciones claras; en menor porcentaje por dar informaciones útiles y por la rápida atención. De los que han considerado la atención como regular, el 63% manifestó atención superficial y rápida. De los que la consideraron mala, el 50% lo hizo porque el niño no fue examinado. Se encontró una fuerte relación de la percepción buena con: el buen trato recibido, las comodidades en la sala de espera, el examen general del niño y área de juego para los mismos.

En cuanto a accesibilidad el estudio refiere que la atención en general es accesible en Asunción y Gran Asunción, ya que existe la posibilidad de acceso a la exoneración de las consultas en la mayoría de los hospitales.

---

<sup>9</sup> MESQUITA, Mirta, PAVLICICH Viviana. Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. Arch Pediatr Urug 2010; 81(4): 260-266. Citado por: Encuentro de editores” de las revistas científicas de las Sociedades de Pediatría que integran el Cono Sur. 2009. p. 7.

<sup>10</sup> Ibid., p. 7.

También se tiene en cuenta el estudio “Percepción de la Calidad de servicios de los usuarios de los programas sociales en salud en cuanto a los centros de

Diagnostico Integral (CDI)”<sup>11</sup>. Elaborado por Araujo, Clemenz, Fuenmayor, Altuve, quienes evaluaron la percepción de la calidad de servicio de los usuarios de los programas sociales en salud en cuanto a los Centros de Diagnóstico Integral (CDI) administrados por el Ministerio del Poder Popular para la Salud del Ejecutivo Nacional y la Red de Centros Clínicos Ambulatorios pertenecientes al Programa Nuevo Modelos de Gestión de Salud de la Gobernación del estado Zulia-Venezuela. Se evaluaron las unidades de los CDI y los Ambulatorios ubicados en la ciudad de Maracaibo y San Francisco. Los resultados permitieron conocer aquellos atributos del servicio que están contribuyendo a la satisfacción los usuarios del servicio<sup>12</sup>.

En términos generales se concluye que la percepción del servicio es buena, basándose en las dimensiones tangibles, seguridad, fiabilidad, responsabilidad y empatía, sin embargo el hallazgo más importante de la presente investigación es que existen ciertas deficiencias en el desempeño del servicio que deben ser atendidas de inmediato por las administraciones regionales y nacionales como por ejemplo asegurar el mantenimiento de la infraestructura de los CDI y de los Ambulatorios para poder atender el volumen diario de pacientes. Así como también en la actualización de los equipos médicos. Fortalecer las medidas de seguridad dentro de las instalaciones. Deben tomarse medidas inmediatas en cuanto al control del acceso vehicular y al estacionamiento. Proporcionar adiestramiento continuo a todo el recurso humano en las áreas de relaciones interpersonales, calidad de servicio y atención al público, de esta manera mantener la buena empatía entre los empleados y los usuarios. Mejorar los tiempos de respuesta, en este tipo de servicio es vital brindar atención de forma inmediata, sobre todo en lo que se refiere a las emergencias<sup>13</sup>

Se recurrió al estudio “Percepción de la comunidad acerca de la calidad de los servicios de salud públicos en los distritos norte e Ichilo – Bolivia”<sup>14</sup> realizado por

---

<sup>11</sup> ARAUJO, Rubén, CLEMENZ Caterina, FUENMAYOR Ramiro, ALTUVE Ender. Percepción de la calidad de servicio de los usuarios de los programas sociales en salud. Revista de Ciencias Sociales. (enero-marzo, 2010). vol. XVI. no. 1. p. 80-91.

<sup>12</sup> Ibid., p. 80-91.

<sup>13</sup> Ibid., p. 80-91.

<sup>14</sup> C. GATTINARA Bárbara, IBACACHE Jaime, T. PUENTES Carlos, GIACONI Jolanda, CAPRARA Andrea. Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. (Julio-Septiembre, 1995). Rio de Janeiro, 11 (3): 425-438. P. 14.

Gattinara; Ibacache; Puente, Giaconi; Caprara, identifica la percepción de la población respecto a la calidad de los servicios públicos de salud en los distritos Norte e Ichilo (Bolivia)<sup>15</sup>, enfatizando la relación entre los trabajadores de salud y los pacientes. Se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos tales como: encuesta, grupos focales, observación directa, entrevistas abiertas con informantes clave y discusiones abiertas con la comunidad. La coexistencia de culturas diferentes y de varios estratos socioeconómicos, hace que la relación entre el personal de salud y el paciente se efectúe en un marco multicultural. Los resultados muestran que la reputación de los servicios aquí estudiados está afectada por algunos elementos, tales como las actitudes discriminatorias hacia la gente que pertenece a un nivel socioeconómico bajo, problemas de comunicación entre el trabajador de salud y el paciente, la percepción de insuficiente capacidad diagnóstica y terapéutica. La baja capacidad de los servicios públicos de salud para aceptar y reconocer las características interculturales de la región, hace que el desafío a ser asumido por el personal de salud del distrito es el establecimiento de puentes interculturales entre los proveedores de los servicios públicos de salud y los pacientes potenciales, así como entre los diferentes sistemas médicos coexistentes.

Los factores principales que hacen parte de la calidad de la relación entre trabajador de salud y paciente en el contexto local son la actitud del personal de salud, en términos de trato brindado por el personal de salud al paciente, y el nivel de comunicación entre los profesionales de salud y los pacientes. Durante las entrevistas y las discusiones con la población, el grupo étnico y clase socioeconómica del paciente aparecieron como los factores más importantes. Aunque la mayoría de la población encuestada (65.7%) afirma que el personal de salud trata sin discriminación étnica a los pacientes, el 29.5% de los entrevistados dice que los trabajadores de salud brindan mejor trato a los pacientes originarios de Santa Cruz (Camba), que a los originarios del altiplano (Colla); este mismo concepto surgió durante las entrevistas abiertas: “a la gente del interior se los trata feo porque son indiecitos”, “al Camba del oriente le toman atención, una paisana es mal mirada”, “los médicos gritan a los Collas”. Se encontró que otro factor determinante en la calidad de la relación interpersonal entre médico y paciente es sobre todo el nivel socio-económico del paciente, en la encuesta el 62.9% del los usuarios plantea que el personal de salud trata mejor a los ricos que a los pobres<sup>16</sup>.

El nivel de comunicación que se logra entre el paciente y el médico es sin duda uno de los aspectos fundamentales en el análisis de la calidad de la relación entre

---

<sup>15</sup>C. GATTINAR, IBACACHE, T. PUENTES, GIACONI, CAPRARA, Op. cit., p. 14.

<sup>16</sup> ARAUJO, CLEMENZ, FUENMAYOR, ALTUVE. Op. cit., p. 80-91.

personal de salud y usuarios del servicio público. La calidad de la comunicación que se logra es muy importante en producir una satisfacción o insatisfacción por parte del paciente; en esta investigación apareció claramente como el tiempo que un médico dedica a escuchar a los pacientes influye también sobre la percepción de la gente de su capacidad diagnóstica. El 50% de la población encuestada considera insuficiente el tiempo dedicado por el personal de salud a escuchar al paciente. Al mismo tiempo, la comprensión de las indicaciones por parte del paciente fue definida insuficiente por la mayoría (60%) de los entrevistados. El 27.5% de los usuarios se quejó por no haber recibido explicaciones sobre su enfermedad, además, un 30.6% de los pacientes que acudieron a un servicio público de consulta externa plantea que no recibió indicaciones claras sobre el tratamiento prescrito por parte del personal de salud. En este estudio se confirma que el curandero y el médico que trabaja en un servicio privado son considerados por la gente como más flexibles y disponibles a una mejor comunicación y comprensión del, paciente, de su universo y su enfermedad, en relación al personal de salud de las estructuras públicas que no logra crear una relación personal. También se evaluó la eficacia terapéutica percibida por el paciente se encontró que más de la mitad de los entrevistados (52.9%) considera las habilidades diagnósticas del personal de salud insuficientes, percepción que parece estar asociada al origen cultural del entrevistado, Otro aspecto analizado fue la percepción de la gente sobre el proceso curativo. La eficacia del tratamiento prescrito al paciente es generalmente (55.7%) percibida como baja. La mayoría (69.3%) de los usuarios del servicio público de consulta externa declara que le fueron prescritas más de 3 clases diferentes de medicamentos para la misma enfermedad, la gente no acepta fácilmente diferentes clases de medicamentos a la vez, y esto lo consideran como signo de baja profesionalidad del personal de salud, este aspecto también está relacionado con el precio de los medicamentos, el tipo de medicina si es inyectable o no<sup>17</sup>.

Se cita la investigación “Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios”<sup>18</sup> realizado por Teresita de J. Ramírez-Sánchez, Patricia Nájera-Aguilar, Gustavo Nigenda-López, (1998) Describen la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México<sup>19</sup>, aplicaron la Encuesta Nacional de Salud II de 1994 a 3.324 usuarios que acudieron a los servicios de salud, Se encontró que 81.2% de los usuarios percibió que la atención recibida fue buena y 18.8% mala. Los principales motivos que definen la calidad como buena fueron: el

---

<sup>17</sup> ARAUJO, CLEMENZ, FUENMAYOR, ALTUVE. Op. cit., p. 80-91.

<sup>18</sup> RAMÍREZ, Sánchez Teresita de J, NÁJERA Aguilar Patricia, NIGENDA, López Gustavo. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. (enero-febrero, 1998). Salud Pública México. vol. 40. no. 1. p. 10.

<sup>19</sup> Ibid., p. 10.

trato personal (23.2%) y mejoría en salud (11.9%); en tanto que los motivos de mala calidad aludidos fueron: los largos tiempos de espera (23.7%) y la deficiencia en las acciones de revisión y diagnóstico (11.7%). Los que utilizaron servicios de seguridad social perciben 2.6 veces más frecuentemente mala calidad de atención que los que acudieron a servicios privados. Para los usuarios, la calidad está representada por las características del proceso de atención (44.8%), del resultado (21.3%), de la estructura (18.0%), y de la accesibilidad (15.7%). Los motivos más importantes por los cuales los usuarios no regresarían al mismo lugar de atención fueron: no lo atendieron bien (18.2%) y los largos tiempos de espera (11.8%). Los resultados sugieren profundizar en el conocimiento de la perspectiva poblacional, y determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención.

A la vez, se cita el estudio “Percepción de la Calidad de Atención por el Usuario de Consulta Externa del Centro De Salud Villa Candelaria – España”<sup>20</sup> elaborado por Martha Morales Rivas y Carola F. Carvajal Garcés, estudio que tuvo como objetivo la evaluación de la percepción del usuario como medio de valoración del Centro de Salud Villa Candelaria desde la percepción de los usuarios. Se aplicó un diseño transversal, descriptivo y cuantitativo. Se encuestó a 100 usuarios de consulta externa en las especialidades de Ginecología, Pediatría, Medicina General, entre Octubre Noviembre y Diciembre 2007. Las dimensiones de análisis son la accesibilidad (tiempos de espera), estructura (comodidades), proceso (relaciones interpersonales) y resultado de la atención médica (satisfacción). En el 95% de los casos que supera los 30 minutos de tiempo standard, el 64% de los usuarios se quejaron de tiempos largos de espera. El 58% se quejaron de falta de comodidades, Maltrato en fichaje en un 51%, maltrato en enfermería en 30%. La calidad de la atención médica fue percibida como buena por el 90% de los encuestados. Satisfacción por el trato recibido en un 73% de los encuestados. Percepción de calidad de atención en un 68%. Las fortalezas encontradas fue la accesibilidad (58%) costo (53%) calidad de atención de los médicos (47%). Las dimensiones relacionadas con mala calidad fueron los prolongados tiempos de espera (64%), incomodidad (58%) maltrato en enfermería (30%) y fichaje (51%).

### **3.2 ANTECEDENTES NACIONALES**

Con respecto a la medición de la calidad de servicios de salud en Colombia se han hecho estudios sobre la calidad de vida de los Colombianos en la década de los

---

<sup>20</sup> MORALES, Rivas Martha, CARVAJAL Garcés Carola F. percepción de la calidad de atención por el usuario de consulta externa del centro de Salud Villa candelaria. Rev. Méd. Cochabamba), jul. 2008, vol. 19, no. 29, p. 24-28. ISSN 2074-4609.

sesenta donde se han acopiado datos tendientes a determinar la situación de salud y el uso de la atención, si bien estos trabajos no han evaluado de manera directa la calidad, si permite la obtención indirecta de indicios sobre sus problemas.

De forma más reciente, la encuesta de Calidad de Vida adelantadas en 1997- (ECV)<sup>21</sup> y 2003- (ECV)<sup>22</sup>, la cuales Median en forma actualizada las condiciones socioeconómicas de la sociedad colombiana y permitió la descripción y análisis de la estructura social; indaga sobre la calidad de los servicios de salud. En estos trabajos se pregunta a los usuarios sobre lo que percibe acerca de la calidad y oportunidad en la prestación del servicio.

Por su parte la Superintendencia de salud aplica una metodología de evaluación que busca mejores resultados en las intervenciones médicas y generar cultura de calidad dentro de los actores del sistema de salud. De igual forma incorpora medidas de análisis de calidad de la prestación de los servicios en los aspectos de estructura, proceso y resultado. El desarrollo de este proceso se estructura en el trámite de quejas, sanciones y multas. pero en términos de mejoramiento real de la calidad y satisfacción de los usuarios, es poco efectivo<sup>23</sup>

En el 2005 la Defensoría del Pueblo tras identificar una serie de quejas en el sistema, diseña una encuesta que se aplico a un número representativo de usuarios de todas las aseguradoras de salud que operan en el país. La encuesta arroja una calificación global sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud de 67.69%, valor que registra apenas el mínimo de aceptabilidad, no obstante el tiempo de operación del actual modelo de atención<sup>24</sup>.

La investigación titulada “Percepción de Usuarios, profesionales y estudiantes de salud sobre prestación de servicios de salud de Tercer nivel de atención”.<sup>25</sup>, basada en un estudio empírico analítico de tipo descriptivo presenta la percepción

---

<sup>21</sup> COLOMBIA. DANE. Ficha metodológica. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997.

<sup>22</sup> COLOMBIA. DANE. Ficha metodológica. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2003.

<sup>23</sup> LOSADA, Otálora Mauricio. RODRÍGUEZ, Orejuela Augusto. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. (Julio-Diciembre, 2007). Bogotá D.C, 2007. p. 22.

<sup>24</sup> Ibid., p. 22.

<sup>25</sup> REALPE, Delgado Cecilia. MARÍN, Blandón María Adiela. PICO, Merchán María Eugenia. Percepción de Usuarios, profesionales y estudiantes de salud sobre prestación de servicios de salud de Tercer nivel de atención: Manizales. 2004. P. 11.

que tenían los usuarios, el personal asistencial, docentes y estudiantes de los programas de medicina y enfermería de La Universidad de Caldas acerca de la calidad de la prestación de servicios de salud en el tercer nivel de Manizales: en el Hospital Santa Sofía y Clínica Villapilar, después de la suspensión de prestación de servicios por parte del Hospital de Caldas, entre octubre y diciembre de 2004. La investigación también describe la percepción de profesores, estudiantes y personal asistencial de las mismas instituciones, sobre el desarrollo de la relación docente-asistencial para la formación del recurso humano en salud.

La percepción de los diferentes actores se determinó mediante la aplicación de encuestas estructuradas y específicas para cada grupo participante. Se encontró que hay satisfacción por parte de los usuarios en cuanto a la calidad en la prestación de servicios a pesar de las deficiencias para el acceso a consulta especializada, suministro de medicamentos y medios diagnósticos, entre otros.

Respecto al desarrollo de las actividades docente - asistenciales, su cumplimiento varía entre un 50% y 94%, correspondiendo el porcentaje más alto, al personal asistencial. Al comparar la percepción de los usuarios, personal asistencial de la Clínica Villapilar y del Hospital Santa Sofía, de docentes y estudiantes de la FCS de la Universidad de Caldas, respecto a la oportunidad y disponibilidad de recursos para la prestación de los servicios en tercer nivel, con los resultados del estudio comparativo de la prestación de servicios de salud en el tercer nivel de atención en salud en Manizales antes y después de la suspensión de servicios por parte del Hospital de Caldas, se concluyó que la percepción y los indicadores de calidad guardan relación entre sí; esto corrobora lo expresado sobre las deficiencias que se detectaron en la prestación de servicios especialmente para la población pobre no asegurada. Se encontró que en el desarrollo de la relación docencia-servicio entre los programas de salud de la Universidad de Caldas, la Clínica Villapilar y el Hospital Santa Sofía, se presentaron algunas dificultades, que según la opinión de docentes, estudiantes y personal asistencial, influyeron en el logro de los objetivos y las experiencias de aprendizaje.

El estudio sobre “Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería de la ESE Francisco de Paula Santander Cúcuta- Santander”<sup>26</sup> realizado por Luz Marina Bautista de la Universidad de la Sabana- Chía, Colombia, presenta como objetivo es describir la forma como algunos usuarios de la Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander, en Cúcuta, que estuvieron hospitalizados en el servicio de especialidades médicas, percibieron la calidad del cuidado del personal

---

<sup>26</sup> BAUTISTA, Rodríguez Luz Marina. Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería de la ESE Francisco de Paula Santander. Dialnet (Abril, 2008), vol. 8, no. 1. p. 74-84.

de enfermería. Se entrevistaron 202 usuarios, los cuales percibieron como comportamientos importantes los relacionados con habilidades del personal: administrar al paciente los tratamientos y medicinas oportunamente, saber aplicar inyecciones, manipular equipos. Los aspectos menos importantes para los usuarios son: preguntarle al paciente como lo llamen, sentar con este, ser jovial, y encontrar la oportunidad para hablarle sobre los cambios de su estado de salud. Se concluyó que conocer la percepción de los usuarios permite evaluar la calidad de los cuidados ofrecidos en los servicios de salud, para ser más competitivos y satisfacer las necesidades y expectativas de cuidado de pacientes hospitalizados en el servicio de Clínicas médicas.

“Diseño de una prueba para determinar La Calidad de los Servicios desde la percepción de los usuarios del Hospital San Juan de Dios de Pamplona en Norte de Santander”<sup>27</sup> elaborado por Belky Mireya Trujillo Parra. Esta investigación desarrolló y evaluó una escala de medida de la calidad del servicio del Hospital San Juan de Dios, la cual consiste en un cuestionario de 34 atributos, basados en la percepción de los usuarios se analizaron las propiedades psicométricas de la escala, obteniéndose resultados satisfactorios tanto en lo que se refiere a la fiabilidad como a la validez; requirió la caracterización de los diferentes servicios. Evalúa los factores de funcionalidad y habilidad del personal médico y de apoyo (confianza y seguridad percibida por el persona, trato recibido, disponibilidad para orientarle, capacidad de comunicación entre personal médico, de apoyo y usuarios, aspectos relativos al nivel de conocimiento teórico, práctico y actualizado del personal médico así como su capacidad y claridad para transmitirlo); instalaciones y competencia técnica (hace referencia a los elementos del servicio, instalaciones, actualidad de los equipamientos y la comodidad de las instalaciones); administración (considera la accesibilidad al servicio, tiempo de espera en solicitud de citas médicas, atención de quejas al usuario, en general el cumplimiento de los servicios ofrecidos por La ESE. Para la convalidación se realizó un estudio piloto con 20 personas usuarios de La ESE, seleccionada al azar de las diferentes dependencias).

“Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia”<sup>28</sup> realizado por Cabrera, Bello y Londoño, tuvo como objetivo establecer una línea base de la calidad percibida por

---

<sup>27</sup> TRUJILLO, Parra Belky Mireya. Diseño una prueba para determinar la Calidad de los Servicios desde la percepción de los usuarios del Hospital San Juan de Dios, Pamplona. Tesis de Grado Psicología. Pamplona: Universidad Pamplona. Facultad de Salud. Departamento de Psicología y Filosofía, 2006. 109 p.

<sup>28</sup> CABRERA, Arana Gustavo A. BELLO, Parías León D. Y LONDOÑO, Pimienta Jaime L. Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. Universidad de Antioquia (2, Noviembre, 2007). Enviado para Modificación (13, Julio, 2008). Aceptado (28, Agosto, 2008). Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. P. 12.

usuarios de hospitales objeto de intervención del Programa de reestructuración, rediseño y modernización de redes prestadoras de servicios de salud de Colombia.

Se utilizó un instrumento validado para medir Percepción de Calidad Según Usuarios de Servicios de Salud, el PECASUSS, en agosto de 2006 se entrevistaron cara a cara 4021 usuarios de una muestra de los hospitales del Programa. Los entrevistados, con media de 38 años, 70 % mujeres, 60 % con afiliación al régimen subsidiado, 55 % de estrato uno y 53 % atendidos en consulta general, valoraron mayoritariamente como bueno o muy bueno el nivel de dieciséis aspectos perceptibles de la calidad de los servicios. En una escala de 0,0 (pésimo) a 5,0 (excelente), calificaron la calidad con una media de 3,98 (DE: 0,8)<sup>29</sup>.

Se concluyó que la calidad percibida por usuarios de los hospitales del Programa fue buena en general. El trato humanizado recibido de los funcionarios asistenciales fue la sub-dimensión de la calidad de la atención mejor valorada por los informantes<sup>30</sup>

“Estudio Sobre Percepción De La Calidad En Usuarios De IPS”<sup>31</sup>. La República de Colombia y el Banco Interamericano de Desarrollo-BID suscribieron un contrato de cooperación para ejecutar el Programa para la reorganización, rediseño y modernización de las redes de prestación de servicios de salud en el país. Direccionado por el Ministerio de la Protección Social, el Programa tiene como objetivo apoyar la transformación de hospitales públicos mediante procesos de mejoramiento de su eficiencia y calidad, que permitan la viabilidad técnica y financiera de las redes públicas de prestadores, así como la extensión de la cobertura del aseguramiento a la población. en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS.

El componente de seguimiento y evaluación del Programa tiene como propósitos: desarrollar la capacidad para generar y analizar información que permita monitorear y evaluar, tanto la implementación de la Política Nacional de Prestación de Servicios, como la ejecución y el impacto del Programa y que permita con base en la retroalimentación, implementar acciones de ajuste, de tal modo que se garantice el logro de los propósitos de la Política y del Programa. Para evaluar el impacto del Programa, un equipo consultor de la Facultad Nacional de Salud Pública «Héctor Abad Gómez» de la Universidad de Antioquia diseñó una

---

<sup>29</sup> CABRERA. Op. Cit., p.12.

<sup>30</sup> Ibid., p.12.

<sup>31</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Estudio Sobre Percepción de la Calidad en Usuarios de IPS. (18, agosto, 2010).

metodología para levantar una línea de base de la calidad percibida por los usuarios. En agosto de 2006 la implementó y con los aprendizajes de esta primera medición deja planteados los referentes metodológicos para que se efectúen dos evaluaciones, de medio término en 2008 y la final en 2010. Con los resultados de estas mediciones se establecerá la dirección y magnitud de los cambios ocurridos en la percepción de la calidad de servicios según los usuarios de las IPS públicas intervenidas por el Programa, respecto de la percepción de calidad según usuarios de IPS públicas elegibles no intervenidas. Estos cambios serán el referente para las afirmaciones admisibles, conclusiones razonables, del impacto del Programa en esta dimensión de la calidad de los servicios prestados a la población.

La metodología tuvo como referentes de diseño, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, los desarrollos normativos y técnicos del SGSSS, el Programa mismo y un modelo para la evaluación del desempeño e impacto de programas de salud pública, según la inferencia requerida por tomadores de decisión. En un marco de 301 instituciones elegibles, se seleccionaron en forma sistemática 48 IPS, 3 del III nivel, 11 del II nivel y las 34 restantes del I nivel de atención, representativas de las instituciones intervenidas y no intervenidas. En estas IPS se abordó a los usuarios de servicios electivos o de urgencia para que, voluntariamente y luego de ser informados sobre los propósitos de la medición, respondieran una breve entrevista cara a cara, siguiendo el encuestador un instrumento específicamente validado para medir «Percepción de calidad según usuarios de servicios de salud».

En agosto de 2006, una docena de encuestadores se desplazó a las instituciones y, de acuerdo con criterios de representatividad global de los prestadores y particular de los servicios electivos y de urgencia así como del tipo de afiliación de los usuarios al SGSSS, entrevistaron a 4.021 personas. El grupo final arrojaba una media de 38 años de edad (DE:15), en su mayoría estaba constituido por mujeres (70%), consultantes en medicina general (53%), estaba afiliado mayoritariamente al Régimen Subsidiado (60%), reportaba estudios primarios, incompletos (22%) o completos (50%), principalmente estaba dedicado al hogar (35%) o se encontraba en situación de desempleo (26%) y pertenecía a los estratos sociales más bajos, I (55%) o II (37%).

El conjunto de usuarios encuestados valoró mayoritariamente como bueno el nivel de las dieciséis subdimensiones de la calidad percibida indagadas; en una escala de cero a cinco, calificaron con 3,98 (DE:0,84) la calidad de los servicios recibidos, aunque uno de cada tres hubiese percibido la espera para ser atendido como larga y reportara una espera que varió de 0 hasta 360 minutos con mediana y promedio de 55,3 minutos (DE: 65).

Dicho investigación realiza estudio de casos y controles en el que se diferencian los cambios observados en las IPS por el impacto de la gestión del programa y de otros eventos no relacionados pero intervinientes.

Adicionalmente, realiza pruebas no paramétricas para determinar diferencias según el tipo de institución y presenta un análisis factorial exploratorio para identificar dimensiones subyacentes en las respuestas obtenidas de los usuarios de las IPS públicas

La comparación de las percepciones de los usuarios de las IPS intervenidas frente a la de los usuarios de las IPS aún sin intervención reveló aspectos interesantes. Sin ser francamente significativas y por tanto concluyentes, las pruebas estadísticas mostraron en general que los usuarios de las instituciones intervenidas valoraban de mejor manera los aspectos de calidad evaluados, en relación con los usuarios de las instituciones no intervenidas. El tiempo de espera y el costo de los servicios arrojaron los resultados menos satisfactorios en todos los usuarios, mientras que lo señalado como más positivo fue la calidad del servicio y el trato del personal.

### **3.3 ANTECEDENTES LOCALES**

Son pocos los estudios a nivel local, tan solo a nivel Departamental se encontró el estudio “Impacto de la universalización del régimen subsidiado en el departamento del Huila (2005-2009)”<sup>32</sup>. Elaborado por Reyes, Rivera y Rodríguez, tuvo como objetivo evaluar y analizar los procesos que se dieron en cuanto a cobertura, accesibilidad, eficiencia, eficacia y calidad en la prestación de los servicios de salud que actualmente reciben los afiliados a dicho régimen, a partir de la universalización, desde finales del año 2005.

En el desarrollo de la investigación se contó con la participación de las IPS, de las instituciones de vigilancia y control, de las EPS, de los beneficiarios de los servicios de salud subsidiado y contributivo, y de los encargados de la financiación en los entes territoriales Departamental y Municipales en el departamento del Huila, para obtener una visión amplia y completa de lo que implicó la ampliación a la cobertura universal del Régimen subsidiado en el departamento; esta

---

<sup>32</sup> REYES, Pedro. RIVERA, Diego. y RODRIGUEZ, Lina. Impacto de la universalización del régimen subsidiado en el departamento del Huila (2005-2007). Universidad Surcolombiana. Ciencia y Tecnología de la Salud. Grupo de Investigación Desarrollo Social, Salud Pública Y Derechos Humanos. Neiva. Agosto. 2007.

participación se logró a través de entrevistas semi estructuradas, encuesta de satisfacción y percepción de calidad, y de grupos focales con temáticas específicas como la calidad en la prestación de los servicios de salud, la financiación del régimen subsidiado, y los cambios de mortalidad y morbilidad como componente epidemiológico de la salud pública en el departamento del Huila.

Como resultados de esta investigación se logra establecer que durante los 5 años del proceso de cobertura universal se ha beneficiado al 99% de la población pobre y vulnerable del departamento del Huila en cuanto a la carnetización para optar por una oportunidad en la atención en salud, sin embargo, no se han presentado cambios significativos en la disminución de los índices de morbi- mortalidad, porque no se han focalizado esfuerzos en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y se ha enfatizado en la atención asistencial de la población. En el periodo evaluado predominaron las muertes perinatales, y por enfermedades crónicas no transmisibles, además del aumento de muertes por trauma y violencia, lo que mantiene estable el actual perfil epidemiológico el departamento

Es necesario continuar con la cobertura universal y propender a alianzas estratégicas entre nación, departamento, municipio, EPS-S y población beneficiaria para lograr la disminución en los índices de morbi-mortalidad, además de crear un estado esencial de atención primaria con énfasis en la Promoción de la salud.

## 4. JUSTIFICACIÓN

Los planes de desarrollo y la inversión en salud son esfuerzos conjuntos del Estado y de los Departamentos para afrontar problemáticas sociales y mejorar la calidad de vida de los habitantes, pero estos altos costos de inversión deben responder a las políticas y competencias establecidas por la normatividad vigente direccionadas por el Ministerio de La Protección Social y las Secretarías de Salud Departamentales que exigen servicios de Salud con altos contenidos de calidad y calidez humana; consagrados en el Decreto 1011 de 2006, resoluciones reglamentarias 1043,1445, 1446 de 2006, estableciendo el sistema obligatorio de garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

No obstante, los altos costos de inversión no garantizan la calidad de la atención en salud. Las constantes denuncias y la generalización de insatisfacción en la prestación del servicio, las malas inversiones y desfalcos en los recursos destinados para la salud deterioran la confianza del usuario frente al sistema. "Las organizaciones que componen el sistema de salud, están sujetas a veedurías y tres tipos de control: El control político, que se establece a través de las corporaciones públicas, como el Congreso de la República, las Asambleas Departamentales y los Concejos Municipales. El control externo corresponde a las instituciones de fiscalización del Estado, como la Contraloría, la Procuraduría, las Superintendencias, entre otras. Finalmente, el control social proviene de los ciudadanos".<sup>33</sup>

En la búsqueda de la corresponsabilidad entre inversión y calidad del servicio, las empresas de salud deben implementar un sistema de evaluación permanente para el mejoramiento continuo que permita conocer las necesidades de los usuarios y aplicar correctivos en la administración que conlleven a un replanteamiento en el quehacer de las empresas prestadoras de servicios de salud.

Los estudios sobre percepción en la calidad de los servicios de salud, aplicados a los usuarios son una herramienta eficaz para identificar los comportamientos, conocimientos, actitudes y prácticas de la población con respecto a los diferentes servicios que ofrecen las instituciones de salud tanto del régimen subsidiado como contributivo. Los resultados de estos estudios arrojan elementos importantes para la toma de decisiones en materia de políticas administrativas y gerenciales que

---

<sup>33</sup> LLERAS, Ernesto M. Propuesta para el desarrollo de un sistema de control social en La Contraloría General de La República, en cGr. La construcción de un nuevo discurso del control. Bogotá. 1998.

permita la creación de modelos asistenciales encaminados a optimizar procesos de atención para la satisfacción del usuario y que conlleven a mejorar su calidad de vida.<sup>34</sup>

En un ambiente altamente competitivo de las instituciones prestadoras de los servicios de salud, los gerentes de los servicios, deben encontrar formas para hacer que sus servicios se destaquen de los demás. Medir la percepción de la calidad de la atención de los usuarios de los servicios de salud, es de importancia para los gerentes debido a que la calidad del servicio promueve la satisfacción del usuario, estimula el deseo de mantenerse en la empresa a la que se encuentra afiliado y/o en la institución prestadora y utilizar adecuadamente los servicios o regresar. De esta manera aumenta las ganancias, la participación del mercado y el retorno de las inversiones.

---

<sup>34</sup> RAMÍREZ, Sánchez Teresita De J. LOPEZ, Gustavo Nigenda. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. (enero-febrero, 1998). Salud Pública México. vol. 40. no. 1. p. 10.

## 5. MARCO TEORICO

### 5.1 MARCO CONCEPTUAL

**5.1.1. Concepto de Percepción:** Desde el punto de vista de la psicología, la define como el proceso cognitivo de la conciencia que permite el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización<sup>35</sup>.

Uno de los aspectos que ha sido privilegiado en los estudios tanto psicológicos como filosóficos sobre percepción es el de la elaboración de *juicios*, que se plantea como una de las características básicas de la percepción. La formulación de juicios ha sido tratada dentro del ámbito de los procesos intelectuales conscientes, en un modelo lineal en donde el individuo es estimulado, tiene sensaciones y las intelectualiza formulando juicios u opiniones sobre ellas, circunscribiendo a la percepción en el ámbito de la mente consciente. La percepción no es un proceso lineal de estímulo y respuesta sobre un sujeto pasivo, sino que, por el contrario, están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social.<sup>36</sup>

La percepción posee un nivel de existencia consciente, pero también otro inconsciente; es consciente cuando el individuo se da cuenta de que percibe ciertos acontecimientos, cuando repara en el reconocimiento de tales eventos. Por otro lado, en el plano inconsciente se llevan a cabo los procesos de selección (inclusión y exclusión) y organización de las sensaciones. Sobre la base biológica de la capacidad sensorial, la selección y elaboración de la información del ambiente se inicia en la discriminación de los estímulos que se reciben, en tal discriminación subyace la mediación de mecanismos inconscientes. Esta mediación impulsa a evaluar lo que en determinado momento interesa de entre todas las posibles manifestaciones sensibles del ambiente; de lo potencialmente

---

<sup>35</sup> VARGAS, Melgarejo Luz María. Sobre el Concepto de Percepción. *Alteridades* (1994). 4 (8): p. 47-53. Disponible en internet: <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>

<sup>36</sup> *Ibíd.*, p. 47-53

percibido se lleva a cabo una selección de lo que es importante dentro de las circunstancias biológicas, históricas y culturales.<sup>37</sup>

La manera de clasificar lo percibido es moldeada por circunstancias sociales. La cultura de pertenencia, el grupo en el que se está inserto en la sociedad, la clase social a la que se pertenece, influyen sobre las formas como es concebida la realidad, las cuales son aprendidas y reproducidas por los sujetos sociales. Por consiguiente, la percepción pone de manifiesto el orden y la significación que la sociedad asigna al ambiente<sup>38</sup>.

Desde un punto de vista antropológico, la percepción es entendida como la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tienen como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos. A través de la vivencia la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos construidos y reconstruidos por el grupo social, lo cual permite generar evidencias sobre la realidad<sup>39</sup>

Las distintas sociedades crean sus propias evidencias y clasificaciones que ponen de manifiesto la manera como la percepción organiza, es decir, lo que selecciona, lo que codifica, la interpretación que le asigna, los valores que le atribuye, las categorías nominativas, etcétera, marcando los límites de las posibles variaciones de los cambios físicos del ambiente. Los miembros de la sociedad aprenden de forma implícita esos referentes y los transmiten a las siguientes generaciones, reproduciendo el orden cultural<sup>40</sup>

**5.1.2. Concepto de Calidad:** Calidad tiene muchas definiciones, pero la básica es aquella que dice que aquel producto o servicio que nosotros adquiramos satisfaga nuestras expectativas sobradamente. Es decir, que aquel servicio o producto funcione tal y como nosotros queramos y para realizar aquella tarea o servicio que nos tiene que realizar. Con todo y a pesar de esta definición el término "Calidad" siempre será entendido de diferente manera por cada uno de nosotros, ya que

---

<sup>37</sup> VARGAS. Op. Cit., p. 47-53

<sup>38</sup> Ibid., p. 47-53

<sup>39</sup> Ibid., p. 47-53

<sup>40</sup> Ibid., p. 47-53

para unos la Calidad residirá en un producto y en otros en su servicio posventa de este producto, por poner un ejemplo.<sup>41</sup>

La calidad representa las propiedades de un producto para saber en qué grado es un producto de calidad, cuando se dice que tiene calidad lo debemos entender como un juicio positivo para que sea equivalente con los términos de excelencia o perfección.<sup>42</sup>

La norma ISO 8402 define la calidad como el conjunto de características de una entidad, que le confieren la aptitud para satisfacer las necesidades establecidas y las implícitas<sup>43</sup>.

La calidad es ante todo la satisfacción del cliente. La satisfacción está ligada a las expectativas que el cliente tiene sobre el producto o servicio, expectativas generadas de acuerdo con las necesidades, los antecedentes, el precio, la publicidad, la tecnología etcétera.<sup>44</sup>

En cuanto al concepto de Calidad, que según su definición “Consiste en satisfacer o superar las expectativas de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, Tabla o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un Indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no”<sup>45</sup>.

De igual forma que la percepción, esta definición nos confirma que no todas las personas tienen iguales exigencias sobre la calidad.

**5.1.3 Calidad del Servicio:** Un cambio de la visión de la calidad del servicio nace a partir del modelo de Grönroos, quien manifiesta que los servicios requieren una activa interacción entre el comprador y el proveedor. Esta relación origina el

---

<sup>41</sup> ALTOZANO, Esteban. QUE ES LA CALIDAD.

<sup>42</sup> SÁENZ, Jiménez Lenín. Administración de Servicios de Salud. Editorial: EUNED. Edición: 1ª reimpresión de la 2ª edición (2003-2004). p. 356.

<sup>43</sup> ALTOZANO. Op cit.

<sup>44</sup> GUTIÉRREZ, Pulido Humberto. Calidad Total Y Productividad. editorial: Mc Graw Hill. formato: rustica, edición: 01. (2010). isbn: 9786071503152b.

<sup>45</sup> OTERO, M. Jaime. Calidad en Salud. Perú. p. 3.

concepto de calidad del servicio percibida, que implica el juicio subjetivo del cliente sobre el servicio que recibe. De acuerdo a lo anterior la percepción nos permite formular el concepto de calidad del servicio desde la óptica del cliente.<sup>46</sup>

Dentro de la normatividad encontramos en la Ley 100 de 1993, la calidad en la atención exige a los proveedores de servicios de salud establecer mecanismos para medirla, que respondan de forma efectiva a las metas en salud y al desafío de la competitividad.<sup>47</sup>

Es por ello que la calidad del servicio se ha convertido en un área de especial interés para las organizaciones, debido a su impacto en el desempeño de los negocios, la reducción de los costos, la lealtad del cliente y la rentabilidad. Las Organizaciones de servicios de salud en Colombia no han sido ajenas a esta tendencia, ya que para ser competitivas, obtener beneficios y permanecer en el mercado, obliga a los proveedores locales a competir por calidad, precio y satisfacción del consumidor.<sup>48</sup>

En Colombia estos desafíos se deben atender considerando los aspectos técnicos y funcionales propios de los servicios de salud<sup>49</sup>, máxime luego de que las privatizaciones derivadas de las reformas al Sistema General de Salud han conducido a la creación de sistemas de salud excluyentes, en los cuales el precio pagado determina el acceso a los servicios para los usuarios y la continuidad de las organizaciones en el mercado<sup>50</sup>.

**5.1.4. Servicios de Salud:** Los servicios de salud son los prestados por médicos, odontólogos, enfermeras y el resto del personal de salud de hospitales, consultorios y clínicas, con el propósito de conservar o restablecer la salud. Estos se dividen en dos categorías: los preventivos, destinados a mantener la salud del

---

<sup>46</sup> LOSADA OTÁLORA Mauricio, RODRÍGUEZ ORJUELA Augusto. Calidad del Servicio de Salud: Una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Universidad del Valle (18, octubre, 2007). Cuadernos Administración. Bogotá. 20 (34): 237-258. (julio-diciembre, 2007). Disponible en: [http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10\\_34\\_calidad\\_servicio\\_salud.pdf](http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10_34_calidad_servicio_salud.pdf)

<sup>47</sup> ROLDAN, Piedad. VARGAS, Clara Ruth. GIRALDO, Clara Patricia. VALENCIA, Gloria Esperanza. GARCÍA, Claudia Liliانا. SALAMANCA, Luisa Matilde. Evaluación de la calidad en la atención en salud: un estudio de caso. Colombia Medica: Universidad del Valle (2001), Cali, Colombia. Vol. 32. no. 001. 9. p. 14-18.

<sup>48</sup> GUZMÁN, Urrea María del Pilar. Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana (Julio, 2005). Bogotá. vol. 4, núm. 8, p. 65-78.

<sup>49</sup> ROLDAN, VARGAS, GIRALDO, VALENCIA, GARCÍA, SALAMANCA Op. cit., p. 14-18.

<sup>50</sup> LOSADA, RODRÍGUEZ, Op cit., p. 237-258.

individuo, y los curativos y de rehabilitación, cuya finalidad es devolver la salud a los enfermos e incapacitados<sup>51</sup>.

En Colombia, el Decreto 1011 de 2006 define:<sup>52</sup> La atención en salud como los servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población. Igualmente, cataloga como prestadores de servicios de salud a las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), a los profesionales independientes de salud, a los servicios de transporte especial de pacientes y a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura”

La conceptualización y la medición de la calidad del servicio en salud se ha abordado desde, por lo menos, dos enfoques: el primero nace con los trabajos de Donabedian (1980 y 1988),<sup>53</sup> quien define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos. Esta definición tiene una perspectiva técnica, y en ella los objetivos deseables se refieren a un apropiado estado de salud, y relega a un plano inferior la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que se les presta.

Bajo estos preceptos, el concepto de percepción de la calidad en salud, conlleva a adentrarse en una línea de investigación de la cual, en nuestra región Surcolombiana hay solo un estudio, por tanto los resultados de la investigación sobre Comparación de la Percepción de la calidad en los usuarios afiliados a los regímenes subsidiado y contributivo en el municipio de Neiva aportará conocimiento valioso sobre el tema.

Es decir que la percepción de la calidad en salud constituye un proceso en el cual los usuarios interactúan como agentes activos implicando diversos procesos cognitivos. Para determinar la percepción de la calidad en salud es necesario definir con anterioridad algunos atributos o parámetros, para garantizar la objetividad de la gestión evaluativa, se puede tener en cuenta la satisfacción del

---

<sup>51</sup> M. Kerr and D. J. Trantow. (May. 1969). Defining, measuring and assessing the quality of health services. Public Health Reports, 84 (5), 415- 424.

<sup>52</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto Número 1011 (3, abril, 2006). por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de La Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C, El Ministerio, 2006. 17 p.

<sup>53</sup> *Ibíd.*, p.45

cliente, aspectos o contenidos técnico-clínicos, racionalidad de los costos, satisfacción del proveedor.

“Es fácil encontrar formulaciones teóricas del modelo de atención a la salud, en las que se aboga por una expansión tanto de la definición de calidad, como de los objetos de evaluación y mejora. Así, se pasa de la preocupación por la calidad del cuidado técnico, a la inclusión de las relaciones interpersonales; de la preocupación por la efectividad, a la inclusión de la eficiencia primero y después de la optimización de los recursos; y de la preocupación por el bienestar individual, al bienestar de la colectividad”<sup>54</sup>.

La percepción de la calidad en salud tiene diferentes maneras de evaluarse teniendo en cuenta que el concepto de calidad en salud está en constante evolución. Estas formulaciones conceptuales plantean la necesidad de tomar un punto de vista más amplio en la valoración de la calidad.

En Colombia, debido a las condiciones económicas y en salud de la población, con la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud a partir de la ley 100 de 1993 y las posteriores normas que la modifican, se cambió y reorganizó la prestación de los servicios de salud, se integro la Salud Pública, el Sistema de Seguridad Social y la provisión de servicios privados. Es un sistema universal de aseguramiento que promueve la eficacia y la calidad en la provisión de los servicios a través de la competencia.<sup>55</sup>

El proceso de implantación del nuevo sistema de salud constituye el comienzo de una verdadera revolución en el concepto del papel del Estado en la sociedad, en la distribución de responsabilidades en el manejo de las políticas sociales y específicamente en la aplicación en Colombia de un nuevo modelo de prestación de servicios de salud sin antecedentes en el país. La aplicación del modelo se basa en supuestos originados en consideraciones de orden teórico y experiencias de otros países. Estos supuestos se relacionan con la posibilidad de alcanzar, en un plazo determinado, las metas de cobertura universal, acceso a los servicios

---

<sup>54</sup> GÓMEZ, Arango Silvio. VÉLEZ, Alba Lucia. Programa Nacional de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud. Avances en capacitación. Colombia Medica: Universidad del Valle (1998). Cali, Colombia. Vol. 29. no. 003. p. 42. Disponible en internet: <http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion/Monografico%20Avedis%202parte.pdf>

<sup>55</sup> COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Ley 10 (10 Enero de 1990). Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. República de Colombia. Bogotá: El Ministerio, 1990. Disponible en internet: [http://www.cntv.org.co/cntv\\_bop/basedoc/ley/1990/ley\\_0010\\_1990\\_pr001.html](http://www.cntv.org.co/cntv_bop/basedoc/ley/1990/ley_0010_1990_pr001.html)

básicos, eficiencia del sistema y un nivel de calidad conforme a estándares preestablecidos. La experiencia colombiana se constituye en punto de referencia en los procesos de reforma de América Latina<sup>56</sup>.

**5.1.5. Sistema Nacional de Salud en Colombia:** En Colombia se han impartido normas en aras de garantizar el derecho a la salud y por ende a la vida, para facilitar el desarrollo potencial del país. Históricamente, existen tres periodos en los cuales se pueden apreciar los cambios más importantes que ha presentado la prestación del servicio de salud en Colombia<sup>57</sup>.

El primero se inicia con la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de 1950 y en donde prevaleció lo que se puede denominar como el “modelo higienista” (Minsalud y DNP, 1990). Bajo este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud tenía que ser financiada por los propios usuarios o por algunas instituciones religiosas de caridad. Hacia 1945 se crea la Caja Nacional de Previsión que atendía la salud de los empleados públicos y, para 1946, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales que atendía a los empleados de sector privado formal (PNUD, 1998).<sup>58</sup>

El segundo periodo, que va desde 1970 hasta 1989, se caracteriza por la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de subsidios a la oferta, en el entendido que los recursos del gobierno central para la salud eran transferidos a la red de instituciones públicas hospitalarias. En este periodo, el servicio de salud se convierte en parte integral de la planeación socioeconómica del país. También se crea un esquema tripartito (estado - empleadores - empleados) de financiación para la prestación de los servicios de salud a la población trabajadora formal (PNUD, 1998); sin embargo, tal Sistema seguía sin proporcionar una atención integral en salud a la población de escasos recursos.

---

<sup>56</sup> GOMEZ ARANGO, Silvio y VELEZ ARANGO Lucia. Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en salud (SOGCS). Programa de Colciencias Universidad de Caldas Manizales.. Disponible en internet: <http://simef.univalle.edu.co/colombiamed/Vol29no2-3/programa.html>

<sup>57</sup> LA SALUD EN COLOMBIA. Informe especial: análisis socio histórico (primera parte). Documento que hace parte del Estudio Sectorial realizado entre 1988 y 1989, como parte del Proyecto de Consolidación del Sistema Nacional de Salud, y publicado por el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación en Bogotá.1990.

<sup>58</sup> Ibid.

El tercer periodo arranca desde 1990, con la expedición de la Ley 10 en acuerdo con el artículo 36 de la Constitución Política del 86 que elevó el servicio de salud al rango de servicio público, hasta la actualidad.

Algunos autores como interpretan el cambio constitucional como una transición de un Estado de bienestar o benefactor a un Estado social o post-benefactor, menos paternalista pero más preocupado por garantizar derechos civiles, sociales y políticos. Bajo este marco, la Constitución de 1991 eleva a la Seguridad Social como “un servicio público de carácter obligatorio (Art.48), dentro de la cual “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado (Art.49).

**5.1.6 Sistema General de Seguridad Social Integral:** El Sistema de Seguridad social Integral vigente en Colombia, fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una calidad de vida que este acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

Con El Sistema de Seguridad Social Integral pretende alcanzar las siguientes metas:

1. Garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.
2. Garantizar la prestación de los servicios sociales complementarios en los términos de la presente ley.
3. Garantizar la ampliación de cobertura hasta lograr que toda la población acceda al sistema, mediante mecanismos que en desarrollo del principio constitucional de solidaridad, permitan que sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.

El Sistema de Seguridad Social Integral está instituido para unificar la normatividad y la planeación de la seguridad social, así como para coordinar a las entidades prestatarias de las mismas, para obtener las finalidades propuestas en la presente ley.

La Ley 100 de 1993 promueve la participación de los agentes privados en el aseguramiento y la provisión de servicios de salud bajo un esquema de solidaridad

en la financiación del aseguramiento para los más pobres. Es así, que la Ley 100 determinó que el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano quedara dividido en dos regímenes. El primero, conocido como el régimen contributivo, asegura a los trabajadores formales, los trabajadores independientes con capacidad de pago, los pensionados y las familias de estos grupos; la financiación de la atención en salud para este régimen se realiza por medio contribuciones obligatorias efectuadas por los empleadores y los empleados o pensionados. El segundo régimen, denominado régimen subsidiado, vincula a la población pobre y vulnerable que ha sido previamente identificada por el Estado y se financia con recursos de ingresos corrientes de la nación que se transfieren a los entes territoriales (Sistema General de Participaciones), el 1% de los aportes recaudados en el régimen contributivo y otras fuentes de ley.

#### **5.1.6.1. Entidades del Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia:**

- Entidades Promotoras de Salud E.P.S.
- Instituciones Prestadoras de servicios de Salud I.P.S
- Fondos de Cesantías
- Sociedades Administradoras de Fondos de Pensiones<sup>59</sup>

En la organización del SGSSS, la Ley 1122 del 2007 crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES) como unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial, adscrita al Ministerio de la Protección Social y le da al Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS) funciones de asesor y consultor.

**1. Régimen Subsidiado:** Creado para beneficiar a las personas que no tienen capacidad de pago; consiste en subsidiarles la prestación de los servicios en salud. El 70% de la población colombiana hace parte de este régimen.

Este servicio es prestado por las EPS-s (Empresas Promotoras de Salud de Régimen Subsidiado), cuya administración está a cargo del Estado a través de los tributos recogidos. Este modelo funciona a través de las transferencias de la Nación a los municipios, donde el 60% de estos recursos debe dedicarse a los problemas de salud de la población más vulnerable.

---

<sup>59</sup> OROZCO, Op cit.

**2. Régimen Contributivo:** Este sistema funciona con los aportes de los trabajadores y empleadores. La contribución es del 12% del sueldo del trabajador, de los cuales el 11% son para el financiamiento y el 1% se transfiere al régimen subsidiado. Del total del 12%, el 4% lo paga el trabajador y el restante 8% lo paga el empleador. Las personas independientes cancelan el 12% y los pensionados el 12.5%. El régimen contributivo es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

Están exceptuados de este régimen, los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas, el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, (creado por la Ley 91 de 1989) y los servidores públicos y pensionados de la Empresa Colombiana de Petróleos.

**a. Entidades Promotoras de Salud, EPS:** Las Entidades Promotoras de Salud, EPS, son las encargadas de realizar el aseguramiento de la población afiliada al régimen contributivo. En este sentido, las EPS deben realizar la afiliación de los cotizantes y sus grupos familiares, asumiendo el deber de administrar su riesgo en salud y de prestar los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud – POS- directamente (a través de sus IPS) o indirectamente (mediante contratación con terceros). La vigilancia y control de las EPS es ejercida por la Superintendencia Nacional de Salud<sup>60</sup>.

**b. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, IPS:** Son funciones de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley.

Las Instituciones Prestadoras de Servicios deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia, y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además propenderán por la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios, y evitando el abuso de posición dominante en el sistema. Están prohibidos todos los acuerdos o convenios entre Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, entre asociaciones o sociedades científicas, y de profesionales o auxiliares del sector

---

<sup>60</sup> Funciones de Supersalud. Vigilancia y control en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=74>

salud, o al interior de cualquiera de los anteriores, que tengan por objeto o efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de servicios de salud, o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud.

**5.1.7. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad:** El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

Con la introducción del Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de Protección Social, se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistemáticos, que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

#### **5.1.7.1. Definiciones:**

**Atención de Salud.** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

**Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.** Es el mecanismo sistemático y continuo de evaluación y mejoramiento de la calidad observada respecto de la calidad esperada de la atención de salud que reciben los usuarios.

**Calidad de la Atención de Salud.** Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre

beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

**Condiciones de Capacidad Tecnológica y Científica.** Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.

**Empresas Administradoras de Planes de Beneficios. -EAPB-** Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.

**Prestadores de Servicios de Salud.** Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.

**Profesional Independiente.** Es toda persona natural egresada de un programa de educación superior de ciencias de la salud de conformidad con la Ley 30 de 1992 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud para lo cual podrá contar con personal de apoyo de los niveles de formación técnico y/o auxiliar.

**Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SOGCS-.** Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

**Unidad Sectorial de Normalización en Salud.** Es una instancia técnica para la investigación, definición, análisis y concertación de normas técnicas y estándares de calidad de la atención de salud, autorizada por el Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

**5.1.7.2. Características del SOGCS:** Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

1. **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

2. **Oportunidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios.

3. **Seguridad.** Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

4. **Pertinencia.** Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

5. **Continuidad.** Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico.

**5.1.7.3. Componentes del SOGCS:** El Sistema Obligatorio de Garantía De La Calidad De La Atención De Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue creado para mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país y establece, mediante el decreto 1011 de 1996,<sup>61</sup> cuatro (4) componentes así:

1. El Sistema Único de Habilitación.

2. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

---

<sup>61</sup> SUPERINTENDENCIA NACIONAL EN SALUD. Decreto 1011 (3 de Abril.). Por el Cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud del Sistema General e Seguridad Social en Salud. Bogota 2006. Disponible en internet: <http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/sistemaobligatorio.aspx>

3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

## **6. METODOLÓGIA**

### **6.1 ENFOQUE Y DISEÑO**

Esta investigación se ubica dentro de un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo de corte transversal, cuyo propósito es especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.<sup>62</sup> Además se mide, evalúa o recolectan datos sobre diversos aspectos (variables), dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. En un estudio descriptivo de corte transversal se selecciona una serie de variables en un momento determinado y se mide o recolecta la información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga<sup>63</sup>. La escogencia de este tipo de estudio se hizo con el interés de describir desde el punto de vista cuantitativa a través de la sistematización de datos, resultados y análisis estadístico el fenómeno de la percepción de la calidad de la atención en salud que tienen los usuarios afiliados al régimen subsidiado y al régimen contributivo, en relación con los servicios brindados por la red de prestadores de servicios de las diferentes Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Municipio de Neiva.

### **6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

La población estudio está conformada por los usuarios afiliados al régimen subsidiado y contributivo en el Municipio de Neiva, tomando como base los datos vigentes de la Secretaria Salud Departamental para el año 2011 de los usuarios de las EPS municipales.

Para el régimen contributivo, el total de usuarios es de 234.827 y para el régimen subsidiado es de 171.711, dándonos una población de 406.538 usuarios.

---

<sup>62</sup> DANHKE, L. Metodología de la Investigación., Editorial UEFA 1989. P 385-454.

<sup>63</sup> HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAUTISTA, Lucio. Metodología de la Investigación. 4 ed. México.: Mc Graw Hill. 2007. 850 p. ISBN-13: 978-970-10-5753-7

## 6.3 MUESTRA

### 6.3.1 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se llama muestra a una población a estudiar<sup>64</sup> para la cual se escogieron las cinco (5) EPS más representativas de la población del régimen subsidiado y del contributivo, definidas por la mayor cantidad de usuarios afiliados; así, el tamaño de la muestra para el régimen subsidiado es de 313 usuarios correspondientes a las EPS COMFAMILIAR DEL HUILA, CAPRECOM, CAFESALUD, SOLSALUD y COMPARTA y la muestra para el régimen contributivo es de 454 usuarios correspondientes a las EPS: SALUD TOTAL, SANITAS, SALUDCOOP, COOMEVA y NUEVA EPS. La muestra total para la presente investigación es de 767 usuarios la cual se tomo teniendo en cuenta la siguiente distribución.

Nivel de confianza:	95%
t:	1,96
Probabilidad positiva:	0,5
Probabilidad negativa:	1-p
Error Relativo:	6%
N=406.538	

Para el cálculo de tamaño de la muestra se usó la muestra propuesta por Kolimon para muestras infinitas.

$$n = \frac{p * q * t^2}{\varepsilon^2}$$

$$n = 767$$

**6.3.2 Tipo de muestreo:** En este estudio se utilizó un tipo de muestreo probabilístico en donde todos los usuarios de la muestra fueron elegidos al azar, de forma que cada miembro de la población tuvo igual oportunidad de salir en la muestra. Se Estratifico la población total en régimen subsidiado y régimen contributivo, se escogió aleatoriamente el número proporcional de usuarios para aplicar la encuesta de manera estratégica en las diferentes IPS que conforma la red prestadora de servicios de las EPS del municipio de Neiva hasta completar el tamaño previsto (Ver Tablas 1 , 2 y 3)

---

<sup>64</sup> MURRIA, R. Spiegel. monografías.com. Estadística (1991).

$$n = \frac{N_1}{N} * n + \frac{N_2}{N} * n + \frac{N_3}{N} * n + \frac{N_x}{N} * n$$

**Tabla 1.** Población y Discriminación de la Muestra Según Regímenes.

TOTAL REGIMENES	POBLACION TOTAL	TAMAÑO DE LA MUESTRA
EPS-CONTRIBUTIVO	234827	454
EPS-SUBSIDIADO	171711	313
Total	406538	767

Fuente: Secretaria de Salud Departamental, Base de datos de la Población Afiliada a las EPS del Municipio de Neiva año

**Tabla 2.** Relación de EPS del Régimen Contributivo del Municipio de Neiva seleccionadas para este estudio.

EPS ESCOGIDAS PARA ESTUDIO DEL REG. CONTRIBUTIVO	POBLACION	MUESTRA
SALUD TOTAL	16.487	39
SANITAS	11.344	27
SALUDCOOP	110.236	257
COOMEVA	20.592	50
NUEVA EPS	34.450	81
	193.109	454

Fuente: Secretaria de Salud Departamental, Base de datos de la Población Afiliada a las EPS del Municipio de Neiva año

**Tabla 3.** Distribución de EPS del Régimen del Municipio de Neiva Seleccionadas Para Este Estudio.

<b>EPS ESCOGIDAS PARA ESTUDIO DEL REG.</b>		
<b>SUBSIDIADO</b>	<b>POBLACION</b>	<b>MUESTRA</b>
COMFAMILIAR DEL HUILA	92.661	128
CAPRECOM	27.245	73
CAFESALUD	20.850	40
SOLSALUD	11.452	40
COMPARTA	14.941	32
	167.149	313

Fuente: Secretaria de Salud Departamental, Base de datos de la Población Afiliada a las EPS del Municipio de Neiva año

### 6.3.3. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN
<b>Accesibilidad</b>	Accesibilidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.	El personal de la institución le proporcionó toda la información necesaria para tener una adecuada atención?	Nominal
		¿Considera que lo atendieron fácilmente?	Nominal
		El personal de la institución lo atiende con amabilidad y respeto?	Nominal
		Usted tuvo que pagar por la consulta?	Nominal
		Usted tuvo que pagar por los medicamentos que le formularon	Nominal
		¿Se presentó algún problema en la atención?	Nominal
<b>Oportunidad</b>	Oportunidad. Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud.	Entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió	Ordinal
		El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue	Ordinal
		¿Está satisfecho con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron?	Nominal
<b>Seguridad</b>	Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.	¿Confía en el profesional de salud que lo atendió?	Nominal
		Calificación Atención por parte del profesional de salud	Ordinal
		¿La institución cuenta con instalaciones adecuadas al servicio que ofrecen?	Nominal
<b>Pertinencia</b>	Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.	¿El servicio al que asistió le ayudó a mejorar su salud?	Nominal
		¿Conoce usted sus deberes como usuario del servicio?	Nominal
		¿Conoce usted sus derechos como usuario del servicio?	Nominal

#### **6.4. INSTRUMENTO**

Se utilizó la encuesta estructurada sobre percepción de la calidad de la atención en los usuarios afiliados a los regímenes subsidiado y contributivo en el municipio de Neiva, la cual fue valorada por juicios de dos expertos y una prueba piloto. Cuenta con 27 preguntas, donde se formula preguntas puntuales a los usuarios afiliados cuyas opiniones y experiencias son una estrategia para conocer sus percepciones. El instrumento se aplicó personalmente, combinando tipos de preguntas de elección múltiple.

Este instrumento fue utilizado en el estudio de “Impacto de la universalización del régimen subsidiado en el departamento del Huila (2005-2009)”<sup>65</sup>, elaborado por Reyes, Rivera y Rodríguez. (Anexo 2)

#### **6.5. TRATAMIENTO DE LA INFORMACION**

Se creó una hoja de cálculo, para la tabulación de la información recolectada en las encuestas estructuradas para su posterior análisis estadístico. Para el análisis se utilizó estadísticos descriptivos como distribución de frecuencias y medidas tendencia central para las variables cuantitativas. Para realizar las comparaciones se utilizó el estadístico  $Ji^2$  donde  $p < 0,05$  se interpretará como independencia significativa entre los grupos.

Una vez recopilada la información, se codificó a través del programa estadístico SPSS versión 15, muestra la información en un conjunto de elementos manejables y comprensibles a través de tablas de distribución de frecuencias con la aplicación de estadística descriptiva para el análisis de la información.

#### **6.6. CONSIDERACIONES ETICAS**

Para el presente estudio sobre la percepción de la calidad en la atención en los servicios de salud en el municipio de Neiva se tuvo en cuenta las consideraciones establecidas en las normas científicas, técnicas y administrativas en la resolución N° 008430 del 4 de Octubre de 1993, emanada por el Ministerio de Salud.

Para el desarrollo del proceso de la investigación en mención se tuvo en cuenta el Título II, en el capítulo 1, donde se contempla los aspectos éticos de la

---

<sup>65</sup> REYES, Op cit. P.,2007

investigación en seres humanos, donde se expone el Artículo 5 “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”.

De igual manera, la investigación cumple con los requerimientos regidos por la resolución en el Artículo 6, “donde la investigación se desarrollo conforme los siguientes criterios:

- a) Se ajustó a los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- b) Se fundamento en la experimentación previa realizada de otros hechos científicos.
- c) Se realizo porque el conocimiento que se produjo no se podía obtener por otro medio.
- d) Prevalció la seguridad de los participantes y no presento riesgos
- f) Fue realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad supervisada que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios que garantizar el bienestar de los sujetos de investigación.
- g) Se llevó a cabo después de obtener la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

Demuestra el Artículo 8, “En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice”.

Artículo 10 “El grupo de investigadores o el investigador principal deberán identificar el tipo o tipos de riesgo a que estarán expuestos los sujetos de investigación”. Donde el director o asesor de la investigación es un profesional idóneo en el tema, con experiencia suficiente y constante.

En el Artículo 11 Para efectos de este reglamento esta investigación se clasifican en la categoría de investigación sin riesgo, debido a que se emplearon técnicas y métodos de investigación en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o

sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

En el presente trabajo de investigación no se solicito el consentimiento informado debido a que se utilizo un instrumento auto aplicable entendiéndose que desde el momento en que el participante recibe el cuestionario automáticamente esta consintiendo el objetivo del proyecto. Sin dar cumplimiento en el artículo 15.

## 7. RESULTADOS

El presente apartado muestra los resultados encontrados en la investigación y se presentan según el orden de los objetivos propuestos a través de la descripción del comportamiento de la percepción de la calidad en el régimen subsidiado y contributivo del municipio de Neiva.

### 7.1 DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.

**Tabla 4.** Distribución de Frecuencias Según EPS.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	CAFESALUD	40	12,8	12,8
	CAPRECOM	73	23,3	36,1
	COMFAMILIAR	128	40,9	77,0
	COMPARTA	32	10,2	87,2
	SOLSALUD	40	12,8	100,0
	Total	313	100,0	

La aplicación de las encuestas para los usuarios del régimen subsidiado fue de acuerdo a la distribución que resulto de aplicar los parámetros establecidos para definir el tamaño de muestra. La EPS que mayor número de afiliados tiene en la ciudad de Neiva, es COMFAMILIAR (40,9%) seguida de CAPRECOM (23,3%), en el tercera EPS encontramos a CAFESALUD (12,8%), cuarto lugar SOLSALUD (12,8%) y por último a COMPARTA (10,2).

**Tabla 5.** Distribución de Frecuencias Según IPS.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Válidos	CLIN.MADRE Y EL NIÑO	30	9,6	9,6
	E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA	51	16,3	25,9
	HOSPITAL GRAL	208	66,5	92,3
	IPS COMFAMILIAR	24	7,7	100,0
	Total	313	100,0	

Respecto a la IPS, el Hospital Hernando Moncaleano Perdomo (66,5%) es el que presenta mayor frecuencia de usuarios debido a que todas las entidades del régimen subsidiado tienen contratación con esta institución, por otra parte, la E.S.E. de Municipal presenta el 16,3% de usuarios en la muestra del presente estudio.

**Tabla 6.** Distribución de Frecuencias Según Características Socio Demográficas.

		Recuento	% del N de la columna
GEg GENERO	Hombre	147	47,0%
	Mujer	166	53,0%
	Total	313	100,0%
EDAD RANGOS	15 a 24	36	11,5%
	25 a 34	77	24,6%
	35 a 44	79	25,2%
	45 a 54	50	16,0%
	>55	71	22,7%
	Total	313	100,0%
Escolaridad	Sin escolaridad	13	4,2%
	Primaria	171	54,6%
	Secundaria	125	39,9%
	Técnico	4	1,3%
	Total	313	100,0%

La muestra para el régimen subsidiado está compuesta por 313 usuarios donde el 53% son mujeres, la mayor frecuencia se presenta en las edades de 25 a 44 años (49,8%) y se caracteriza por tener escolaridad primaria (54,6%) y secundaria (39,9%).

**Tabla 7.** Distribución de Frecuencias Según Sitio dónde Consultaron los usuarios del régimen Subsidiado cuando comenzó su enfermedad

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Hospital	202	64,5
	Clínica	17	5,4
	Droguería	24	7,7
	Medico	12	3,8
	Curandero	2	,6
	Otra	26	8,3
	No consulto	30	9,6

Total	313	100,0
-------	-----	-------

Es importante tener en cuenta, que los usuarios del régimen subsidiado en el momento de consultar cuando se enferman, el primer sitio al que acuden para que lo atiendan es el Hospital (64,5%), una de las razones es porque el Hospital hace parte de la red prestadora de todas las EPS-S, que existen en la ciudad de Neiva. El término de Hospital en los usuarios incluye a la E.S.E CARMEN EMILIA OSPINA y HOSPITAL GENERAL DE NEIVA HERNANDO MONCALEANO.

**Tabla 8.** Distribución de Frecuencias de la calificación del Profesional que Atendió a los Usuarios de RS teniendo en cuenta la característica de seguridad

		Recuento	% del N de la columna
Médico (a)	Mala	18	6,1%
	Regular	40	13,5%
	Buena	239	80,5%
Enfermera (o)	Mala	5	2,0%
	Regular	41	16,6%
	Buena	201	81,4%
Profesional del laboratorio	Mala	2	,9%
	Regular	30	13,6%
	Buena	189	85,5%
Auxiliar de enfermería	Mala	6	3,4%
	Regular	38	21,2%
	Buena	135	75,4%
Facturación	Mala	15	7,7%
	Regular	41	21,0%
	Buena	139	71,3%
Especialista	Mala	6	3,6%
	Regular	8	4,8%
	Buena	153	91,6%
Admisiones	Mala	2	2,1%
	Regular	6	6,2%
	Buena	89	91,8%
Farmacia	Mala	6	3,3%
	Regular	32	17,8%
	Buena	142	78,9%

En general, la calificación de atención recibida por los diferentes profesionales en donde fue atendido los usuarios del Régimen Subsidiado fue percibida como buena en todos prevaleciendo más del 70%. Sin embargo, se encuentran

porcentajes importantes de usuarios que refieren algún tipo de inconformidad, sobresaliendo calificaciones tendientes a ser de regulares o malas, en lo que tiene que ver con el personal de auxiliar de enfermería, facturación y farmacia

**Tabla 9.** Distribución de Frecuencias según la atención brindada por la institución de Salud a los usuarios del RS con la característica de seguridad

		Recuento	% del N de la columna
¿Confía en el profesional de salud que lo atendió?	Si	298	95,2%
	No	15	4,8%
¿La institución cuenta con instalaciones adecuadas al servicio?	Si	269	85,9%
	No	44	14,1%
	No	18	5,8%

Dentro del característica de seguridad a la mayoría de los usuarios le genera confianza el personal que lo atendió (95,2%). El 85% de los usuarios percibe que la infraestructura e instalaciones en la prestación del servicio son adecuadas.

**Tabla 10.** Distribución de Frecuencias según atención brindada por la institución de Salud a usuarios del RS con la característica de accesibilidad

		Recuento	% del N de la columna
El personal de la institución le proporcionó toda la información necesaria para tener una adecuada atención?	Si	255	81,5%
	No	58	18,5%
¿Considera que lo atendieron fácilmente?	Si	212	67,7%
	No	101	32,3%
El personal de la institución lo atiende con amabilidad y respeto?	Si	292	93,3%
	No	21	6,7%
¿Se presentó algún problema en la atención?	Si	41	13,2%
	No	270	86,8%
Usted tuvo que pagar por la consulta?	Si	68	21,7%
	No	245	78,3%
Usted tuvo que pagar por los medicamentos que le formularon?	Si	32	10,2%
	No	281	89,8%

Los usuarios manifiestan que el personal de la institución proporciono toda la información adecuada (81,5%), se concluye que la accesibilidad a los servicios es buena por la facilidad, amabilidad y respecto en la atención.

Con respecto a si tuvo que pagar por la consulta, el 21,7% refieren que pago, posiblemente este pago esté relacionado con la no accesibilidad a los servicios o porque no están contemplados dentro del plan de beneficios. Por último el 89,8% de usuarios refirieron no haber pagado los medicamentos formulados.

**Tabla 11.** Distribución de Frecuencias según la atención brindada por la institución de Salud a los usuarios del régimen Subsidiado con la característica de oportunidad

		Recuento	% del N de la columna
Entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió	Menos de una hora	98	31,3%
	Una hora	108	34,5%
	Más de una hora	107	34,2%
El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue	El mismo día	58	18,5%
	Al día siguiente	31	9,9%
	Menos de una semana	73	23,3%
	entre 6 y 15 días	80	25,6%
	Más de 15 días	71	22,7%
¿Está satisfecho con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron?	Si	174	55,6%
	No	139	44,4%

El resultado de la encuesta refleja un incumplimiento en la oportunidad brindada a los usuarios del régimen subsidiado con relación al tiempo que transcurre desde la hora que se le asigna la cita hasta a la hora que es atendido, para un incumplimiento del 68,7%, donde la espera fue de una hora en adelante. La oportunidad para la solicitud de la cita y su asignación para el mismo día fue del 18,5%, sin embargo, los usuarios están satisfechos en un 55,6% con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron.

**Tabla 12.** Distribución de Frecuencias según consumo de medicamentos sin prescripción médica

		Recuento	% del N de la columna
Consumió medicamentos sin prescripción médica?	Si	50	16,0%
	No	263	84,0%

Con respecto al indicador de consumo de medicamentos sin prescripción médica, se observa en los usuarios del régimen subsidiado que el 16% refieren haber consumido medicamentos sin prescripción médica, esto puede evidenciar como posible causa la no oportunidad y falta de accesibilidad en la asignación de citas.

**Tabla 13.** Distribución de Frecuencias según la atención brindada por la institución de Salud a los usuarios del régimen Subsidiado con la característica de Pertinencia

		Recuento	% del N de la columna
¿Conoce usted sus deberes como usuario del servicio?	Si	92	29,4%
	No	126	40,3%
	Algunos	95	30,4%
¿Conoce usted sus derechos como usuario del servicio?	Si	100	31,9%
	No	108	34,5%
	Algunos	105	33,5%
El servicio al que asistió le ayudó a mejorar su salud?	Si	295	94,2%
	No	18	5,8%

Dentro de característica de pertinencia fue importante medir el conocimiento frente a los deberes y derechos. Se observó que los usuarios del RS refieren NO conocen los deberes 40,3% y solo conocen algunos 30,4%. La mayoría de usuarios el 94% refieren que si les ayudo a mejorar su salud.

## 7.2 DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.

**Tabla 14.** Distribución de Frecuencias Según EPS

		Frecuencia	%	%válido	%acumulado
Válidos	COOMEVA	50	11,0	11,0	11,0
	NUEVA EPS	81	17,8	17,8	28,9
	SALUDCOOP	257	56,6	56,6	85,5
	SALUDTOTAL EPS	39	8,6	8,6	94,1
	SANITAS	27	5,9	5,9	100,0
	Total	454	100,0	100,0	

La aplicación de las encuestas para los usuarios del régimen Contributivo fue de acuerdo a la distribución que resulto de aplicar los parámetros establecidos para definir el tamaño de muestra. La EPS que mayor número de afiliados tiene en la ciudad de Neiva, es SALUDCOOP (56,6%) seguida de NUEVA EPS (17,8%), en la tercera EPS encontramos a COOMEVA (11%), cuarto lugar SALUDTOTAL (8,6%) y por último a SANITAS (5,9%).

**Tabla 15.** Distribución de frecuencias según IPS del Régimen Contributivo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
Válidos		a	e	válido	acumulado
	IPS POMAR	16	3,5	3,5	3,5
	CASA SANITAS	10	2,2	2,2	5,7
	CLINICA UROS	38	8,4	8,4	14,1
	CLINICA SALUDCOOP	153	33,7	33,7	47,8
	CLINICA MEDILASER	43	9,5	9,5	57,3
	HOSPITAL GRAL	2	,4	,4	57,7
	IPS SALUDCOOP ALMENDROS	6	1,3	1,3	59,0
	IPS NUEVA EPS ALTICO	10	2,2	2,2	61,2
	IPS SALUDCOOP POMAR	20	4,4	4,4	65,6
	IPS SALUDCOOP ROBLES	8	1,8	1,8	67,4
	IPS SALUDCOOP CEDROS	40	8,8	8,8	76,2
	IPS SALUDCOOP CEIBAS	11	2,4	2,4	78,6
	NUEVA EPS CDA QUIRINAL	38	8,4	8,4	87,0
	IPS SALUDCOOP CEIBAS	3	,7	,7	87,7
	UAB QUIRINAL	18	4,0	4,0	91,6
	UBA COMEVA	37	8,1	8,1	99,8
	CLINICA UROS	1	,2	,2	100,0
	Total	454	100,0	100,0	

En su mayoría la muestra fue seleccionada de las IPS SALUDCOOP

**Tabla 16.** Distribución de Frecuencias Según Características Socio Demográficas

		Recuento	% del N de la Columna
GENERO	Hombre	179	39,4%
	Mujer	275	60,6%
	Total	454	100,0%
EDAD RANGOS	15 a 24	77	17,0%
	25 a 34	147	32,4%
	35 a 44	99	21,8%
	45 a 54	73	16,1%
	>55	58	12,8%
	Total	454	100,0%
Escolaridad	Sin escolaridad	4	,9%
	Primaria	50	11,0%
	Secundaria	210	46,3%
	Técnico	94	20,7%
	Pregrado	82	18,1%
	Postgrado	14	3,1%
	Total	454	100,0%

Se observa que la encuesta fue respondida en su mayoría por mujeres (60,6%); con edades entre 25 a 44 años, el nivel de escolaridad que mas presentaron los usuarios que respondieron fue secundaria con 46,3%.

**Tabla 17.** Distribución de Frecuencias Según Sitio dónde Consultaron los usuarios del régimen Contributivo cuando comenzó su enfermedad.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Hospital	113	24,9	24,9	24,9
	Clínica	143	31,5	31,5	56,4
	Droguería	103	22,7	22,7	79,1
	Medico	52	11,5	11,5	90,5
	Otra	43	9,5	9,5	100,0
	Total	454	100,0	100,0	

Los usuarios refieren que cuando comenzó la enfermedad consulto a la Clínica el 31,5%, a la droguería (22,7%) y al hospital (24,9%).

**Tabla 18.** Distribución de Frecuencias de la calificación del Profesional que Atendió a los Usuarios del RC según la característica de seguridad.

		Recuento	% del N de la columna
Médico (a)	Mala	8	2,0%
	Regular	63	16,0%
	Buena	322	81,9%
Enfermera (o)	Mala	3	2,1%
	Regular	34	23,9%
	Buena	105	73,9%
Profesional del laboratorio	Mala	1	2,1%
	Regular	6	12,8%
	Buena	40	85,1%
Auxiliar de enfermería	Mala	2	1,0%
	Regular	63	32,8%
	Buena	127	66,1%
Facturación	Mala	2	1,2%
	Regular	33	19,6%
	Buena	133	79,2%
Especialista	Mala	1	,9%
	Regular	18	16,1%
	Buena	93	83,0%
Admisiones	Mala	14	6,0%
	Regular	22	9,4%
	Buena	198	84,6%
Farmacia	Mala	354	78,5%
	Regular	95	21,1%
	Buena	2	,4%

En general, la calificación de atención recibida por los diferentes profesionales en donde fue atendido los usuarios del Régimen Contributivo fue percibida como buena en todos prevaleciendo más del 60%. Sin embargo, se encuentran porcentajes importantes de usuarios que refieren algún tipo de inconformidad, sobresaliendo calificación mala en el personal de farmacia (78,5%), y regular en el personal de auxiliar de enfermería (32,8%).

**Tabla 19.** Distribución de Frecuencias según la atención brindada por la institución de Salud a los usuarios del RC según característica de seguridad.

		Recuento	% del N de la columna
¿Confía en el profesional de salud que lo atendió?	Si	392	86,3%
	No	59	13,0%
La institución cuenta con instalaciones adecuadas al servicio que ofrecen	Si	373	82,2%
	No	81	17,8%

Los usuarios confían en el profesional de salud (86,3%); y refiere que la institución cuenta con las instalaciones adecuadas (82,2%)

**Tabla 20.** Distribución de Frecuencias de atención brindada por la institución de Salud a usuarios del RC por característica de accesibilidad.

		Recuento	% del N de la columna
El personal de la institución le proporcionó toda la información necesaria para tener una adecuada atención?	Si	356	78,9%
	No	95	21,1%
¿Considera que lo atendieron fácilmente?	Si	300	66,1%
	No	154	33,9%
El personal de la institución lo atiende con amabilidad y respeto?	Si	377	83,0%
	No	77	17,0%
¿Se presentó algún problema en la atención?	Si	137	30,2%
	No	317	69,8%
Usted tuvo que pagar por la consulta?	Si	296	65,2%
	No	158	34,8%
Usted tuvo que pagar por los medicamentos que le formularon?	Si	302	66,5%
	No	152	33,5%

Con respecto al acceso, los usuarios refieren que el personal de la institución le proporcionó toda la información necesaria para tener una adecuada atención (78,9%), Considera que lo atendieron fácilmente (66,1%) y el personal es respetuoso (83%).

**Tabla 21.** Distribución de Frecuencias por percepción de usuarios del RC sobre la atención brindada por la institución de Salud con la característica de oportunidad.

		Recuento	% del N de la columna
Entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió	Menos de una hora	216	47,6%
	Una hora	123	27,1%
	Más de una hora	115	25,3%
El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue	El mismo día	209	46,1%
	Al día siguiente	81	17,9%
	Menos de una semana	107	23,6%
	entre 6 y 15	39	8,6%
	Más de 15 días	17	3,8%
¿Está satisfecho con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron?	Si	251	55,3%
	No	202	44,5%

El resultado de la encuesta refleja un cumplimiento en la oportunidad brindada a los usuarios del RC con relación al tiempo que transcurre desde la hora que se le asigna la cita hasta a la hora que es atendido, en menos de una hora (47,6%). La oportunidad para la solicitud de la cita y su asignación para el mismo día fue del 46,1%; los usuarios están satisfechos en un 55,3% con el tiempo que esperaron desde el momento que solicitaron el servicio hasta cuando los atendieron.

**Tabla 22.** Distribución de Frecuencias según consumo de medicamentos sin prescripción médica.

			Recuento	% del N de la columna
Consumió medicamentos sin prescripción médica	Si		191	42,1%
	No		263	57,9%

Con respecto al consumo de medicamentos sin prescripción médica un 57,9%.

**Tabla 23.** Distribución de Frecuencias según percepción de los usuarios del RC sobre la atención brindada por la institución de Salud con la característica de Pertinencia.

		Recuento	% del N de la columna
¿Conoce usted sus deberes como usuario del servicio?	Si	101	22,2%
	No	188	41,4%
	Algunos	165	36,3%
¿Conoce usted sus derechos como usuario del servicio?	Si	111	24,4%
	No	162	35,7%
	Algunos	181	39,9%
El servicio al que asistió le ayudó a mejorar su salud?	Si	392	86,3%
	No	62	13,7%

Se observa que el 41,4% no conoce los deberes como usuarios, al igual que los derechos (35,7%), pero el 36,3 % refiere que conoce algunos deberes y el 39,9% algunos derechos. Finalmente el servicio al que asistió le ayudó a mejorar la salud (86,3%),

### 7.3 COMPARACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO.

**Tabla 24.** Contingencia según servicio al que asistió según Régimen.

		TIPO DE REGIMEN		Total
SERVICIO AL QUE ASISTIO		Contributivo	Subsidiado	
SERVICIO AL QUE ASISTIO	Consulta Externa	210	132	342
		46,3%	42,2%	44,6%
	Urgencias	122	62	184
		26,9%	19,8%	24,0%
	Hospitalización	58	45	103
		12,8%	14,4%	13,4%
	Ayudas Dx	28	42	70
		6,2%	13,4%	9,1%
	Farmacia	35	2	37
		7,7%	,6%	4,8%
	Otro	1	30	31
		,2%	9,6%	4,0%
Total		454	313	767
		100,0%	100,0%	100,0%

Posiblemente la caracterización de accesibilidad y oportunidad del servicio de consulta externa en el régimen contributivo según la percepción de los usuarios es de 46.3% presenta una mayor proporción que es del 42,2% con relación al régimen subsidiado. Sin embargo el servicio de consulta externa es el que presenta mayor proporción en los regímenes.

**Tabla 25.** Contingencia del Profesional que lo atendió según Régimen

		TIPO DE REGIMEN					
		Contributivo			Subsidiado		
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	Valor correlación	Valor significancia
Médico (a)	Mala	8	2,0%	18	6,1%	8,061	0,017
	Regular	63	16,0%	40	13,5%		
	Buena	322	81,9%	239	80,5%		
Enfermera (o)	Mala	3	2,1%	5	2,0%	3,15	0,20
	Regular	34	23,9%	41	16,6%		
	Buena	105	73,9%	201	81,4%		
Profesional del laboratorio	Mala	1	2,1%	2	,9%	,537	0,76
	Regular	6	12,8%	30	13,6%		
	Buena	40	85,1%	189	85,5%		
Auxiliar de enfermería	Mala	2	1,0%	6	3,4%	8,13	0,017
	Regular	63	32,8%	38	21,2%		
	Buena	127	66,1%	135	75,4%		
Facturación	Mala	2	1,2%	15	7,7%	8,98	0,011
	Regular	33	19,6%	41	21,0%		
	Buena	133	79,2%	139	71,3%		
Especialista	Mala	1	,9%	6	3,6%	11,7	0,002
	Regular	18	16,1%	8	4,8%		
	Buena	93	83,0%	153	91,6%		
Admisiones	Mala	14	6,0%	2	2,1%	3,85	0,14
	Regular	22	9,4%	6	6,2%		
	Buena	198	84,6%	89	91,8%		
Farmacia	Mala	354	78,5%	6	3,3%	474,9	0,000
	Regular	95	21,1%	32	17,8%		
	Buena	2	,4%	142	78,9%		

Posiblemente en la caracterización de accesibilidad y continuidad del servicio de medicina general de los dos regímenes hay correlación del régimen contributivo de 81,9% y régimen subsidiado 80.5

Se encuentran diferencias significativas ( $p=0,017$ ) en la percepción con respecto al médico, donde los usuarios del régimen contributivo presentan una menor frecuencia en el puntaje “mala” con respecto a los usuarios del régimen subsidiado,

y a pesar de que no es muy amplia la diferencia, se observa una mayor percepción buena en el régimen contributivo.

Con respecto al auxiliar de enfermería, facturación y especialista, se observa que presentan mayores frecuencias en percepción mala, en los usuarios del régimen subsidiado, con respecto a los usuarios del régimen contributivo. Finalmente los usuarios del régimen contributivo perciben una pésima calidad en la atención en farmacia.

**Tabla 26.** Contingencia Características de Accesibilidad según Régimen

Contingencia según características de acceso		TIPO DE REGIMEN				Valor correlación	Valor P
		Contributivo		Subsidiado			
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna		
El personal de la institución le proporcionó toda la información necesaria para tener una adecuada atención?	Si	356	78,9%	255	81,5%	0,741	0,221
	No	95	21,1%	58	18,5%		
¿Considera que lo atendieron fácilmente?	Si	300	66,1%	212	67,7%	0,228	0,345
	No	154	33,9%	101	32,3%		
El personal de la institución lo atiende con amabilidad y respeto?	Si	377	83,0%	292	93,3%	17,47	0,000
	No	77	17,0%	21	6,7%		
¿Se presentó algún problema en la atención?	Si	137	30,2%	41	13,2%	29,85	0,000
	No	317	69,8%	270	86,8%		

Con respecto a la presencia de problemas en el momento de la atención, se observa que hay diferencias significativas en la percepción de los usuarios, donde el régimen contributivo refieren que se presenta mayor problemas en la atención que en el régimen subsidiado, encontrándose una diferencias significativa ( $P < 0,01$ ).

**Tabla 27.** Contingencia Según Características de Oportunidad de acuerdo al tipo de régimen

		TIPO DE REGIMEN						Valor correlación	Valor significancia
		Contributivo		Subsidiado		Valor correlación	Valor significancia		
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna				
Entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió	Menos de una hora	216	47,6%	98	31,3%	20,37	0,00		
	Una hora	123	27,1%	108	34,5%				
	Más de una hora	115	25,3%	107	34,2%				
El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue	el mismo día	209	46,1%	58	18,5%	140,5	0,00		
	al día siguiente	81	17,9%	31	9,9%				
	Menos de una semana	107	23,6%	73	23,3%				
	entre 6 y 15 días	39	8,6%	80	25,6%				
¿Está satisfecho con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron?	Si	251	55,3%	174	55,6%	1,02	0,59		
	No	202	44,5%	139	44,4%				

Respecto a la oportunidad, se observa una diferencia significativa ( $P < 0,01$ ) entre la percepción, de los usuarios del régimen contributivo que refieren que fueron atendidos en menos de una hora (47,6%), mientras que los usuarios del régimen subsidiado solo se atendieron en el mismo tiempo el (31,3%) la respuesta de los tiempos de atención para los usuarios es más oportuna para el régimen contributivo

La oportunidad en la solicitud y asignación de la cita en el régimen contributivo fue del (46,1%) para ser atendidos en el mismo día. Mientras que en el régimen subsidiado solo se le dio oportunidad al 18,5%

**Tabla 28.** Se le dio Solución a su Problema?.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	166	21,6	70,9	70,9
	No	68	8,9	29,1	100,0
	Total	234	30,5	100,0	
Perdidos	Sistema	533	69,5		
Total		767	100,0		

En este ítem se puede evidenciar que la gestión de la empresa en la solución de un problema que pueda presentar un usuario es un factor determinante en la percepción de la calidad en la atención.

**Tabla 29.** Contingencia según característica de seguridad de acuerdo al tipo de régimen

		TIPO DE REGIMEN					
		Contributivo			Subsidiado		
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	Valor correlación	Valor significancia
¿Confía en el profesional de salud que lo atendió?	Si	392	86,3%	298	95,2%	16,1	0,00
	No	59	13,0%	15	4,8%		
La institución cuenta con instalaciones adecuadas al servicio que ofrecen	Si	373	82,2%	269	85,9%	1,94	0,097
	No	81	17,8%	44	14,1%		

En los usuarios del régimen subsidiado la confianza que crea el profesional de salud que los atiende es del (95,2%) y para el contributivo es del 86.3%. para el régimen subsidiado la percepción de las instalaciones adecuadas es mejor (85,9%) que en el régimen contributivo (82,2%).

**Tabla 30.** Contingencia Según pertinencia de acuerdo al tipo de régimen

		TIPO DE REGIMEN				Valor correlación	Valor significancia
		Contributivo		Subsidiado			
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna		
¿Conoce usted sus deberes como usuario del servicio?	Si	101	22,2%	92	29,4%	5,7	0,055
	No	188	41,4%	126	40,3%		
	Algunos	165	36,3%	95	30,4%		
¿Conoce usted sus derechos como usuario del servicio?	Si	111	24,4%	100	31,9%	5,8	0,054
	No	162	35,7%	108	34,5%		
	Algunos	181	39,9%	105	33,5%		
El servicio al que asistió le ayudó a mejorar su salud?	Si	392	86,3%	295	94,2%	12,3	0,00
	No	62	13,7%	18	5,8%		

La pertinencia como característica de calidad y el conocimiento que deben tener los usuarios en los regímenes de sus deberes y derechos se evidencio que los usuarios del régimen subsidiado están mayor informados en deberes en un 29,4% y en derechos 31,9%, frente al conocimiento que poseen los usuarios del régimen contributivo. En el régimen contributivo mejoro en una menor proporción su salud al asistir a los servicios (86,3%) con respecto al régimen subsidiado (94,2%).

## 8. DISCUSION

En el análisis se tuvieron en cuenta los criterios de calidad nombrados en los objetivos específicos. Inicialmente se describirán las del Régimen subsidiado seguidas las del Régimen Contributivo y finalmente el comparativo entre los dos Regímenes.

En el indicador de oportunidad evaluado, se determina un comportamiento de satisfacción del usuario de régimen subsidiado frente al tiempo que tuvo que esperar desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando fue atendido 55,6%, mientras que manifestaron no estar satisfechos con los tiempos de espera un 44,4%. Sin embargo, en el régimen subsidiado se observa que entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió en la mayoría de casos una hora (34,5%), refiriendo el 48.3% que el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue entre 6 a 15 días y en ocasiones más de 15 días (22.7%). A pesar de no brindarse la oportunidad en la atención a los usuarios del régimen subsidiado, se observa satisfacción frente al tiempo que tuvo que esperar para que lo atendiera, es puede estar relacionado con una condición resignación frente al hecho de que son beneficiarios de un subsidio por parte del Estado, lo ven como un servicio regalado.

En relación a la accesibilidad a los servicios de salud, en el régimen subsidiado el 32,3% consideró que no lo atendieron adecuadamente, encontrando algún tipo de barrera de acceso que pudo retrasar su servicio consultante. Sin embargo, más del 70 % de los usuarios encuestados de ambos regímenes manifestaron que una vez fueron atendidos, el personal de la institución les proporcionó toda la información necesaria para tener una adecuada atención con el 81.5% y de igual manera, el personal de la institución les atendió con amabilidad y respeto con un 93.3%. Esto evidencia, que pese a que aún se siguen presentando barreras de acceso en la atención de servicios de salud en las instituciones de salud de Neiva que atiende usuarios del régimen subsidiado, también se está trabajando internamente en proporcionar una atención con calidad y calidez. Se evidencia conformidad con la atención esto puede ser reflejo del poco conocimiento que tienen los usuarios de sus derechos en la prestación del servicio.

Dentro de este criterio de calidad se resalta el Decreto 133 de 2010<sup>66</sup> en donde en las relaciones entre algunos agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud se generan barreras de acceso que afectan la prestación de servicios y el goce efectivo del derecho de los ciudadanos, siendo necesario introducir mecanismos que eviten o corrijan estas deficiencias.

En lo relacionado a la percepción que tienen los usuarios frente a la pertinencia de los servicios de salud, el 94,2% de los usuarios afiliados al régimen subsidiado manifestaron que el servicio al que asistieron les ayudó a mejorar su salud. Este resultado puede estar relacionado con que las instituciones prestadoras de servicios de salud junto con sus profesionales inscritos en la red prestadora, están trabajando por ofrecer servicios adecuados, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica, a su vez proporcionando mayor grado de satisfacción en los usuarios.

Al evaluar la percepción de los usuarios frente al criterio de seguridad del paciente se abarcó la infraestructura de las IPS donde fueron atendidos, por tanto el 85,9% de los usuarios encuestados del régimen subsidiado manifestaron que la institución donde fueron atendidos si cuenta con instalaciones adecuadas al servicio que ofrecen. También, los usuarios percepción confianza que le genera el personal que lo atención (95,2%). Esto evidencia que existe un desconocimiento por parte de los usuarios del deber de ser y estándares de cumplimiento que deben contener las IPS para la prestación del servicio.

Respecto a la calificación del personal que lo atendió se observa que los usuarios del régimen subsidiado dan una calificación que predomina regular a los profesionales de facturación y farmacia, posiblemente sea porque los usuarios tienen que hacer filas o esperar turnos para ser atendidos, son atendidos ventanillas o módulos que hace interferencia en la comunicación. Con respecto al personal auxiliar de enfermería, posiblemente su calificación tendió a ser regular, porque el usuario percibió debilidad en actitudes, habilidades, técnicas y destrezas en funciones de cuidado de enfermería o porque este personal es el encargado tan solo, de ejercer, en general, los servicios complementarios de la asistencia, están subordinados bajo las instrucciones que reciban del Jefatura de Enfermería y Medico y poco tiene que ver con la toma de decisiones en lo que tiene que ver en aspectos de salud- enfermedad del usuario.

---

<sup>66</sup> COLOMBIAMINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto Numero 133 de 2010 , por el cual se establece la normatividad en cuanto la eficiencia en la prestación del Servicio. D.C

A continuación se describen los resultados para el régimen contributivo en cuanto a los criterios de calidad para oportunidad en este régimen, se observa que entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió en menos de una hora (47,6%); El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue en el mismo día (46,1%). Lo anterior muestra que el régimen contributivo cumple más ágilmente con los tiempos de espera tanto para la atención de la consulta médica como en la asignación de las citas médicas y/o exámenes complementarios, lo cual puede favorecer que la población no sature los servicios de urgencias con consultas clasificadas como triage 3 o 4. Araujo y Clemens<sup>67</sup> refiere que uno de los atributos del servicio que contribuye a la satisfacción de los usuarios, es mejorar los tiempos de respuesta, brindar atención de forma inmediata, sobre todo en lo que se refiere a las emergencias. Este estudio se realizó en Venezuela con el programa de Nuevos modelos de gestión.

En el criterio de accesibilidad en los servicios de salud el 33.9% de los usuarios considero que no se le brindó la atención adecuada encontrando limitaciones para ingresar al servicio. Sin embargo manifestaron que una vez fueron atendidos, el personal de la institución les proporcionó toda la información necesaria para tener una adecuada atención esto con un 78.9%, y que además el personal lo trató con amabilidad y respeto con un 83.0%. Esto determina que no se están teniendo barreras de acceso para el usuario. Aunque es importante trabajar diariamente para mejorar la calidad y que sea óptima.

Con relación a la percepción de los usuarios con respecto a la pertinencia se realizó una medición subjetiva donde el 86.3% manifestó que el servicio les ayudó a mejorar su salud. Esto puede estar relacionado con el cumplimiento de estándares del personal de salud con relación a su preparación. Según el estudio "Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios" realizado por Teresita de J. Ramírez-Sánchez, Patricia Nájera-Aguilar, Gustavo Nigenda-López (1998)<sup>68</sup>. Describen la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México, se aplicó la Encuesta Nacional en salud. Los resultados de la investigación sugieren determinar la necesidad de implementar en los servicios de salud acciones para la mejoría continua de la calidad de la atención. En donde se observa que existe un personal idóneo para la atención y se ve reflejado la satisfacción del usuario.

---

<sup>67</sup> ARAUJO, Rubén, CLEMENZ Caterina. Percepción de la calidad de servicio de los usuarios de los programas sociales en salud. Revista de Ciencias Sociales. (enero-marzo, 2010). vol. XVI. no. 1. pp. 80-91.

<sup>68</sup> RAMÍREZ, Sánchez Teresita de J, NIGENDA, López Gustavo. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. (enero-febrero, 1998). Salud Pública México. vol. 40. no. 1. p. 10.

En cuanto a la seguridad en infraestructura, el 82,2% de los usuarios del régimen contributivo opinan que la institución donde fueron atendidos cuenta con las instalaciones adecuadas. Lo cual puede demostrar que las instituciones de salud están trabajando por proporcionar condiciones óptimas en la prestación de servicios tanto a nivel interno como externo, los servicios están debidamente habilitados, cumplen con los estándares de infraestructura para el funcionamiento, y propenden por minimizar el riesgo de que los usuarios sufran un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias. Aspectos que tiene que ver con infraestructura están relacionados con la calidad en la atención. Para Mesquita, Pavlicich, Benitez,<sup>69</sup> uno de los motivos por los cuales la atención se considera como buena es por las comodidades en las salas de espera.

Los usuarios del régimen contributivo dan una calificación que predomina mala personal de farmacia (78%), posiblemente por que se realiza un copago y no se satisface las expectativas del usuario y las filas para recibir el servicio. Los usuarios del régimen contributivo también calificaron al personal de enfermería con disposición regular (32,8).

Según los datos analizados anteriormente se prosigue a realizar el análisis comparativo dentro de los dos regímenes subsidiado y comparativo.

Del total de encuestados en los distintos servicios de salud las características socio demográficas que mayor resultado arrojó el instrumento fueron el predominio del género femenino en ambos regímenes como la población más consultante, 53% en el régimen subsidiado y en el contributivo el 60.6%. Los rangos de edad que mas consultan en estos regímenes fueron de 35 a 44 años (25,2%) para el subsidiado, y de 25 a 34 años para el contributivo (32,4%), excluyendo de esta muestra a la población menor de 15 años como criterio de elegibilidad para aplicación de la encuesta. Lo anterior puede ser debido a que la población femenina en etapa reproductiva este utilizando más los servicios, que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva, lo cual evidencia la demanda inducida a los servicios de promoción y prevención. En lo relacionado con el nivel de escolaridad, en el régimen subsidiado prevalece la población sin escolaridad o primaria como grado máximo de estudio (58.8%) y en el contributivo predomina el nivel de secundaria, técnico y otro tipo de estudios superiores (88.1%), esto evidencia que a mejor nivel de escolaridad el usuario tiene más acceso y posibilidades de contribuir para adquirir a un Plan de Beneficios en Salud.

---

<sup>69</sup> MESQUITA, Mirta, PAVLICICH Viviana. Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. Arch Pediatr Urug 2010; 81(4): 260-266. Citado por: Encuentro de editores” de las revistas científicas de las Sociedades de Pediatría que integran el Cono Sur. 2009. p. 7.

Al contrastar la contingencia en lo relacionado con el lugar que consulta el usuario cuando inicia su enfermedad, para régimen subsidiado el principal sitio de consulta es el Hospital (64.5 %) y para el régimen contributivo la Clínica – entendiéndose como entidad privada (31.5%), esto podría indicar que el usuario no está recibiendo información adecuada sobre su red prestadora de Servicios de salud. También se reconoce que la mayoría de la población neivana prefiere buscar la resolución de su enfermedad por medio de profesional preparados y especializado, acudiendo mínimamente a otro tipo de servicios como curanderos o droguerías, o en su defecto, no consultando por su patología.

Al comparar la contingencia según servicio al que asistió y tipo de régimen, se evidencia que en ambos regímenes predomina el acceso al servicio de consulta externa, en el subsidiado 42.2% y en el contributivo 46,3%. Esto podría deberse al esfuerzo constante de las instituciones por educar a sus usuarios sobre la adecuada utilización de los servicios de consulta externa vs urgencias, que tienda a una concepción de la salud preventiva y no curativa. Sin embargo, al analizar la concurrencia al servicio de urgencias, se encuentra que los usuarios del régimen contributivo presentan una mayor proporción en el servicio urgencias (26,9%) frente al régimen subsidiado (19,8%), podría esto deberse al cobro de la cuota moderadora en todos los usuarios del régimen contributivo a través de los servicios de consulta externa, o a los horarios de atención en los servicios de consulta externa que impiden que el contribuyente no pueda acceder a una consulta por interferir con sus horarios laborales. Se considera que la mala utilización de los servicios puede estar relacionada con la falta de conocimiento de usuario de sus deberes y derechos.

Respecto a la oportunidad, se encontró una diferencia significativa entre los usuarios del régimen contributivo y el régimen subsidiado, los tiempos de espera para adquirir los servicios son más cortos en régimen contributivo, fueron atendidos en menos tiempo (47,6%), mientras que los usuarios del régimen subsidiado solo se atendieron en el mismo tiempo el (31,3%), esto puede estar relacionado con el hecho de que ellos pagan para adquirir los servicios, tiene una mayor exigencia y tiene un mejor nivel de escolaridad, mientras que en él régimen subsidiado el Estado es el financia su salud.

La oportunidad en la solicitud y asignación de la cita para ser atendidos en el mismo día, fue para el régimen contributivo del (46,1%) Mientras que en el régimen subsidiado solo se le dio oportunidad al 18,5%.

Los usuarios del régimen contributivo, presentan una mayor exigencia en la prestación del servicio con respecto al régimen subsidiado, el régimen contributivo refieren que se presenta mayor problemas en la atención; esto puede estar relacionado con el nivel de escolaridad más alta inclinado a ser secundaria, técnico y profesional y al hecho de que el usuario debe de pagar para recibir para adquirir un plan de Servicios. Según Melgarejo<sup>70</sup> define que la manera de clasificar lo percibido es moldeada por circunstancias sociales. La cultura de pertenencia, el grupo en el que se está inserto en la sociedad, la clase social a la que se pertenece, influyen sobre las formas como es concebida la realidad, las cuales son aprendidas y reproducidas por los sujetos sociales. Por consiguiente, la percepción pone de manifiesto el orden y la significación que la sociedad asigna al ambiente.

En cuanto al consumo de medicamentos sin prescripción médica, se observa que el régimen subsidiado es el que menos aplica en esta condición (16,0%) frente al contributivo (42,1%), esta respuesta puede ir de la mano con el hecho de que la mayoría de los usuarios del régimen contributivo tiene mejor capacidad adquisitiva para pagar por su consulta (65,2%) y sus medicamentos (66,5%), exceptuando los servicios de urgencias según la clasificación del triage, mientras que en el subsidiado solamente el 21,7% de los usuarios pago por su consulta y el 10.2 % tuvo que pagar por sus medicamentos.

Con respecto a la percepción de la seguridad en lo que tiene ver con la calidad de la atención del profesional que atendió a la población encuestada, predomina como buena la atención en ambos regímenes (>70% en régimen subsidiado y >60% en el contributivo), cuya mayor calificación fue dada al médico general. En el régimen subsidiado se encuentran porcentajes importantes de usuarios que refieren algún tipo de inconformidad en los servicios de facturación, farmacia y Auxiliar de enfermería. Con respecto al auxiliar de enfermería, facturación y especialistas, se observa que presentan con mayor frecuencia percepción mala, en los usuarios del régimen subsidiado, con respecto a los usuarios del régimen contributivo. Finalmente los usuarios del régimen contributivo perciben una pésima calidad en la atención en farmacia (78,5%).

La relación médico paciente influyen en una adecuada percepción de la calidad, se observa que los usuarios del régimen subsidiado perciben que el personal de la institución lo atiende con amabilidad y respeto y además le proporcionó toda la información necesaria para tener una adecuada atención, Para Mesquita, Pavlicich, Benitez,<sup>71</sup> los motivos por los cuales la atención se considera como

---

<sup>70</sup> VARGAS, Melgarejo Luz María. Sobre el Concepto de Percepción. *Alteridades* (1994). 4 (8): p. 47-53.

<sup>71</sup> MESQUITA, Op cit.

buenas es por el buen trato recibido, la buena atención médica, porque se reciben explicaciones claras. De igual manera, Gattinara; Ibacache; Puente, Giaconi; Caprara enfatiza en la relación entre los trabajadores de salud y los pacientes y la reputación de los servicios se afecta por algunos elementos, tales como las actitudes discriminatorias hacia la gente que pertenece a un nivel socioeconómico bajo y problemas de comunicación entre el trabajador de salud y el paciente.

Para Araujo y Clemen, el nivel de comunicación que se logra entre el paciente y el médico es sin duda uno de los aspectos fundamentales en el análisis de la calidad de la relación entre personal de salud y usuarios del servicio público. La calidad de la comunicación que se logra es muy importante en producir una satisfacción o insatisfacción por parte del paciente; en esta investigación apareció claramente como el tiempo que un médico dedica a escuchar a los pacientes influye también sobre la percepción de la gente de su capacidad diagnóstica.

Fue mejor la confianza que perciben los usuarios del régimen subsidiado de los usuarios (95,2%) y para el contributivo es del 86.3%. y la percepción de las instalaciones adecuadas es mejor en el régimen subsidiado (85,9%) que en el régimen contributivo (82,2%)

En lo relacionado con el conocimiento de los usuarios encuestados sobre sus derechos y deberes como actores pertenecientes al sistema de salud, en el régimen subsidiado se encontró que el 31.9% conoce sus derechos y el 29,4% sus deberes, comportamiento más inferior en el régimen contributivo, pues el 24,4% manifiesta conocer sus derechos y el 22,2% conoce sus deberes. Esta situación evidencia que falta mayor comunicación entre las EPS e IPS con sus usuarios afiliados y objetos de atención, ya que es responsabilidad de la EPS la entrega de la Carta de Derechos de los Afiliados en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, con el objetivo de que les permita a los afiliados contar con información adecuada y suficiente para el ejercicio de sus derechos y deberes. Sin embargo, se establece el interrogante de cómo las personas del régimen contributivo pese a tener mayor grado de estudios superiores, hay mayor desconocimiento de sus derechos y deberes dentro del sistema de salud al cual pertenecen y por el cual aportan una suma de dinero mensualmente.

## 9. CONCLUSIONES

De acuerdo a los criterios de calidad evaluados, en el régimen subsidiado perciben la calidad de los servicios de salud como buena con relación al personal profesional ya que perciben seguridad y confianza.

Los usuarios del régimen Contributivo perciben que en la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los criterios de calidad hay una satisfacción con la atención ya que manifiestan mejoría en las condiciones de salud.

Tanto en el régimen subsidiado y contributivo el desconocimiento de sus deberes y derechos son un sesgo para poder calificar la calidad en la prestación de los servicios de salud, ya que ignoran realmente la calidad como tal en el área de la salud.

Se percibe más oportuna la prestación de los servicios en el régimen contributivo que en el subsidiado, posiblemente por la diferencia a nivel del aporte económico, ya que el subsidiado lo brinda el gobierno.

Dentro del personal clínico las áreas de farmacia y auxiliar de enfermería, tuvieron una percepción mala por parte de ambos regímenes ya sea desde el punto de vista profesional o desde el punto de vista de la calidad humana que generan en el usuario una percepción negativa.

Los motivos relacionados con la mala calidad como los tiempos de espera, el cobro de la atención y las barreras de acceso, podrían ser el reflejo de problemas de carácter organizacional

## 10. RECOMENDACIONES

Para profundizar en la percepción de la calidad por parte de los usuarios se hace necesario el diseño de propuestas de investigación donde se tenga en cuenta el análisis por niveles de complejidad y/o por servicios específicos con el fin de articular herramientas gerenciales que contribuyan a mejorar la prestación de los servicios en salud.

Diseñar e implementar un observatorio para garantía de la calidad en el municipio de Neiva, donde uno de los actores principales sea el usuario, con el fin de tener en cuenta su percepción, opinión y actitudes frente a la utilización de los servicios de salud y de esta manera dirigir acciones que respondan a sus necesidades.

Las EPS e IPS deben desarrollar estrategias continuas donde se monitoree los procesos de atención en salud con la finalidad de brindar un servicio con calidad

Es importante que las EPS e IPS tengan equidad en lo que tiene ver con las características de accesibilidad, oportunidad, pertenencia y seguridad; la percepción de los afiliados es que la atención en los servicios de salud se brinda mejor en el régimen contributivo. Se sugiere tener en cuenta este hallazgo para interiorizar e implementar estrategias de equidad con la finalidad de mejorar la atención en salud.

Diseñar una estrategia publicitaria donde se involucren las EPS, y las IPS para que a través de una instrucción didáctica se eduque a los usuarios sobre sus derechos y deberes con el fin de mejorar la utilización de los servicios de salud, empoderar a los usuarios de sus procesos de salud.

Se sugiere aprovechar los resultados encontrados en la presente investigación con nuevos estudios, que introduzcan y tengan en cuenta todas las variables de calidad de la atención en salud.

Teniendo en cuenta que la relación médico-paciente es elemento central para brindar una atención de calidad. Se sugiere, que el personal de salud podría utilizar un lenguaje claro y sin tecnicismos, buscando adaptarse a las características culturales de los usuarios; mantener una comunicación verbal, y

tener una actitud y una expresión que generen confianza. Se reconoce que este elemento juega un papel importante en la adhesión del paciente a los servicios y al cumplimiento con las prescripciones indicadas por el personal de salud.

Las IPS y EPS deben revisar sus procesos en cuanto a la distribución de las cargas de trabajo; la insuficiencia de personal; la organización interna, y la asistencia de personal y promocionar los servicios de promoción y prevención que ofrecen las instituciones, porque hay usuarios que desconocen la existencia de esos servicios gratuitos que su Empresa promotora de salud le está ofreciendo.

## BIBLIOGRAFIA

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C, 1993. no. 41148. p. 1.

COLOMBIA, HUILA. Secretaria de Salud Departamental. Huila líder en aseguramiento de régimen subsidiado.

RODRIGUEZ, Héctor Augusto. Calidad en los servicios de salud en Colombia desde la perspectiva del consumidor: Propuesta de Construcción de una escala de medida. En: Colombia: Revista Colombiana de Marketing. Enero, 2000, vol 1, no.1, p.59-72. [Citado en Marzo 11 de 2011]

COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto Número 1011 (3, abril, 2006). por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C, El Ministerio, 2006. 17 p.

COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438 (19, enero, 2011). Por Medio de la cual Se Reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Se Dictan Otras Disposiciones. Art 3. Principios del Sistema General de Seguridad Social En Salud. Bogotá D.C, 2011. P. 51

Nuestro Sistema de Salud: Anatomía de una malformación congénita incorregible: Grupo de Salud, Centro de Estudios del Trabajo, Cedetrabajo. (Noviembre-diciembre, 2010). Vol. 47, p. 14.

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD: Estudio IPS Públicas Corte a 31 De Diciembre De 2008. . Bogotá D.C, Agosto. (2009). p. 81.

GIRALDO, Valencia Juan Carlos. Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC): Director General: Las mejores y las peores EPS de 2009. Bogotá D.C, (26, Julio, 2011).

MESQUITA, Mirta, PAVLICICH Viviana. Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. Arch Pediatr Urug 2010; 81(4): 260-266. Citado por: Encuentro de editores” de las revistas científicas de las Sociedades de Pediatría que integran el Cono Sur. 2009. p. 7.

ARAUJO, Rubén, CLEMENZ Caterina. Percepción de la calidad de servicio de los usuarios de los programas sociales en salud. Revista de Ciencias Sociales. (enero-marzo, 2010). vol. XVI. no. 1. pp. 80-91.

C. GATTINARA Bárbara, IBACACHE Jaime, T. PUENTES Carlos, GIACONI Jolanda, CAPRARA Andrea. Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos en los Distritos Norte e Ichilo, Bolivia. (Julio-Septiembre, 1995). Rio de Janeiro, 11 (3): 425-438. P. 14.

RAMÍREZ, Sánchez Teresita de J, NÁJERA Aguilar Patricia, NIGENDA, López Gustavo. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. (enero-febrero, 1998). Salud Pública México. vol. 40. no. 1. p. 10.

CARDENAS, Pérez, ADA Maritza. Calidad de servicio como estrategia en la administración pública de los servicios de salud en Maracaibo - Venezuela. (19, Junio, 2008). Clio America. Universidad del Magdalena. p. 30.

MORALES, Rivas Martha, CARVAJAL Garcés Carola F. percepción de la calidad de atención por el usuario de consulta externa del centro de Salud Villa candelaria. Rev. Méd. Cochabamba), jul. 2008, vol. 19, no. 29, p. 24-28. ISSN 2074-4609.

COLOMBIA. DANE. Ficha metodológica. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 1997.

\_\_\_\_\_. Ficha metodológica. Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2003.

LOSADA, Otálora Mauricio. RODRÍGUEZ, Orejuela Augusto. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketin.(Julio-Diciembre, 2007). Bogotá D.C, 2007. p. 22.

REALPE, Delgado Cecilia. MARÍN, Blandón María Adiel. PICO, Merchán María Eugenia. Percepción de Usuarios, profesionales y estudiantes de salud sobre prestación de servicios de salud de Tercer nivel de atención: Manizales. 2004. P. 11.

BAUTISTA, Rodríguez Luz Marina. Percepción de la Calidad del Cuidado de Enfermería de la ESE Francisco de Paula Santander. Dialnet (Abril, 2008), vol. 8, no. 1. p. 74-84.

TRUJILLO, Parra Belky Mireya. Diseño una prueba para determinar la Calidad de los Servicios desde la percepción de los usuarios del Hospital San Juan de Dios, Pamplona. Tesis de Grado Psicología. Pamplona: Universidad Pamplona. Facultad de Salud. Departamento de Psicología y Filosofía, 2006. 109 p.

CABRERA, Arana Gustavo A. BELLO, Parías León D. Y LONDOÑO, Pimienta Jaime L. Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. Universidad de Antioquia (2, Noviembre, 2007). Enviado para Modificación (13, Julio, 2008). Aceptado (28, Agosto, 2008). Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín. P. 12.

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Estudio Sobre Percepción de la Calidad en Usuarios de IPS. (18, agosto, 2010).

REYES, Pedro. RIVERA, Diego. y RODRIGUEZ, Lina. Impacto de la universalización del reyes Gaspar régimen subsidiado en el departamento del Huila (2005-2007). Universidad Surcolombiana. Ciencia y Tecnología de la Salud. Grupo de Investigación Desarrollo Social, Salud Pública Y Derechos Humanos. Neiva. Agosto. 2007.

LLERAS, Ernesto M. Propuesta para el desarrollo de un sistema de control social en la Contraloría General de la República, en cGr. La construcción de un nuevo discurso del control. Bogotá. 1998.

RAMÍREZ, Sánchez Teresita De J. LOPEZ, Gustavo Nigenda. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. (enero-febrero, 1998). Salud Pública México. vol. 40. no. 1. p. 10.

VARGAS, Melgarejo Luz María. Sobre el Concepto de Percepción. *Alteridades* (1994). 4 (8): p. 47-53.

ALTOZANO, Esteban. QUE ES LA CALIDAD

SÁENZ, Jiménez Lenín. Administración de Servicios de Salud. Editorial: EUNED. Edición: 1ª reimpresión de la 2ª edición (2003-2004). p. 356.

GUTIÉRREZ, Pulido Humberto. Calidad Total Y Productividad. editorial: Mc Graw Hill. formato: rustica, edición: 01. (2010). isbn: 9786071503152b.

OTERO, M. Jaime. Calidad en Salud. Perú. p. 3

LOSADA OTÁLORA Mauricio, RODRÍGUEZ ORJUELA Augusto. Calidad del Servicio de Salud: Una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Universidad del Valle (18, octubre, 2007). Cuadernos Administración. Bogotá. 20 (34): 237-258. (julio-diciembre, 2007). Disponible en: [http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10\\_34\\_calidad\\_servicio\\_salud.pdf](http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10_34_calidad_servicio_salud.pdf)

ROLDAN, Piedad. VARGAS, Clara Ruth. GIRALDO, Clara Patricia. VALENCIA, Gloria Esperanza. GARCÍA, Claudia Liliana. SALAMANCA, Luisa Matilde. Evaluación de la calidad en la atención en salud: un estudio de caso. Colombia Medica: Universidad del Valle (2001), Cali, Colombia. Vol. 32. no. 001. 9. p. 14-18.

GUZMÁN, Urrea María Del Pilar. Impacto de la introducción de los mecanismos del mercado en la atención sanitaria: Revista Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana (Julio, 2005). Bogotá. vol. 4, núm. 8, p. 65-78.

VALENCIA, Gloria Esperanza. GARCÍA, Claudia Liliana. SALAMANCA, Luisa Matilde., Op. Cit., p. 14-18.

M. Kerr and D. J. Trantow. (May. 1969). Defining, measuring and assessing the quality of health services. *Public Health Reports*, 84 (5), 415- 424.

COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto Número 1011 (3, abril, 2006). por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá D.C, El Ministerio, 2006. 17 p.

GÓMEZ, Arango Silvio. VÉLEZ, Alba Lucia. Programa Nacional de Investigación en Salud Pública y Sistemas de Salud. Avances en capacitación. Colombia Medica: Universidad del Valle (1998). Cali, Colombia. Vol. 29. no. 003. p. 42. Disponible en internet: [http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion Monografico % 20Avedis%202parte.pdf](http://www.fadq.org/Portals/0/Investigacion%20Monografico%20Avedis%202parte.pdf)

COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Ley 10 (10 Enero de 1990).Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. República de Colombia. Bogotá: El Ministerio, 1990. Disponible en internet: [http://www.cntv.org.co/cntv\\_bop/basedoc/ley/1990/ley\\_0010\\_1990\\_pr001.html](http://www.cntv.org.co/cntv_bop/basedoc/ley/1990/ley_0010_1990_pr001.html)

GOMEZ ARANGO, Silvio y VELEZ ARANGO Lucia. Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad en salud (SOGCS).Programa de Colciencias Universidad de Caldas Manizales.. Disponible en internet: [http://simef.univalle.edu.co /colombiamed/Vol29no2-3/programa.html](http://simef.univalle.edu.co/colombiamed/Vol29no2-3/programa.html)

La Salud en Colombia. Informe especial: análisis socio histórico (primera parte). Documento que hace parte del Estudio Sectorial realizado entre 1988 y 1989, como parte del Proyecto de Consolidación del Sistema Nacional de Salud, y publicado por el Ministerio de Salud y el Departamento Nacional de Planeación en 1990.

Funciones de Supersalud. Vigilancia y control en: [http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx? tabid=74](http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=74)

SUPERINTENDENCIA NACIONAL EN SALUD. Decreto 1011 (3 de Abril.). Por el Cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en la Atención en Salud del Sistema General e Seguridad Social en Salud. Bogota 2006. Disponible en internet: [http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/ sistemaobligatorio.aspx](http://www.saludcapital.gov.co/Paginas/sistemaobligatorio.aspx)

DANHKE, L. Metodología de la Investigación., Editorial UEFA 1989. P 385-454.

HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAUTISTA, Lucio. Metodología de la Investigación. 4 ed. México.: Mc Graw Hill. 2007. 850 p. ISBN-13: 978-970-10-5753-7

MURRIA, R. Spiegel. monografías.com. Estadística (1991).

COLOMBIAMINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto Numero 133 de 2010 , por el cual se establece la normatividad en cuanto la eficiencia en la prestación del Servicio. D.C

ARAUJO, Rubén, CLEMENZ Caterina. Percepción de la calidad de servicio de los usuarios de los programas sociales en salud. Revista de Ciencias Sociales. (enero-marzo, 2010). vol. XVI. no. 1. pp. 80-91.

RAMÍREZ, Sánchez Teresita de J, NIGENDA, López Gustavo. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. (enero-febrero, 1998). Salud Pública México. vol. 40. no. 1. p. 10.

MESQUITA, Mirta, PAVLICICH Viviana. Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. Arch Pediatr Urug 2010; 81(4): 260-266. Citado por: "Encuentro de editores" de las revistas científicas de las Sociedades de Pediatría que integran el Cono Sur. 2009. p. 7.

# ANEXO

**Anexo A.** Distribución de EPS del Régimen Contributivo del Municipio de Neiva seleccionadas para este estudio.

<b>EPS ESCOGIDAS PARA ESTUDIO DEL REG. CONTRIBUTIVO</b>	<b>POBLACION</b>	<b>MUESTRA</b>
SALUD TOTAL	16.487	39
SANITAS	11.344	27
SALUDCOOP	110.236	257
COOMEVA	20.592	50
NUEVA EPS	34.450	81
	193.109	454

Fuente: Secretaria de Salud Departamental, Base de datos de la Población Afiliada a las EPS del Municipio de Neiva año

**Anexo B.** Distribución de EPS del Régimen del Municipio de Neiva Seleccionadas Para Este Estudio.

<b>EPS ESCOGIDAS PARA ESTUDIO DEL REG. SUBSIDIADO</b>	<b>POBLACION</b>	<b>MUESTRA</b>
COMFAMILIAR DEL HUILA	92.661	128
CAPRECOM	27.245	73
CAFESALUD	20.850	40
SOLSALUD	11.452	40
COMPARTA	14.941	32
	167.149	313

Fuente: Secretaria de Salud Departamental, Base de datos de la Población Afiliada a las EPS del Municipio de Neiva año

**Anexo C.** Encuesta. Percepción de la calidad de la atención en los usuarios afiliados a los regímenes subsidiado y contributivo en el municipio de Neiva.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ IPS \_\_\_\_\_ EPS \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_ Género: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Escolaridad (número de años cursados) \_\_\_\_\_

**1. Tipo De Régimen:**

Contributivo \_\_\_\_ Subsidiado \_\_\_\_\_

**2. Servicio al que asistió:**

Consulta externa \_\_\_\_ urgencias \_\_\_\_ hospitalización \_\_\_\_ ayudas \_\_\_\_ farmacia \_\_\_\_  
otro \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_

**3. Usted ha estado enfermo (a) en los últimos 15 días?** Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Si la respuesta es mayor a 15 días escriba cuanto \_\_\_\_\_

**4. ¿A dónde consultó cuando comenzó su enfermedad?**

1. Hospital

2. Clínica privada

3. Droguería

4. Médico Particular

5. Curandero (*incluya aquí brujos, chamanes y teguas*).

6. Otra. Cual? \_\_\_\_\_

7. No consultó.

**5. ¿Por qué eligió a (respuesta de la pregunta anterior) como primera opción? (Puede marcar varias respuestas).**

1. Buena atención

2. Porque no le cobran o es más económico

3. Por confianza

4. Porque fue un caso leve

- 5. Porque es la única que existe
- 6. Porque es cerca de su residencia
- 7. Otra razón

7.1 Cuál? \_\_\_\_\_

**6. Qué tratamiento recibió cuando consultó? (Puede marcar varias respuestas).**

- 1. Le suministraron información o indicaciones para que no vuelva a pasar
- 2. Le formularon medicamentos
- 3. Lo remitieron a un servicio más especializado
- 4. Lo remitieron para realizarle exámenes de diagnóstico
- 5. Otros ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

**7. Usted mejoró o tuvo una recaída? (Recuerde que recaída se refiere a si el encuestado volvió a enfermarse por la misma causa.**

- 1. Mejoró
- 2. Recaída

**8. ¿Consumió medicamentos sin prescripción médica? (incluir los medicamentos que son suministrados por el curandero: brujo, chamán o tegua). Sí\_\_\_ No\_\_\_**

**9. ¿Usted tuvo que pagar por la consulta? Sí\_\_\_ No\_\_\_  
SI ES NO SALTE A LA PREGUNTA 11**

**10. ¿Cuánto? (Escriba la cantidad de dinero que gastó la persona por la consulta médica).**

\$ \_\_\_\_\_

**11. ¿Usted tuvo que pagar por los medicamentos que le formularon?  
Sí\_\_\_ No\_\_\_ SI ES NO SALTE A LA PREGUNTA 13**

**12. ¿Cuánto tuvo que pagar por los medicamentos? Escriba la cantidad de dinero que gastó por los medicamentos)**

\$ \_\_\_\_\_

**13. ¿Cuánto tiempo gasta usted en acudir al servicio de salud donde lo atienden por parte de la EPS? (Escriba el número de minutos u horas que se demora la persona en llegar al servicio de salud más cercano y el medio de transporte utilizado: a pie, bus etc).**

1. Desde la oficina \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ horas en \_\_\_\_\_
2. Desde la casa \_\_\_\_\_ minutos \_\_\_\_\_ horas en \_\_\_\_\_

**14. Como considera la atención recibida por:**

	Buena	Regular	Mala
Médico (a)			
Enfermera (o)			
Profesional del laboratorio			
Auxiliar de enfermería			
Facturación			
Especialista			
Farmacia			

**15. El personal de la institución le proporcionó toda la información necesaria para tener una adecuada atención? SI\_\_\_ NO\_\_\_**

**16. ¿Considera que lo atendieron fácilmente?: SI\_\_\_ NO\_\_\_**

**17. Entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió:**

Menos de media hora\_\_\_\_ una hora\_\_\_\_ mas de una hora\_\_\_\_

**18. El tiempo transcurrido entre la solicitud del servicio y su atención fue:**

El mismo día\_\_\_\_ al día siguiente\_\_\_\_ Menos de una semana\_\_\_\_ entre 7 y 15 días\_\_\_\_ más de 15 días\_\_\_\_

**19. ¿Está satisfecho con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron? SI\_\_\_ NO\_\_\_**

**20. ¿El personal de la institución lo atiende con amabilidad y respeto? SI\_\_\_ NO\_\_\_**

**21. ¿Se presentó algún problema en la atención? SI\_\_\_ NO\_\_\_**  
Si la respuesta es SI, responda la pregunta 11

**22. Se le dio solución a su problema. SI\_\_\_ NO\_\_\_**

**23. ¿Conoce usted sus deberes como usuario del servicio? SI\_\_\_ NO\_\_\_ ALGUNOS\_\_\_**

**24. ¿Conoce usted sus derechos como usuario del servicio? SI\_\_\_ NO\_\_\_ ALGUNOS\_\_\_**

**25. ¿Confía en el profesional de salud que lo atendió? SI\_\_\_ NO\_\_\_**

**26. la institución cuenta con instalaciones adecuadas al servicio que ofrecen SI\_\_\_ NO\_\_\_**

**27. ¿El servicio al que asistió le ayudó a mejorar su salud? SI\_\_\_ NO\_\_\_**

**Anexo D. Oficio para Autorización de aplicación del Instrumento.**

Neiva, Mayo de 20 2011

Estudiantes

DENNIS GARCIA RUBIANO  
GLORIA LENID TORO VARGAS  
MARHA NADIEZHDA CUELLAR CUENCA  
MARIA FERNANDA DE CASTRO ROJAS  
ROBERTH CAQUIMBO VARGAS  
TANIA PATRICIA TRUJILLO MOSQUERA  
CLAUDIA XIMENA LOSADA PUENTES  
NATALIA BARON CANO

La presente tiene la finalidad de autorizar el uso del instrumento “Impacto de la universalización del régimen subsidiado en el departamento del Huila (2005-2009)” para ser usado en la investigación “Percepción De La Calidad De La Atención En Salud De Los Usuarios Afiliados A Los Regímenes Subsidiado Y Contributivo En El Municipio De Neiva”

De antemano agradezco la atención prestada

DIEGO FERNANDO RIVERA CAMACHO  
C.C. 7.722.788 de Neiva  
Psicólogo  
Universidad Surcolombiana  
Magistrante de Salud Pública  
Universidad Nacional de Colombia