

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SOBRE LA
CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y
SEGUNDO NIVEL EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA EN EL AÑO 2009

JORGE IVAN MANCHOLA MORENO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
Y SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA - HUILA
2014

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO SOBRE LA
CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD DE PRIMER Y
SEGUNDO NIVEL EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA EN EL AÑO 2009

JORGE IVAN MANCHOLA MORENO

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

Asesor
DIEGO FERNANDO RIVERA CAMACHO,
Ps, Ms

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
Y SEGURIDAD SOCIAL
NEIVA - HUILA
2014

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Febrero del 2014

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mis compañeras de viaje Nadia y Julieta que han estado desde siempre brindando el apoyo y respaldo necesario en los momentos más difíciles, aun sacrificando tiempo y compañía.

A mis padres de quienes con su ejemplo de persistencia y amor me guiaron en este caminar.

Jorge Ivan

AGRADECIMIENTOS

El autor expresa sus agradecimientos a:

A los usuarios del sistema de salud que participaron en el trabajo porque sus resultados buscan mejorar las condiciones de dignidad y calidad de los servicios.

A mis profesores y especialmente a mi entrañable amigo Diego Fernando Rivera Psicólogo, por sus valiosos aportes técnicos y apoyo personal para que este trabajo viera la luz.

A los participantes mil gracias...

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	13
1. JUSTIFICACIÓN	14
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
3. OBJETIVOS	21
3.1 OBJETIVO GENERAL	21
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
4. ANTECEDENTES	22
5. MARCO TEÓRICO	26
5.1 GENERALIDADES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	26
5.1.1 Derechos del afiliado	28
5.1.2 Régimen subsidiado	29
5.2 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SOGCS)	30
5.2.1 Sistema único de habilitación	31
5.2.2 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud	31
5.2.3 Sistema único de acreditación	33
5.2.4 Sistema de Información para la calidad	33
5.3 DIMENSIONES DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	34
5.3.1 Concepto de calidad	36
5.3.2 Calidad del servicio	38

		Pág.
5.4	PERCEPCIÓN	39
5.4.1	Concepto	39
5.4.2	Percepción de la calidad en salud	40
6.	METODOLOGÍA	43
6.1	ENFOQUE Y DISEÑO	43
6.2	POBLACIÓN	44
6.3	MUESTRA	45
6.3.1	Estrategia para seleccionar la muestra	46
6.3.2	Criterios de inclusión	48
6.3.3	Criterios de exclusión	48
6.4	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	49
6.5	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	51
6.6	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	51
6.7	ASPECTOS ÉTICOS	51
7.	RESULTADOS	53
7.1	DESCRIPCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO	53
7.2	DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE LOS USUARIOS DEL NIVEL I Y NIVEL II	58
8.	DISCUSION	62
8.1	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	66
9.	CONCLUSIONES	67
10.	RECOMENDACIONES	69
	BIBLIOGRAFIA	70
	ANEXOS	75

LISTA DE CUADROS

		Pág.
Cuadro 1	Porcentajes de cobertura del régimen subsidiado	44
Cuadro 2	Tamaños de muestra según muestreo por conglomerados	47

LISTA DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Distribución según servicio al que asistió	53
Tabla 2	Distribución según percepción	54
Tabla 3	Distribución según accesibilidad	55
Tabla 4	Distribución según oportunidad	56
Tabla 5	Distribución según seguridad en la atención	57
Tabla 6	Comparación según calidad del personal	58
Tabla 7	Comparación según accesibilidad	59
Tabla 8	Comparación según oportunidad	60
Tabla 9	Distribución según seguridad en la atención	61

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A Tablas con los valores de J_i^2 y valor p	76

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo caracterizar la percepción de los usuarios del régimen subsidiado sobre la calidad de la atención en los servicios brindados por la red de prestadores de servicios de las diferentes Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Departamento del Huila. De igual manera busca determinar las diferencias en la percepción sobre la calidad de la atención entre los usuarios del nivel I de atención y usuarios de nivel II. Metodológicamente se usó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo de corte transversal. Se evaluaron 875 personas (Nivel de confianza del 95%; error relativo de 6%).

Las variables utilizadas fueron accesibilidad, oportunidad, seguridad y pertinencia. Se concluye que la prestación de servicios sigue centrada en el servicio de consulta externa lo que significa que estamos aún lejos de que nuestro sistema de salud tenga un carácter preventivo; la percepción de los usuarios sobre la atención realizada por los profesionales de medicina general y especializada, enfermería y odontología es buena en los dos niveles de atención, sin embargo se presentan problemas en la percepción de las actuaciones de los profesionales de laboratorio, auxiliares de enfermería y farmacia destacando que comparados este personal entre los dos niveles, el nivel I el que tiene mejor valoración de los usuarios.

Se concluye que los actores del sistema en el departamento deben mantener un seguimiento regular a la calidad centrada en los usuarios y como la perciben, superando la visión de calidad basada en la infraestructura.

Palabras Claves. Calidad de la atención, servicio eficiente, visión de calidad, servicio oportuno.

ABSTRACT

The main goal of this study is to characterize the subsidized regime customs' perception about the quality of the given services by system service providers of different Health Promoting Entities (EPS) of Huila Department. Likewise, it seeks to find out the differences in the quality perception between level 1 and level 2 customs. Methodologically, a quantitative approach was used; focus on a descriptive and a transversal work. 875 people were assessed (95 % of confidence level, 6 % of relative error)

The variables used were accessibility, opportunity, security and relevance. It concluded that the provided services is addressed on outpatient service which means that we are still far from our health system keeps in mind a preventive status, the customs' perception about the given services by the professional of general and specialist doctors, nursing and dentistry is good in both levels, however there are problems in the perception of the laboratory professionals, nurses, and pharmacy staff's behavior, emphasizing that, the comparison between both levels , the level 1 has a better customs assessment.

Key words. Quality of the attention, efficient service, vision of quality, opportune service.

INTRODUCCION

En el año 2010 el grupo de investigación Desarrollo Social, Salud Publica y Derechos Humanos de la Facultad de salud de la Universidad Surcolombiana desarrollo un proyecto de investigación acerca del Impacto de la Universalización del Régimen Subsidiado en el Departamento del Huila (2005-2009). Para lograr establecer sus fortalezas, dificultades, actores participantes, beneficiarios, aportes a la mejora de índices epidemiológicos de la región, y su continuidad en el departamento de acuerdo a sus fuentes de financiación, este proyecto liderado por Pedro Reyes Gaspar y apoyado por los co-investigadores, Diego Rivera Camacho y Lina Paola Rodríguez Angulo, para medir el impacto de la universalización, estuvo constituido por tres variables generales; y cada una de ellas contó con un equipo humano a cargo. Estas variables generales fueron:

- Costos financieros del proceso de universalización.
- Cambios en el comportamiento de la morbi-mortalidad y el perfil epidemiológico del Departamento del Huila.
- Percepción en la calidad de la atención en los usuarios del régimen subsidiado.

El presente documento pretende dar cuenta del proceso y los resultados obtenidos por el grupo encargado de trabajar en la variable “Percepción de la calidad de la atención en los usuarios del régimen subsidiado”, liderado por Diego Rivera Camacho y el psicólogo Jorge Iván Manchola Moreno, estudiante de la Especialización en Gerencia de Servicios de Salud y Seguridad Social, junto con un grupo de estudiantes de medicina de la Facultad de Salud.

1. JUSTIFICACIÓN

La vida moderna y la libre competencia al interior de los mercados y las sociedades exigen que todo tipo de servicios estén en permanente superación de los estándares anteriores. Hoy tenemos ciudadanos más informados sobre la forma como se vive en otras partes del mundo, con mayor capacidad de exigencia de sus derechos como ciudadanos y como consumidores frente al Estado y el sector privado.

La salud no es más un acto de beneficencia, es un servicio por el que los usuarios de manera directa o el Estado en su nombre, pagan para que sea prestado con los mejores y posibles estándares de satisfacción para quien lo compra y se beneficia. La calidad y su percepción por parte de quien lo consume es de suma importancia puesto que en la relación prestador-cliente, el último es quien determina la existencia del primero.

Por otra parte, las organizaciones que componen el sistema de salud, como todas las estatales, están sujetas a tres tipos de control: político, externo y social. El control político 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 ciudadanos¹.

Cada uno de los tipos de control ha evolucionado a la par con la transformación del Estado. En el caso de las entidades de fiscalización se observa una fuerte preocupación por modernizar el Estado y transmitir una imagen de transparencia en la gestión pública; las labores desarrolladas por estas entidades de control han corrido parejas a los cambios administrativos y a la necesidad de articularse a la dinámica económica².

¹ 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.

² RESTREPO, Darío Indalecio; CÁRDENAS, Raúl Ernesto. Ministerio de la Protección Social, PARS. ¿Ha mejorado el acceso en salud?. Evaluación de los procesos del régimen subsidiado Capítulo 6: Entre la indiferencia y la informalidad: evaluación del sistema de inspección, vigilancia y control.

La comunidad científica reconoce cada vez más claramente la utilidad de realizar evaluaciones. La evaluación es un poderoso instrumento para saber qué es lo que funciona, lo que no, y por qué. Es, asimismo, un importante vehículo de rendición de cuentas. Un número cada vez mayor de países Latinoamericanos reconoce, además, los beneficios que se derivan de la evaluación y muchos de ellos se esfuerzan por institucionalizar los sistemas de seguimiento y evaluación como parte de una gestión de gobierno sólida, sin embargo en Colombia los procesos de evaluación de políticas y programas se han tornado como procesos lentos debido a la no sistematización de la información y las diferentes barreras de acceso por parte de las instituciones públicas³.

La evaluación, entendida como una práctica seria de argumentación basada en una información pertinente, permite precisamente opinar de manera acertada, con menos subjetividad, acerca de los efectos de las acciones públicas. Su importancia es aún mayor cuando las instituciones y los gobiernos contemporáneos tienden a fundamentar su legitimidad no solo en la legalidad de sus decisiones, sino en lo que se hacen, es decir, en resultados. Es entonces importante que los gobiernos y los ciudadanos sepan lo que se ha logrado por medio de las acciones emprendidas⁴.

Los gobiernos deben tratar de comprender lo que pasa con los procesos sociales inducidos por la acción pública para fundamentar de manera lo más acertada posible las acciones futuras; los regímenes políticos democráticos tienen también la obligación de comunicar para explicar, con base a una información argumentada, y dialogar con sus públicos con el fin de conseguir el respaldo a sus acciones; y, por último, los gobiernos no pueden dejar de lado la responsabilidad de ejercer un control sobre las actividades que realizan.

La práctica de la evaluación debería ser considerada por el poder político como un aporte en el proceso de decisión y no como un ante poder que busca entorpecer su acción. La evaluación debe alimentar el debate democrático para favorecer así las prácticas pluralistas y fomente la deliberación más que la sumisión ante el poder político⁵.

³ BANCO MUNDIAL. Realización de evaluaciones de impacto de calidad con limitaciones de presupuesto, tiempo e información. 2006. Washington, D.C.

⁴ ROTH DEUBEL, Andrés Noel. Políticas públicas, formulación, implementación y evaluación, como elaborar las políticas públicas, quien decide, como realizarlas, quien gana o pierde, sexta edición, ediciones aurora.

⁵ MOKATE, Karen Marie. Convirtiendo el "monstruo" en aliado: la evaluación como herramienta de la gerencia social. Documentos de trabajo del INDES BANCO MUNDIAL. Realización de evaluaciones de impacto de calidad con limitaciones de presupuesto, tiempo e información. 2006. Washington, D.C.

El Departamento del Huila a pesar de contar con el primer lugar en coberturas a nivel nacional dentro del sector, en tanto, fue el primero en lograr la universalización en salud, sus instituciones prestadoras se encuentran en el nivel de habilitación; que en otras palabras se refiere a los requisitos mínimos para su funcionamiento y “son en su mayoría de carácter estructural. A diferencia de los estándares de acreditación que se enfocan en los procesos, abarcan la organización como un todo, su contenido está dirigido al proceso de atención de los usuarios⁶. El presente estudio aspira a ser un insumo en la toma de decisiones gerenciales y estratégicas de las instituciones que se encaminen por la ruta de la acreditación.

El proyecto de investigación sobre impactos de la universalización en general y su capítulo sobre la percepción de la calidad en particular soportan su importancia tanto para las entidades y actores del SGSSS en el territorio, en el entendido que la salud es uno de los servicios de mayor interés para las comunidades, por tener una relación directa con la existencia de las personas y la calidad de vida de las poblaciones. Su importancia también radica en que el Estado, al ser garante de la calidad y equidad en la prestación de los servicios de salud de la población colombiana a través de la rectoría del sistema, debe contar con diversas opiniones e insumos técnicos que le permitan estimar las mejoras en las condiciones en que se deben prestar estos servicios desde un enfoque de derechos y con la participación de la ciudadanía.

Tanto en el primero como en el segundo de los argumentos, la medición de la calidad a través de quienes son objeto de dicha atención, tiene un carácter fundamental, pues, este es el medio para hacer realidad la aspiración última de todo sistema de salud, el cual es mejorar la salud de la población e incrementar su esperanza de vida⁷. Los resultados acá presentados aportan a la comprensión de la dinámica y evolución recíproca entre determinantes de salud como son el comportamiento humano, los imaginarios sociales y actitudes que puedan tener los usuarios, en relación con un segundo gran determinante, los servicios de salud. Esta finalidad no solo debe asumirse desde una visión técnica, política y sociológica, sino fundamentalmente humanística.

⁵ ROTH DEUBEL, Andrés Noel. Políticas públicas, formulación, implementación y evaluación, como elaborar las políticas públicas, quien decide, como realizarlas, quien gana o pierde, sexta edición, ediciones aurora.

⁶ PARS. Programa de Apoyo a la Reforma en Salud. Documento conceptual sobre la calidad en Salud en el Régimen Subsidiado. Ministerio de la Protección Social Bogotá. 2005

⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Documento conceptual sobre focalización de subsidios en salud. Dirección general de gestión de la demanda en salud, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud. Bogotá D.C 2005

Aunque la presente investigación representa una línea base sobre la percepción en algunos servicios, de todas formas ayuda a entender las barreras culturales y sociales que hacen que la población no recurra de manera entusiasta a los servicios de salud y servirá de referente para comparar futuras mediciones de calidad que se realicen en el Huila y otros territorios.

Otro elemento que justifica la realización de que este tipo de investigaciones es el suministrado a la Universidad Surcolombiana como institución responsable de la formación, de buena parte del recurso humano del sector salud en el nivel operativo, así como en la dimensión administrativa con los estudios de postgrados ofrecidos desde la Facultad de Salud.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por medio de la ley 100 del 1993 el Estado Colombiano reestructuro el Sistema de Salud adoptando el modelo de aseguramiento como estrategia para la prestación de servicios de salud, tanto para la población trabajadora y con capacidad de asumir los costos del aseguramiento de salud y su familia. Como para la población más pobre, a través de garantizar el aseguramiento mediante subsidio Estatal. Este esquema de aseguramiento permitió el ingreso del sector privado en los niveles de aseguramiento y fortaleció su presencia en el de prestación de servicios, en un nuevo marco de competencia regulada o pluralismo estructurado⁸.

Dos han sido los propósitos estratégicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Por un lado, llegar a la cobertura universal de la población colombiana bajo dicho modelo de aseguramiento, haciendo énfasis en la protección del riesgo a la población más vulnerable. Por otro lado, garantizar un nivel de calidad progresivo en los servicios como mecanismo de equidad.

Así, lo dejó sentado la Ley 100, cuando establece como un fundamento de los servicios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la calidad, al expresar que: *“el sistema propiciara mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, oportuna, integral, continua...”*⁹ de igual forma la calidad se constituye en un atributo de la equidad¹⁰ al señalar en el mismo aparte que *“el sistema de seguridad social en salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia independientemente de su capacidad de pago”*¹¹.

Los servicios en general y especialmente los relacionados con el sector salud, en los que está de por medio la propia vida de los ciudadanos, deben ser prestados con alto nivel de calidad, de forma que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios.

⁸ NURIA HOMEDES, Antonio Ugalde. Las reformas en salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso.

⁹ Ley 100 de 1993

¹⁰ KERGUELÉN BOTERO, Carlos Alfonso. Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, 2008. Ministerio de la Protección Social.

¹¹ *Ibíd.*, p.

En cuanto a coberturas los logros en esta materia son notables. Mediante subsidios a la demanda, financiados con recursos públicos y privados de solidaridad, se incorporó la población más pobre del país al aseguramiento en salud, con incrementos sostenidos en la cobertura de la afiliación al régimen subsidiado, pasando de 8.527.061 afiliados en el año de 1998 a 9.510.566 para el año 2000, 11.867.947 en 2003 y 20.107.223 para 2006, lo cual expresa un mayor dinamismo en los últimos años en ampliación de cobertura¹².

El crecimiento de la cobertura se ratifica en los resultados de la Encuesta de calidad de vida. En ella se muestra que el aseguramiento se ha convertido en una garantía del acceso de la población pobre al servicio de salud y, además, registra gran favorabilidad en los usuarios (alrededor del 80% de los entrevistados le otorgaron la calificación de bueno).

Ahora bien, aunque los datos son alentadores en cuanto la población cubierta y recursos invertidos, también es cierto que las características de calidad en las que se dan los procesos de la prestación de los servicios y la forma como son percibidos y/o legitimados por los usuarios, constituye en siguiente reto para el sistema. En la ejecución diaria de los procesos es donde se presenta la relación directa con los usuarios y, por tanto, donde se materializan los éxitos o fracasos derivados de los aciertos o de las deficiencias existentes en la formulación de las políticas nacionales y territoriales, en la ejecución en el ámbito local y en el seguimiento y evaluación en todas las esferas.

Para el caso del régimen subsidiado en Colombia, se han detectado dificultades en el funcionamiento operativo diario, inadecuada ubicación dentro de la administración local, limitaciones en la cultura de algunos servidores públicos para atender la población, dificultades en la información a los usuarios para tener acceso a los servicios, ineficiencias en el uso y optimización de los recursos, etc.¹³.

En un sistema de salud basado en el aseguramiento como el SGSSS, pluralista con participación pública y privada, que opera bajo principios de equidad, universalidad, protección integral y libre escogencia de los usuarios, la calidad constituye un objetivo clave en cuyo logro concurren aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los propios usuarios. En este sentido, la

¹² COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PARS). Garantía de una mejor gestión del régimen subsidiado

¹³ *Ibid.*, p. PARS.Documento conceptual sobre la calidad en Salud en el Régimen Subsidiado. Bogotá. 2005

generación, evaluación y mejoramiento continuo de la calidad en la atención y su impacto sobre las condiciones de salud y bienestar de la población, ha estado presente en los postulados y desarrollos de la reforma desde su concepción.

La calidad de la atención, en el marco del SGSSS y la normatividad vigente, se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana¹⁴.

Ahora bien, en la actualidad y después de un no muy largo proceso de regulación y monitorización el Gobierno Nacional estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC)¹⁵, el cual, ha dado un marco técnico básico en el que se deben basar los prestadores de servicios de salud para hacerlo bajo patrones de calidad estandarizados, por lo menos en cuanto a infraestructura y dotación fundamentalmente.

A la fecha, ninguna institución de tipo gubernamental o privado, ha realizado la evaluación del impacto que ha generado el acogimiento a la universalización del régimen subsidiado en el Departamento del Huila.

Esta es una de las razones por la que es necesario desarrollar procesos de seguimiento e investigación en el tema de calidad, tanto desde el Ministerio, como desde la academia, la cual influye en el debate de la construcción de políticas públicas y a la formación del talento humano del sector salud.

Por tal motivo, la presente investigación es un esfuerzo por medir el impacto de la universalización del régimen subsidiado en el departamento del Huila. Este estudio se centró en la evaluación de la calidad percibida alrededor y pretendió dar respuesta a la siguiente pregunta

¿Cuál es la percepción de los usuarios del régimen subsidiado sobre la calidad de la atención en los servicios de salud de primer nivel en el departamento del Huila en el año 2009?

¹⁴ *Ibid.*, p.

¹⁵ Decreto 1011

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar la percepción de los usuarios del régimen subsidiado sobre la calidad de la atención en los servicios de salud brindados por la red de prestadores de servicios de las diferentes Empresas Promotoras de Salud (EPS) del Departamento del Huila durante el año 2009.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir la percepción de calidad de los usuarios a partir de las características de calidad de la atención en los servicios de salud señalados por el decreto 1011 de 2006 del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud en los usuarios del régimen subsidiado.

Determinar las diferencias en la percepción sobre la calidad de la atención entre I.P.S de baja y la mediana complejidad según los usuarios del régimen subsidiado.

4. ANTECEDENTES

Dentro de los procesos de investigación que fueron tenidos como referente para la presente investigación se puede señalar en primer lugar el realizado por los investigadores Barbara C. Gattinara, Jaime Ibacache, Carlos T. Puente, Jolanda Giaconi, Andrea Caprara en 1995 en los Distritos Norte e Ichilo, en Bolivia sobre Percepción de la Comunidad Acerca de la Calidad de los Servicios de Salud Públicos haciendo énfasis en la relación entre el personal de salud y los pacientes¹⁶.

Dentro de los aspectos metodológicos centrales se deben resaltar que dicho estudio fue realizado tomando como población objeto toda la población beneficiaria de las instituciones, y no solamente, quienes hicieron uso de los servicios en el momento de la recolección de la información. El segundo aspecto importante tiene que ver con la combinación de métodos cuantitativos y cualitativos. Dentro de sus resultados encontraron que los factores principales en la calidad de la relación entre el personal de salud y los pacientes están asociados a la actitud del personal de salud, en términos de trato brindado por el personal de salud y el nivel de comunicación entre el personal de salud y los pacientes.

También encontraron que el 29.5% de los entrevistados consideraban que el personal de salud trataba discriminatoriamente a los pacientes indígenas, el 50% expreso que era insuficiente el tiempo de la consulta. Así como el 60% también expreso que la comprensión de las recomendaciones dadas por el personal de salud era igualmente insuficientes.

Otro trabajo que se tomó como referencia y antecedente para la realización de la presente investigación fue el realizado por Ramírez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P y Nigenda-López G, el cual tuvo como objetivo describir la percepción de la calidad de la atención recibida por los usuarios en servicios ambulatorios de salud en México¹⁷ y analizar su relación con algunas características predisponentes y habilitadoras de la población usuaria. Dentro de la información analizada en el estudio se encuentra la Encuesta Nacional de Salud II de 1994 de México, que levantó información de 3.324 usuarios que acudieron a los servicios de salud en las dos últimas semanas previas a la encuesta.

¹⁶Cad. SaúdePúbl., Rio de Janeiro, 11 (3): 425-438, jul/set, 1995 <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v11n3/v11n3a05.pdf>

¹⁷ RAMÍREZ-SÁNCHEZ TJ,; NÁJERA-AGUILAR P, Nigenda-López G. Salud pública de México / vol.40, no.1, enero-febrero de 1998

Dentro de los resultados 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 trato personal (23.2%) y mejoría en la 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 atención¹⁸.

A nivel nacional podemos mencionar en primer lugar el estudio adelantado sobre calidad percibida por usuarios de hospitales que participaron en el programa de reestructuración de redes de servicios de salud realizado por el ministerio de la protección social y la universidad de Antioquia en el año 2008 y presentado por Cabrera Arana, Bello Parías y Londoño Pimienta¹⁹.

El objetivo fue establecer una línea base de la calidad percibida por usuarios de los hospitales en mención. El método utilizado fue un instrumento validado para medir percepción de calidad según los usuarios de servicios de salud pekasuss. Fueron entrevistados 4021. Dentro de los resultados se destaca que en cuanto a los tiempos de espera para ser atendidos el 25% espero menos de 10 minutos; el 32,5% espero entre 11 a 30, el 17,5% de 31 a 60, 13,2% de 61 a 120, el 7,2% espero de 121 a 180 minutos y el 4,3% espero más de 181 minutos. Estos tiempos de espera se percibieron como muy cortos por el 8,8%, como cortos por el 34,7%, ni cortos ni largos por el 23,6%, largos por el 18,0% y como muy largos por el 14,9%.

Frente a la atención recibida el 7,2% de usuarios dijeron estar muy satisfechos; el 3,4% satisfechos, 16,1% ni satisfechos ni insatisfechos; 3,4% insatisfechos y el 1,7% dijeron estar muy insatisfechos. Los usuarios calificaron la calidad del servicio recibido, en una escala de 0,0 a 5,0 con un promedio de 3,98. El 25%

¹⁸ Ibíd.

¹⁹ CABRERA-ARANA, Gustavo A. y colaboradores. Calidad Percibida por usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. Rev. salud pública. 10 (4):593-604, 2008 Gómez - U

asignaron cinco, 49,3% dieron puntajes de cuatro a cuatro nueve, el 21% de tres a tres nueve, 3,2% de dos a dos nueve y el 1% de uno a uno nueve.

Seguidamente y por su novedad reviso el estudio realizado por Delgado-Gallego María E. Vázquez-Navarrete María L.y Morales-Vanderlei Lygia²⁰. Denominado Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil realizado en el año 2010 cuyo objetivo fue el de analizar los marcos de sentido en la definición de la calidad de un servicio de salud de los diversos actores sociales en Colombia y Brasil.

El diseño metodológico del fue de tipo cualitativo, descriptivo-interpretativo, mediante grupos focales y entrevistas individuales en dos municipios de Colombia y Brasil. La muestra estuvo constituida por agentes sociales, buscando variedad del discurso: en usuarios y líderes; Personal de salud y Formuladores de políticas.

Dentro de lo hallado se encontró que los marcos de sentido desde los cuales construyen la calidad de la atención, usuarios y personal de salud en ambos países, mostraron convergencias en torno a tres grandes ejes: adecuación de la estructura, nivel técnico y humanización de la atención. Presentaron, no obstante, matices diferenciadores: los usuarios de ambos países profundizan en aspectos estructurales y organizativos como disponibilidad y accesibilidad de recursos, y en aspectos técnicos, como resolutivez y calidad técnica. El personal de salud de Colombia y Brasil mostró similitudes, pero mientras los primeros destacaban más una administración ágil y tiempo de consulta mayor; los segundos, más disposición de personal especializado, materiales e insumos suficientes. Por su parte, el marco de sentido de los formuladores emergió del conjunto de normas legales.

Igualmente concluyen que los matices aportados por los distintos marcos de sentido de calidad de los actores sociales, indican la necesidad de tenerlos en cuenta en su totalidad, ya que apuntan a diferentes debilidades del sistema. Además, muestran que los usuarios profundizan más en aspectos técnicos del servicio de lo considerado habitualmente.

²⁰ Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. Rev. salud pública. 12 (4): 533-545, 2010

Otro estudio que se encontró en la revisión del estado del arte sobre percepción de la calidad fue el realizado por Bautista docente Universidad Francisco de Paula Santander. Cúcuta, Norte de Santander cuyo objetivo fue describir la forma como algunos usuarios de la Empresa Social del Estado Francisco de Paula Santander, de Cúcuta, Colombia, hospitalizados en el servicio de especialidades médicas, percibieron la calidad del cuidado del personal de enfermería durante el segundo semestre de 2004. Para este propósito tomaron una muestra de: 202 usuarios del servicio de especialidades médicas que cumplieran con los criterios de inclusión y aceptaran participar mediante firma de consentimiento informado. El estudio es de tipo cuantitativo descriptivo transversal. Se utilizó el instrumento Caring Assessment Questionare (Care-Q) de Patricia Larson, integrado por cincuenta preguntas divididas en las siguientes subescalas del comportamiento de la enfermera: accesible, explica y facilita, conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza, y monitorea y hace seguimiento.

Dentro de los resultados se encontró que los comportamientos más importantes percibidos por los usuarios están relacionados con habilidades del personal como: administrar al paciente los tratamientos y las medicinas oportunamente, saber aplicar inyecciones, manipular equipos de uso parenteral (sueros), las máquinas de succión y otros equipos. Los comportamientos menos importantes son: preguntar al paciente cómo prefiere que lo llamen, sentarse con éste, ser jovial, ofrecer alternativas razonables y encontrar la mejor oportunidad para hablarle sobre los cambios de su estado de salud.

A partir de lo anterior se concluye 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 del paciente hospitalizado en el servicio de clínicas médicas.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 GENERALIDADES DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Al producirse la primera revolución industrial, el trabajador se encontraba en el más absoluto desamparo, frente a los riesgos y contingencias sociales, jornadas de trabajo extenuantes, salarios miserables que tenían que aceptar para no morir de hambre, los obreros ubicados en tan lamentable situación, debían atender con sus magros salarios los riesgos y contingencias sociales, aunque para ello tuvieran que enviar a la fábrica, sus mujeres y a sus hijos menores.

Obviamente, el conjunto de estos aportes resultaba insuficiente para cubrir esos requerimientos. Fue así como, progresivamente, surgieron los sistemas iniciales de protección, como el ahorro privado, la mutualidad, el seguro privado, la responsabilidad civil y la asistencia pública. El ahorro privado o particular; nace como una necesidad que se caracterizó por ser la reserva que la persona hace de parte de sus ingresos ordinarios, y renunciando a satisfacciones creando una reserva que permitirá la atención de hechos imprevisibles, en unos casos, y perfectamente previsibles en otros. Sin embargo, este sistema, resultó diminuto para dar respuesta adecuada a su finalidad²¹.

En Colombia el Sistema Nacional de Salud (SNS) fue creado mediante la Ley 056/1975 y rigió hasta 1993, cuando se creó el nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud. El SNS buscaba articular tres subsectores, de una parte el subsector de la asistencia pública, sostenido por el subsidio a la oferta a través de una red hospitalaria pública, cuyos servicios estaban orientados hacia la población pobre y administrado por el estado con recursos provenientes de impuestos; por otro lado, el subsector de la seguridad social conformado bajo la lógica del modelo *bismarkiano*, con instituciones diferentes para los trabajadores del sector privado y los del sector público, lo cual introdujo desigualdades internas y administrativas, y por último, el subsector privado basado en la compra de servicios por gasto directo de bolsillo o por seguros privados conocidos como medicina prepagada. Bajo esta estructura fragmentada la idea del derecho ciudadano y universal a la salud nunca se materializó, al contrario la salud se convirtió en un bien de propiedad²².

²¹ *Ibíd.*, p. 607

²² CETINA, O. Derecho integral de seguridad social. Capítulo I: Genealogía de la seguridad social. Universidad Externado de Colombia. Bogotá, Colombia. 1986.

Dada la fragmentación del SNS, nació la idea de integración de los subsectores en un servicio único estatal, con lo cual también disminuirían las desigualdades entre los mismos y cuya coordinación funcional estaría a cargo del antiguo Ministerio de Salud. En 1991, con la nueva Constitución Política de Colombia, la principal preocupación de la asamblea nacional constituyente, fue incluir la salud y la seguridad social como derechos constitucionales, pero finalmente estos pasaron a ser un “servicio público a cargo del estado”. Fué así que 1993 surgió la Ley 100 que reformó el SNS y creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), bajo un modelo de pluralismo estructurado o *mercado regulado*²³, basado en la mezcla pública-privada y mercado-regulación, cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales obtenidos por medio de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado. Las Empresas Promotoras de Salud-EPS son entidades públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras. Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) se encargan de proveer los servicios de atención a los usuarios, de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud-POS.

El contenido del POS del régimen subsidiado representa cerca del 60% del que tiene el régimen contributivo. El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), se encarga de reconocer el pago a las EPS, según el número de afiliados y el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y trasladar recursos fiscales para el régimen subsidiado. Las grandes fuerzas que regulan el SGSSS son la macroeconomía (estructura productiva y salarial, empleo, distribución del ingreso y tendencias económicas) el desarrollo social, en especial la pobreza, el grado de desarrollo general, el modelo de industrialización, el sistema productivo y laboral, la concentración del ingreso, los recursos fiscales, la descentralización y otros similares.

El modelo de financiamiento mixto del SGSSS es quizás el más difundido en el mundo, en especial en los países en desarrollo o de ingresos bajos y medios. En cada país este modelo se ubica en alguna combinación de recursos de seguridad social, obtenidos por medio de cotizaciones y recursos fiscales, originados en los impuestos. Adicionalmente, en cada país el sistema de salud adopta una estructura, una organización y unos arreglos institucionales específicos

²³ HERNANDEZ ALVAREZ, Mario. El debate sobre la ley 100 de 1993: antes, durante y después. La salud pública hoy. Enfoques y dilemas en salud pública. Universidad Nacional de Colombia. 2004

Aunque las tendencias no son uniformes en el tiempo, el incremento de la cobertura del SGSSS se distribuyó en proporciones semejantes en los diferentes grupos de edad,²⁴ con predominio de la población menor de 15 años.

Así mismo, la afiliación y aseguramiento presentó un incremento en todos los niveles educativos y se redujeron significativamente las diferencias entre estos últimos²⁵.

5.1.1 Derechos del afiliado. Recibir una amplia gama de servicios. Son servicios del POS:

- Programas de prevención de enfermedades.
- Urgencias de cualquier orden.
- Consulta médica general y especializada en cualquier área médica.
- Consulta y tratamientos odontológicos (excluyendo ortodoncia, periodoncia y prótesis).
- Exámenes de laboratorio y Rayos X.
- Hospitalización y cirugía.
- Consulta médica en psicología, optometría y terapias.

²⁴ YEPES FJ,; RAMÍREZ, M, y col., Aiming for Equity in Colombia's Health System Reform: Achievements and Continuing Challenges. En: Haddad S, Bar E, Narayana D, editores. Safeguarding the Health System in times of macroeconomic instability: policy lessons for low and middleincome countries. Africa World Press, IDRC; 2007.

²⁵ FLOREZ, Carmen; SOTO, Victoria Eugenia y col., Avances y Desafíos de la equidad en el Sistema de Salud colombiano. CEDE, Universidad de los Andes, Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario. Fundación Corona, 2007. Consultado el 30 de mayo de 2008 en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/VerImp.asp?ID=16585&IDCompany=39>

- Medicamentos esenciales en su denominación genérica.
- Atención integral durante la maternidad, el parto y al recién nacido.
- Estos servicios de atención que le garantiza el
- Atención de enfermedades graves como SIDA y Cáncer.
- Se excluyen del POS: cirugía estética con fines de embellecimiento, tratamientos nutricionales con fines estéticos, tratamiento de várices con fines estéticos, curas del sueño, tratamiento o medicamentos experimentales²⁶.

5.1.2 Régimen subsidiado. Es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad.

Se combinan 2 criterios para ser beneficiario del régimen subsidiado en salud, establecidos por el Consejo Superior de Seguridad Social en Salud: la carencia de ingresos y la vulnerabilidad ante los riesgos que afectan la salud.

Para su afiliación las entidades territoriales deberán hacer público en lugares visibles de fácil acceso para la población y de manera permanente, el listado de la población elegible.

No podrán ser beneficiarios²⁷: personas con capacidad de pago para afiliarse al Régimen Contributivo, que estén vinculadas mediante contrato de trabajo y devenguen como mínimo un salario mínimo legal mensual vigente y personas que gocen de alguna clase de pensión salvo los que estén en el Fondo de Solidaridad Pensional, que sea beneficiario de otra persona afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, o que pertenezca a un régimen especial o de excepción.

²⁶ ACUERDO No.008, Plan Obligatorio de Salud Contributivo; 1994. Artículo 7.

²⁷ *Ibíd.*, Artículo 3. Parágrafo 2.

En cada uno de los grupos de población existirá prioridad en la atención para mujeres en estado de embarazo o período de lactancia que se inscriban en programas de control prenatal y postnatal, niños menores de cinco años, población en condición de desplazamiento forzado, población con discapacidad identificada mediante encuesta SISBEN, mujeres cabeza de familia, según la definición legal, población de la tercera edad, núcleos familiares de las madres comunitarias, desmovilizados.

5.2 SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SOGCS)

Se aplicara a las EPS, ARS, las Entidades Adaptadas, las Empresas de Medicina Prepagada y a las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud; excepto, a las Instituciones del Sistema de Salud pertenecientes a las Fuerzas Militares y a la Policía Nacional las cuales podrán acogerse de manera voluntaria al SOGCS obligatoria, cuando quieran ofrecer la prestación de servicios de salud a EAPB, IPS, o con Entidades Territoriales. No se aplicarán las normas del SOGCS a los Bancos de Componentes Anatómicos, así como al Invima .

Son características del SOGCS la accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad.

Entidades responsables del funcionamiento del SOGCS :

- Ministerio de la Protección Social. Desarrollará las normas de calidad, expedirá la reglamentación, velará por su permanente actualización y por su aplicación para el beneficio de los usuarios, prestará asistencia técnica a los integrantes del Sistema con el propósito de orientarlos en el cumplimiento de sus responsabilidades y emitirá concepto en aspectos técnicos cuando lo soliciten las Entidades Territoriales y los prestadores de servicios de salud siempre que el Ministerio lo considere pertinente.
- Superintendencia Nacional de Salud. Ejercerá las funciones de vigilancia, inspección y control.
- Entidades Departamentales y Distritales de Salud. Les corresponde cumplir y

hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones.

- Entidades Municipales de Salud. Les corresponde brindar asistencia técnica para implementar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

Son componentes del SOGCS:

- El Sistema Único de Habilitación.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

5.2.1 Sistema único de habilitación. Es el conjunto de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico-administrativa, indispensables para la entrada y permanencia en el Sistema.

La Superintendencia Nacional de Salud será la entidad competente para habilitar a las EAPB. El Ministerio de la Protección Social establecerá el procedimiento que la Superintendencia Nacional de Salud deberá aplicar para la verificación, registro y control permanente de las condiciones de habilitación de las EAPB, tanto para aquellas que actualmente se encuentran en operación, como para las nuevas entidades.

5.2.2 Auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las IPS y las EAPB.

La auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud implica:

- La realización de actividades de evaluación, seguimiento y mejoramiento de procesos definidos como prioritarios.
- La comparación entre la calidad observada y la calidad esperada, la cual debe estar previamente definida mediante guías y normas técnicas, científicas y administrativas.
- La adopción por parte de las instituciones de medidas tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

En cada una de las entidades obligadas a desarrollar procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud, el modelo que se aplique operará en los siguientes niveles:

- Autocontrol. Cada miembro de la entidad planea, ejecuta, verifica y ajusta los procedimientos en los cuales participa, para que estos sean realizados de acuerdo con los estándares de calidad definidos por la normatividad vigente y por la organización.
- Auditoría Interna. Consiste en una evaluación sistemática realizada en la misma institución, por una instancia externa al proceso que se audita. Su propósito es contribuir a que la institución adquiera la cultura del autocontrol. Este nivel puede estar ausente en aquellas entidades que hayan alcanzado un alto grado de desarrollo del autocontrol, de manera que este sustituya la totalidad de las acciones que debe realizar la auditoría interna.
- Auditoría Externa. Es la evaluación sistemática llevada a cabo por un ente externo a la institución evaluada. Su propósito es verificar la realización de los procesos de auditoría interna y autocontrol, implementando el modelo de auditoría de segundo orden.

5.2.3 Sistema único de acreditación. Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de auto evaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las IPS, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

5.2.4 Sistema de Información para la calidad. El Ministerio de la Protección Social lo diseñará e implementará con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB.

Son objetivos del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

- Monitorear. Hacer seguimiento a la calidad de los servicios.
- Orientar. Contribuir a orientar el comportamiento de la población general para la selección de la EAPB y/o la Institución Prestadora de Servicios, por parte de los usuarios y demás agentes, con base en información sobre su calidad.
- Referenciar. Contribuir a la referenciación competitiva sobre la calidad de los servicios entre las EAPB y las Instituciones Prestadoras de Servicios.
- Estimular. Propende por apoyar e incentivar la gestión de la calidad basada en hechos y datos.

Son principios del Sistema de Información para la Calidad, los siguientes:

- Gradualidad. La información será desarrollada e implementada de manera progresiva.
- Sencillez. La información se presentará de manera sencilla que sea comprendida y asimilada por la población.

- Focalización. La información estará concentrada en transmitir los conceptos fundamentales relacionados con los procesos de toma de decisiones de los usuarios para la selección de EAPB y de IPS con base en criterios de calidad.
- Validez y confiabilidad. La información será válida porque presenta aspectos centrales de la calidad y confiable porque mide calidad en todas las instancias en las cuales sea aplicada.
- Participación. En el desarrollo e implementación de la información participarán de manera activa las entidades integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Eficiencia. Debe recopilarse solamente la información que sea útil para la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención en salud y debe utilizarse la información que sea recopilada.

5.3 DIMENSIONES DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

De acuerdo a la literatura, la calidad en los servicios de salud puede dividirse en dos dimensiones: la técnica y la funcional. La calidad técnica se refiere a la exactitud del diagnóstico médico y al ajuste de las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados. La calidad funcional se relaciona con la manera en la cual el servicio es prestado al usuario²⁸.

Basados en las anteriores dimensiones de la calidad propuestas, debemos aclarar que la intención de la presente investigación pretende conocer la percepción de calidad funcional que tienen los pacientes, con lo anterior no pretendemos decir que los pacientes no valoren el impacto técnico de los servicios prestados solamente que la percepción de calidad que depende de las expectativas y necesidades del paciente no son tan fácilmente medibles.

²⁸ LOZADA OTÁLORA, Mauricio y RODRÍGUEZ OREJUELA, Augusto. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Cuadernos de administración. Bogotá. Colombia, 2007.

La construcción de juicio de los usuarios o pacientes se basa en cuatro fuentes: comunicación *boca-oído*, es decir la comunicación que los usuarios escuchan de otros usuarios, en segundo lugar las necesidades personales, en tercer lugar las experiencias que ha tenido en el uso de un servicio y la cuarta fuente es la comunicación externa de los proveedores del servicio.²⁹

Ahora bien, en la actualidad del país y después de un no muy largo proceso de regulación y monitorización el Gobierno Nacional estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC) inicialmente por medio del decreto 2309 del año 2002 y luego actualizado por el decreto 1011 del 2006, el cual define dicho sistema como 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 país³⁰, y que a su vez define calidad de la siguiente manera: *“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”*³¹.

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, 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. El segundo enfoque sostiene que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina, en forma definitiva, su nivel de calidad. Esta definición es consecuente con la reportada en la literatura sobre calidad del servicio y vincula una visión personal y subjetiva³².

²⁹ PARASURAMAN, Valarie A.; Leonard, L. y Berry, Zeithaml. Calidad Total en la Gestión de Servicios. Díaz de Santos S.A 1993. Madrid, España.

³⁰ *Ibíd.*

³¹ COLOMBIA. MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL. Decreto Numero 1011 DE 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

³² OTÁLORA M y RODRIGUEZ A. Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing, p.6.

En el SOGCS definen calidad en los servicios de salud 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 usuarios³³. A su vez, la observación de la calidad de los servicios de salud la podemos realizar en 2 dimensiones: la técnica y la funcional. La calidad técnica se refiere a la exactitud del diagnóstico médico y al ajuste a las especificaciones profesionales de los procedimientos aplicados. La calidad funcional se relaciona con la manera en la cual el servicio es prestado al usuario³⁴.

En Colombia, la privatización de los servicios públicos, en especial de todos aquellos prestados por el estado con carácter de monopolio, crea la urgente necesidad de investigar la calidad del servicio. La importancia del sector público es indudable en la mayoría de las economías en vía de desarrollo. Sin embargo, la preocupación por la calidad de los servicios públicos en Colombia es reciente.

Se inicia con la promulgación de la ley 142 de privatización de los servicios públicos y en el caso particular de los servicios de salud en el decreto 2174 de 1996 por el cual se organiza el sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de seguridad social en salud, el cual debe cumplir con lo especificado en La Ley 100 de 1993, en su artículo 153 donde se describen las características de esta, en el cual se prevé que el Sistema General de Seguridad Social debe establecer mecanismos de control de los servicios para garantizar a los usuarios una atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en la práctica profesional³⁵.

5.3.1 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 para unos la Calidad residirá en un producto y en otros en su servicio posventa de

³³ Op., cit. Decreto No. 1011 DE 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

³⁴ OTÁLORA Y RODRIGUEZ, Op., cit., p.7.

³⁵ *Ibíd.*, p.6.

este producto, por poner un ejemplo³⁶.

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 perfección³⁷.

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 implícitas³⁸.

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 etcétera³⁹.

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”⁴⁰.

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

³⁶ ALTOZANO, Esteban. Que es la calidad.

³⁷ SÁENZ JIMÉNEZ, Lenín. Administración de Servicios de Salud. Editorial: EUNED. Edición: 1ª reimpresión de la 2ª edición (2003-2004). p. 356.

³⁸ ALTOZANO. Op., cit.

³⁹ GUTIÉRREZ PULIDO, Humberto. Calidad Total Y Productividad. editorial: Mc Graw Hill. formato: rustica, edición: 01. (2010). isbn: 9786071503152b.

⁴⁰ OTERO, M. Jaime. Calidad en Salud. Perú. p. 3.

5.3.2 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 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 cliente⁴¹.

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 competitividad⁴².

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 consumidor⁴³.

En Colombia estos desafíos se deben atender considerando los aspectos técnicos y funcionales propios de los servicios de salud⁴⁴, 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 mercado⁴⁵.

⁴¹ LOSADA OTÁLORA, Mauricio y 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

⁴² ROLDAN, Piedad; VARGAS, Clara Ruth y col., 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.

⁴³ 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.

⁴⁴ ROLDAN; VARGAS y col., p. 14-18.

⁴⁵ LOSADA y, RODRÍGUEZ. Op., cit., p. 237-258.

5.4 PERCEPCIÓN

5.4.1 Concepto. 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 simbolización⁴⁶.

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 social⁴⁷.

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 percibido se lleva a cabo una selección de lo que es importante dentro de las circunstancias biológicas, históricas y culturales⁴⁸.

⁴⁶ 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>

⁴⁷ *Ibíd.*, p. 47-53

⁴⁸ VARGAS. *Op., cit.*, p. 47-53

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 ambiente⁴⁹.

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 realidad⁵⁰.

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 cultural⁵¹.

5.4.2 Percepción de la calidad en salud. 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 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 presta⁵².

⁴⁹ *Ibíd.*, p. 47-53

⁵⁰ *Ibíd.*, p. 47-53

⁵¹ *Ibíd.*, p. 47-53

⁵² *Ibíd.*, p.45

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 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”⁵³.

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 integró 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

⁵³ GÓMEZ ARANGO, Silvio y 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%2020parte.pdf>

de los servicios a través de la competencia⁵⁴.

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 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 Latina⁵⁵.

⁵⁴ 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

⁵⁵ 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>

6. METODOLOGÍA

6.1 ENFOQUE Y DISEÑO

Esta investigación se encuentra en el marco del 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.⁵⁶ 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 investiga⁵⁷. La escogencia de este tipo de estudio se hace con la finalidad de describir de manera cuantitativa las características de la percepción de los usuarios del régimen subsidiado sobre la calidad de la atención en los servicios de salud de primer nivel de complejidad en el departamento del Huila.

Este proceso demanda el registro de la información en condiciones de estricto control, para este efecto se hace necesario caracterizar la población, definir las variables, con el fin de encontrar una generalidad verificable dentro de unas condiciones específicas del conocimiento generado.

Por otra parte, la presente investigación cumple con las características que fundamentan una investigación cuantitativa permitiendo la enumeración y medición (que son consideradas condiciones necesarias); de igual manera la medición debe ser sometida a los criterios de confiabilidad y validez, busca reproducir numéricamente las relaciones existentes entre los objetos y los fenómenos y permiten el uso de las matemáticas y todas aquellas entidades que operan en torno a ella⁵⁸.

⁵⁶ DANHKE, L. Metodología de la Investigación., Editorial UEFA 1989. P 385-454.

⁵⁷ HERNÁNDEZ, Roberto; FERNÁNDEZ, Carlos y BAPTISTA, Lucio. Metodología de la Investigación. 4 ed. México.: Mc Graw Hill. 2007. 850 p. ISBN-13: 978-970-10-5753-7

⁵⁸ CERDA GUTIERREZ, Hugo. Los elementos de la Investigación: Como reconocerlos, diseñarlos y construirlos. Editorial el Buho. Bogotá, 2000.

6.2 POBLACIÓN

La población estudio está conformada por los usuarios del régimen subsidiado del Departamento del Huila, según información suministrada por la Secretaria de Salud Departamental Huila. Para el año 2008, los porcentajes de cobertura del régimen subsidiado se presentan en la siguiente tabla:

Cuadro 1. Porcentajes de cobertura del régimen subsidiado.

Municipio	Población 15 a 65 años de edad	% cobertura	N final
Acevedo	15.803	94%	14.807
Agrado	4.844	99%	4.800
Aipe	12.469	85%	10.636
Algeciras	13.966	92%	12.863
Altamira	2.248	94%	2.109
Baraya	5.518	100%	5.518
Campoalegre	20.170	93%	18.657
Colombia	6.835	92%	6.302
Elias	1.997	97%	1.945
Garzon	43.767	82%	35.758
Gigante	17.328	95%	16.410
Guadalupe	10.693	98%	10.426
Hobo	3.925	96%	3.776
Iquira	6.676	81%	5.414
Isnos	14.477	89%	12.899
La argentina	7.053	90%	6.312
La plata	31.698	83%	26.151
Nataga	3.344	85%	2.839
Neiva	213.361	87%	184.557
Oporapa	6.038	90%	5.422
Paicol	3.016	93%	2.817
Palermo	17.421	96%	16.742
Palestina	6.304	100%	6.304
Pital	7.560	67%	5.050
Pitalito	65.487	84%	55.140
Rivera	10.647	93%	9.880
Saladoblanco	5.878	87%	5.090
San Agustín	18.487	92%	16.988

Santa María	6.273	96%	6.016
Suaza	8.982	94%	8.425
Tarqui	9.275	97%	9.015
Tello	7.636	100%	7.636
Teruel	4.993	95%	4.738
Tesalia	5.275	94%	4.964
Timana	11.968	100%	11.968
Villavieja	4.261	99%	4.227
Yaguara	5.229	100%	5.229
Total	640.902		567.831

De acuerdo a lo anterior se observa una población con cobertura del régimen subsidiado de 934,950 habitantes en el Departamento del Huila.

6.3 MUESTRA

Para la encuesta estructurada se calculó el tamaño de muestra con los siguientes parámetros poblacionales:

Nivel de confianza	=	95%
T	=	1,96
Probabilidad positiva	=	0,5 (no hay antecedentes)
Q	=	1-prevalencia
Error Relativo	=	6,63%
E	=	0,0331

Téngase en cuenta que un error relativo de 6,63% permite una muestra numéricamente manejable, manteniendo un adecuado nivel de confianza. Para el cálculo del tamaño de la muestra para poblaciones infinitas se aplicará la siguiente fórmula:

$$n = \frac{p * q * t^2}{\epsilon^2} \quad n = 875 \text{ personas}$$

Para ajustar la n de población infinita y aplicarla a la población usuaria del régimen subsidiado del departamento del Huila es de 567.831 personas; para lograr este

cálculo, fue necesario calcular el porcentaje de cobertura del régimen subsidiado de cada municipio.

Se aplicó la fórmula para ajustar muestras infinitas a poblaciones reales ó ajustadas:

$$n = \frac{n}{1+f}$$

n= 873 personas

6.3.1 Estrategia para seleccionar la muestra. Para la selección de la muestra y la correspondiente aplicación del instrumento para caracterizar la percepción se procedió realizar un muestreo por conglomerados, donde se tomó como conglomerados⁵⁹ los participantes en el estudio.

Seguidamente se realizará un Muestreo por Asignación Proporcional, para obtener representatividad de cada Municipio incluido en el estudio, de tal manera que se tomaron los participantes en el estudio de acuerdo a la siguiente calculo:

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

Con respecto a lo anterior se trabajó con la siguiente muestra:

⁵⁹ OSPINA, David. Introducción al muestreo. Universidad nacional de Colombia. 2007.

Cuadro 2. Tamaños de muestra según muestreo por conglomerados.

Municipio	N	n
Acevedo	14807	23
Agrado	4800	7
Aipe	10636	16
Algeciras	12863	20
Altamira	2109	3
Baraya	5518	8
Campoalegre	18657	29
Colombia	6302	10
Elias	1945	3
Garzon	35758	55
Gigante	16410	25
Guadalupe	10426	16
Hobo	3776	6
Iquira	5414	8
Isnos	12899	20
La argentina	6312	10
La plata	26151	40
Nataga	2839	4
Neiva	184557	284
Oporapa	5422	8
Paicol	2817	4
Palermo	16742	26
Palestina	6304	10
Pital	5050	8
Pitalito	55140	85
Rivera	9880	15
Saladoblanco	5090	8
San agustin	16988	26
Santa maria	6016	9
Suaza	8425	13
Tarqui	9015	14
Tello	7636	12
Teruel	4738	7
Tesalia	4964	8
Timana	11968	18
Villavieja	4227	6
Yaguara	5229	8
Total	567831	873

6.3.2 Criterios de inclusión

Usuarios del régimen subsidiado que hayan recibido atención en cualquiera de los servicios de una IPS del primer nivel y segundo nivel del departamento del Huila.

Usuarios mayores de edad.

Que participen de manera voluntaria.

6.3.3 Criterios de exclusión

Sujetos que no hayan recibido atención en cualquiera de los servicios de una IPS.

Sujetos menores de 18 años de edad.

Sujetos que no quieran participar en el estudio.

6.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	ITEM	ESCALA DE MEDICIÓN
Accesibilidad	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.	¿Considera que lo atendieron fácilmente?:	Nominal
		La persona que lo atendió fue	Nominal
		¿Se presentó algún problema en la atención?:	Nominal
Oportunidad	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
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.	¿Confía en el profesional de salud que lo atendió?	Nominal
		Calificación Atención por parte del profesional de salud	Ordinal

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.	La información que le brindaron en la institución fue	Nominal
		¿Conoce usted sus deberes como usuario del servicio?	Nominal
		¿Conoce usted sus derechos como usuario del servicio?	Nominal

6.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

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)”⁶⁰, elaborado por Reyes, Rivera y Rodríguez; teniendo en cuenta que el presente estudio es uno de los resultados del estudio anteriormente mencionado, donde la medición de la percepción de la calidad en los usuarios. (Anexo B)

6.6 ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se creó una hoja de cálculo, para la tabulación de la información recolectada en las encuestas estructuradas para su posterior análisis estadístico. Una vez recopilada la información, se codificó a través del programa estadístico SPSS versión 15.

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, teniendo en cuenta que son variables de tipo cualitativas (categóricas).

6.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para realizar este estudio se tendrán en cuenta las "normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud" regidos por la RESOLUCIÓN No. 008430 del 4 de octubre de 1993 del ministerio de salud; y teniendo en cuenta los ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS (art. 5-16) donde “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio,

⁶⁰ REYES, Op., cit. p. 2007

deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar”.

Por otra parte la presente investigación será un estudio sin riesgo ya que no que emplean técnicas invasivas, sino métodos de investigación retrospectivos y aquellos 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.

Se ha decidido que NO es necesario contar con el consentimiento informado por parte de cada uno de los sujetos que participe en el estudio, ya que el instrumento es de auto aplicación y de tipo voluntaria.

Por último, la información que consigne es de absoluta confidencialidad durante y después del proceso, tal como está contemplado en la Ley 1090 de 2006, por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. En el título II, donde se consigna lo referente al principio de confidencialidad, responsabilidad, competencia, estándares legales y morales, bienestar del usuario y el título VII Del Código Deontológico Y Bioética Para el ejercicio de la profesión de Psicología. Se tendrá en cuenta los: Capítulo IV: De los deberes con los colegas y otros profesionales correspondiente al Art 42. También el Capítulo V: Del uso de material psicotécnico correspondiente al Art 47. Además el Capítulo VII norma la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones proporcionadas en los artículos 49, 50, y 56. Además contaré permanentemente y durante el desarrollo del estudio con la opción de retirar mi consentimiento informado en cualquier momento de la investigación.

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 del Departamento del Huila.

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

Tabla 1. Distribución según servicio al que asistió.

	Frecuencia	Porcentaje
Consulta externa	456	52,1
Facturación	16	1,8
Farmacia	12	1,4
Hospitalización	35	4,0
Odontología	89	10,2
Otro	31	3,5
Programas de p y p	77	8,8
Sala de partos	7	,8
Urgencias	152	17,4
Total	875	100,0

En cuanto al servicio al que asistió el usuario, se observa que el más frecuentado es consulta externa con un 52,1%, seguido por urgencias con un 17,4% y odontología con un 10,2%.

Tabla 2. Distribución según percepción.

		Recuento	% del N° de la columna
Médico (a)	Mala	13	1,7%
	Regular	80	10,5%
	Buena	668	87,8%
Odontólogo (a)	Mala	2	,7%
	Regular	19	6,6%
	Buena	268	92,7%
Enfermera (o)	Mala	10	1,8%
	Regular	90	16,5%
	Buena	446	81,7%
Profesional del laboratorio	Mala	5	1,8%
	Regular	26	9,2%
	Buena	252	89,0%
Auxiliar de enfermería	Mala	15	2,9%
	Regular	95	18,3%
	Buena	409	78,8%
Facturación	Mala	23	4,3%
	Regular	111	20,5%
	Buena	407	75,2%
Especialista	Mala	2	1,3%
	Regular	22	14,6%
	Buena	127	84,1%
Admisiones	Mala	4	1,7%
	Regular	24	10,3%
	Buena	206	88,0%
Farmacia	Mala	10	2,3%
	Regular	47	12,0%
	Buena	371	86,7%

En la tabla anterior se observa que los usuarios califican el servicio médico como bueno en un 87,8%, como regular y malo un 12,2%. Los usuarios califican el servicio de odontología como bueno con un 92,7%. Respecto al servicio que presta enfermería, el usuario opina que es bueno con un 81,7% y malo con 1,8%.

El usuario está conforme con el servicio que ofrece el profesional del laboratorio con un 89,0%. En cuanto al servicio que ofrece el auxiliar de enfermería, el usuario opina que es bueno (79,3%), y es regular con un 17,9%. De los usuarios que estuvieron en el servicio de facturación, el 75,2% está satisfecho respecto a la atención. Respecto al servicio que ofrece el especialista, el paciente opina que es bueno (84,1%) y que el servicio que ofrece farmacia bueno (86,7%).

Tabla 3. Distribución según accesibilidad.

		Recuento	% del N° de la columna
¿Se presentó algún problema en la atención?	Si	153	14,7%
	No	885	85,3%
La información que le brindaron en la institución fue	Adecuada	784	75,5%
	Inadecuada	254	24,5%
La persona que lo atendió fue amable	Si	875	84,3%
	No	163	15,7%
¿Considera que lo atendieron fácilmente?	Si	831	80,1%
	No	207	19,9%

Con respecto a los procesos de accesibilidad, los usuarios refieren que la información que le brindaron en la institución fue clara con un 75,5%, confusa con un 12,4%, incompleta en un 8,9% y no le informaron con un 3,2%, siendo preocupante el 24,5% de sujetos que refieren no sentirse cómodos con la información recibida.

De acuerdo a la pregunta realizada al usuario si considera que lo atendieron fácilmente, el 80,1% respondieron de manera afirmativa, mientras que el 19,9% respondieron que no, observando que se puede tornar este evento como una barrera de acceso al servicio de la institución de salud. Con respecto a la persona que lo atendió, se observa que el 7,9% de la muestra refiere fue atendido con indiferencia y un 6,2% de manera antipática.

Los procesos que tienen que ver con el comportamiento y actitud del personal de salud oscila entre una buena percepción entre el 80.1% correspondiente a la pregunta de si lo atendieron fácilmente; y el 85.3% que respondieron que no se presentó ningún problema en la atención. Respecto al suministro de información clara solo el 75.5% respondieron que fue clara.

Tabla 4. Distribución según oportunidad.

		Recuento	% del N° de la columna
Entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió	Menos de media hora	514	58,7%
	Una hora	210	24,0%
	Más de una hora	151	17,3%
El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue	El mismo día	416	52,9%
	Al día siguiente	243	30,9%
	Menos de una semana	107	13,6%
	Entre 7 y 15 días	0	,0%
	Más de 15 días	21	2,7%
¿Está satisfecho con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron?	Si	605	69,1%
	No	270	30,9%

De acuerdo a la presente tabla se puede observar que entre la hora asignada de la cita, al usuario, hasta la hora que fue atendido transcurrió menos de media hora con un 58,7%, una hora con 24% y más de una hora con 17,3%.

En la tabla se puede observar que el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue el mismo día con un 52,9%, al día siguiente con un 30,9%, menos de una semana con 13,6% y más de 15 días con un 2,7%.

Los usuarios están satisfechos con el tiempo que esperaron desde el momento en que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron en un 69,1%, mientras que el 30,9% reportaron no estarlo.

Tabla 5. Distribución según seguridad en la atención.

		Recuento	% del N° de la columna
¿Conoce usted sus deberes como usuario del servicio?	Si	252	28,8%
	No	344	39,3%
	Algunos	279	31,9%
¿Conoce usted sus derechos como usuario del servicio?	Si	258	29,5%
	No	291	33,3%
	Algunos	326	37,3%
¿Confía en el profesional de salud que lo atendió?	Si	797	91,4%
	No	74	8,5%
	No me atendió un profesional de la salud	1	,1%

De acuerdo a la presente tabla se puede observar que el 39,3% de los usuarios reportan no conocer sus deberes, mientras que el 31,9% reportaron conocer solo algunos, lo cual indica que solo el 30,5% de los usuarios conoce sus deberes. Con respecto a los derechos, la muestra refieren conocer algunos derechos (37,3%) y solo el 29,5% los conoce todos.

7.2 DIFERENCIAS EN LA PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN ENTRE LOS USUARIOS DEL NIVEL I Y NIVEL II

Tabla 6. Comparación según calidad del personal.

		Nivel				P Valor
		Nivel I		Nivel II		
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	
Médico (a)	Mala	8	1,4%	5	2,5%	,528
	Regular	61	10,9%	19	9,4%	
	Buena	489	87,6%	668	88,2%	
Odontólogo (a)	Mala	2	,8%	0	,0%	,342
	Regular	19	7,2%	0	,0%	
	Buena	243	92,0%	25	100%	
Enfermera (o)	Mala	2	,6%	8	4,3%	,000
	Regular	50	13,9%	40	21,5%	
	Buena	308	85,6%	138	74,2%	
Profesional del laboratorio	Mala	3	1,5%	2	2,5%	,002
	Regular	11	5,4%	15	18,5%	
	Buena	188	93,1%	64	79,0%	
Auxiliar de enfermería	Mala	8	2,5%	7	3,5%	,005
	Regular	45	14,1%	50	25,0%	
	Buena	266	83,4%	143	71,5%	
Facturación	Mala	15	4,1%	8	4,5%	,602
	Regular	70	19,3%	41	22,9%	
	Buena	277	76,5%	130	72,6%	
Admisiones	Mala	4	2,3%	0	,0%	,065
	Regular	14	7,9%	10	17,5%	
	Buena	159	89,8%	47	82,5%	
Farmacia	Mala	8	2,3%	2	2,6%	,545
	Regular	36	10,2%	11	20,4%	
	Buena	308	87,5%	63	76,3%	

De acuerdo al estadístico χ^2 se observa una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en el servicio que prestan el personal de enfermería de

laboratorio y auxiliar de enfermería, donde los usuarios del nivel I refieren un mejor servicio de admisión (85,6%) frente al nivel II (74,2%). De igual forma el personal de laboratorio y de auxiliar de enfermería presenta características similares.

Tabla 7. Comparación según accesibilidad.

		Nivel I		Nivel II		P Valor
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	
La información que le brindaron en la institución fue buena	SI	506	78,8%	153	65,7%	0,00
	NO	136	21,2%	80	34,3%	
¿Considera que lo atendieron fácilmente?	SI	517	80,5%	176	75,5%	0,108
	NO	125	19,5%	57	24,5%	
¿Se presentó algún problema en la atención?	SI	82	12,8%	39	16,7%	0,084
	NO	560	87,2%	194	83,3%	
La persona que lo atendió fue amable	SI	553	86,1%	183	78,5%	0,007
	NO	89	13,9%	50	21,5%	

Se encuentran diferencias significativas ($p < 0,05$) en La información que le brindaron en la institución, donde en el nivel I, presentan una buena información (78,8%) Igualmente las personas atendidos en el nivel consideran que los atendieron fácilmente (80,5%), y la personas que lo atendió fue amable (86,1%), todos los casos hay diferencias significativas ($p < 0,05$).

Tabla 8. Comparación según oportunidad.

		Nivel I		Nivel II		P Valor
		Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna	
El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue	El mismo día	310	49,9	106	63,9	0,00
	Al día siguiente	219	35,3	24	14,5	
	Menos de una semana	80	12,9	27	16,3	
	Más de 15 días	12	1,9	9	5,4	
Entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió	Menos de media hora	414	64,5	100	42,9	0,00
	Una hora	131	20,4	79	33,9	
	Más de una hora	97	15,1	54	23,2	
¿Está satisfecho con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron?	SI	473	73,7	132	56,7	0,00
	NO	169	26,3	101	43,3	

Se presentan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en los ítems relacionados con la oportunidad, donde los usuarios del nivel I refrieren tener una mejor percepción en el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita, en la espera desde la hora asignada hasta la hora de atención, por tal motivo se sienten satisfechos con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron (73,7%), frente a los usuarios del nivel II.

Tabla 9. Distribución según seguridad en la atención.

		Nivel I		Nivel II		P Valor
		Recuento	% del N de la fila	Recuento	% del N de la fila	
¿Conoce usted sus deberes como usuario del servicio?	SI	170	26,5	82	35,2	0,012
	NO	472	73,5	151	64,8	
¿Conoce usted sus derechos como usuario del servicio?	SI	186	29	72	30,9	0,580
	NO	456	71	161	69,1	

Con respecto al conocimiento de los deberes y derechos por parte de los usuarios, se observa que hay diferencias en los deberes ($p > 0,05$), donde la frecuencia de personas que conocen sus deberes es mayor en el nivel II frente a la frecuencia del nivel I.

8. DISCUSION

La calidad de la atención, en el marco del SGSSS se ha definido como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana⁶¹.

En la ejecución diaria de los procesos es donde se presenta la relación directa con los usuarios y, por tanto, donde se materializan los éxitos o fracasos derivados de los aciertos o de las deficiencias existentes en la formulación de las políticas nacionales y territoriales, en la ejecución en el ámbito local y en el seguimiento y evaluación en todas las esferas.

En esta realidad, las etapas requeridas para la prestación de cualquier tipo de servicio de aplicación local con altos niveles de calidad y real efectividad deben ser adecuadamente planificadas, ejecutadas, seguidas, evaluadas y ajustadas, si así se requiere, con la finalidad de asegurar desde el inicio de esta cadena el éxito en la gestión de los servicios a la comunidad⁶².

La presente investigación es el resultado de una serie de inquietudes encontradas por parte del investigador frente a una problemática tangible, pero que no se ha medido de manera empírica analítica; por otra parte cuenta con los parámetros metodológicos que permiten generalizar los resultados encontrados a partir de la información recolectada de una muestra representativa de usuarios de los diferentes servicios, donde el más frecuentado fue consulta externa por medicina.

Una primera preocupación hace referencia a la demanda del tipo de servicios, es así como de la totalidad de los usuarios entrevistados el 52% asistió a consulta externa por medicina lo que contrasta con la baja proporción de usuarios que asisten a programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad,

⁶¹ KERGUÉLÉN BOTERO, Carlos Alfonso. Ministerio de la protección Social. Calidad en salud en Colombia, Los principios

⁶² MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Programa de apoyo a la Reforma de Salud. Documento conceptual sobre la Calidad en Salud en el Régimen Subsidiado.

siendo este servicio uno de los menos demandados. La preocupación radica en que aun el modelo de salud aún está centrado en el enfoque de la atención de la enfermedad más que en la promoción de la salud.

La misión central de la red de prestación de servicios del I nivel está centrada en la promoción y la prevención, pero no solamente mediante la demanda inducida sino que debe llegarse a que se refleje en una alta demanda espontánea. Es responsabilidad del sector salud y de los planes de salud pública que se haga conexión entre la educación a la población dirigida a un cambio de paradigma sobre la salud más allá de la ausencia de la enfermedad, tal y como lo ha señalado históricamente la OMS.

Los usuarios perciben la atención del profesional médico, como buena con, al igual que la de los profesionales en odontología, enfermería y bacteriología, teniendo en cuenta que este último tiene un mínimo de contacto directo con los usuarios. Sin embargo esos porcentajes que se encuentran entre el 80% y el 90 % deberían estar más cerca al 95% dado que el proceso de atención en salud y principalmente a usuarios que acuden por una enfermedad debería tener especial cuidado con la forma como los usuarios perciben ese proceso. Estos datos sobre calificación del proceso de atención pueden estar relacionados con la comunicación que se da en la relación médico-paciente ya que cuando se indaga sobre este tema el 24,5% de los usuarios refieren no sentirse cómodos con la información recibida. Sobre todo porque abundante literatura ha identificado la comunicación y la amabilidad en el trato como uno de los aspectos que más valoran los usuarios al momento de demandar servicios de salud y que independientemente de la capacidad de los usuarios de juzgar la calidad técnica del proceso terapéutico, si influye en una adecuada adherencia al tratamiento incluso en el proceso mismo de recuperación.

Es responsabilidad del personal de salud hacer tres cosas fundamentalmente cuando el paciente se encuentra en su consultorio:

- Hacer un debido proceso de diagnóstico y diseño terapéutico.
- Informar al paciente y hacerlo participe de su proceso de salud-enfermedad como agente activo y protagónico de la recuperación.

- Motivarlo y generar optimismo real al sujeto y su familia frente a las posibilidades de recuperación o de manejo de las secuelas de la enfermedad.

Aunque los procesos administrativos y de información como la facturación no son actos de atención directamente, hacen parte de la estructura general de atención de la institución. Al igual que la percepción que puedan tener los usuarios sobre el personal de seguridad o de servicios generales, el desarrollo de una cultura de la calidad en la atención debe involucrar a la totalidad del personal de la institución, de ahí viene la idea de las instituciones amigables con los usuarios.

Respecto a la calidad del servicio que presta el médico especialista, los usuarios lo perciben como bueno, al igual que el servicio de farmacia; el servicio que menos recibió calificación buena, fue el servicio que brindan las auxiliares de enfermería y pudiera estar relacionada con el perfil de la formación de este tipo de personal el cual está centrado en el desarrollo de habilidades técnicas ligadas más al saber hacer que a la formación del ser, características propias de los planes de formación en el nivel técnico. Además la calidad centrada en el usuario involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios de salud a la población colombiana y estos involucran no solo al personal misional⁶³.

Los usuarios en su gran mayoría (80,1%), perciben que el acceso a la atención es relativamente fácil, sin embargo, se debe destacar que un porcentaje importante de usuarios (19,9%) no consideran fácil el acceso a los servicios que ofrecen las instituciones, lo que hace pensar que existen algunas barreras para el acceso a los servicios de salud, percibidas por este grupo de población. Por otra parte los usuarios sienten que las personas encargadas de la atención inicial en la institución fueron amables, siendo un indicador importante que contribuye a caracterizar la accesibilidad a los servicios.

En el proceso de atención a los usuarios, en su gran mayoría (85.9%) manifestaron no haber tenido algún problema en la atención, sin embargo existe un porcentaje bajo (14.1%) de usuarios, que reportaron haber tenido problemas en el proceso de atención, por lo cual valdría la pena identificar dichos problemas, los cuales, terminan convirtiéndose en una posible barrera para el acceso a los servicios de salud.

⁶³ COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del año 2008. Observatorio de la calidad.

De acuerdo a los resultados se observó que el tiempo transcurrido entre la hora asignada de la cita, y la hora en que fue atendido el usuario, fue menos de media hora en un 59,2%, una hora en un 22,4% y más de una hora en un 16,5%. Por otra parte también se observó que el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue el mismo día en un 43,5%, al día siguiente en un 30%, menos de una semana en el 13,5% y más de 15 días en el 3%. Finalmente, los usuarios en su gran mayoría (69.8%) están satisfechos con el tiempo que esperaron desde el momento en que solicitaron el servicio y el momento en que fueron atendidos, mientras que el 30,2% reportaron no estar satisfechos.

Con relación al componente de educación a los usuarios, en la temática de deberes y derechos que tienen frente a los servicios de la institución, el 60% manifestaron no conocer sus deberes o solo conocer algunos. En cuanto a los derechos el 29,9% expresa conocer plenamente sus derechos y el 37,3% manifiesta conocer solo algunos. Esta es quizá la piedra angular en el tema de la percepción de la calidad de los usuarios, ya que difícilmente los usuarios pueden tener un juicio de calidad basado en derechos que vaya más allá de la común idea sobre lo que se está haciendo bien. La situación de desconocimiento de derechos en este tipo de investigación cobra mayor importancia cuando se tiene en cuenta que hace parte de las acciones de salud pública de promoción y prevención y en general del I nivel de atención educar sobre los derechos y deberes de los usuarios en salud.

Es importante mencionar que el 9,5% de los usuarios refiere no confía en el profesional de la salud que lo atendió, lo cual dificulta tener empatía con el paciente, lo que podría afectar su proceso de recuperación de la salud.

Cuanto a los resultados comparados entre el nivel I y nivel II se halló que el primer lugar la percepción de calidad asignada al personal de medicina, enfermería y odontología no presenta variaciones significativas. Sin embargo, si ocurre con procesos de apoyo como profesional de laboratorio, auxiliar de enfermería y farmacia donde se presentan diferencias importantes que favorecen con mejores percepciones al nivel I de atención, lo cual es muy positivo para este nivel de atención muy preocupante en el II nivel ya que la población que debe llegar a este nivel de servicios presenta mayores niveles de complicaciones de su salud. También se debe tener en cuenta que las instituciones de II nivel son de carácter regional por lo que recibe pacientes remitidos de diversos lugares y existe menos cercanía y familiaridad con los funcionarios e institución que en el caso del I nivel que son instituciones municipales.

A la hora de comparar accesibilidad, variable que hace referencia a la facilidad de para obtener la atención, problemas presentados en la atención y la amabilidad con la que fueron atendidos se encuentran diferencias significativas en las que se presentan una mejor percepción de los usuarios que fueron atendidos en instituciones de I nivel. Lo mismo ocurre con la oportunidad de la atención y los tiempos de espera para la atención donde donde los usuarios del nivel I refieren tener una mejor percepción en el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita, en la espera desde la hora asignada hasta la hora de atención, por tal motivo se sienten satisfechos con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron frente a los usuarios del nivel II, lo cual se debe básicamente a la cantidad de usuarios en relación con la capacidad instalada de estas instituciones. De todas formas en términos generales el I nivel de atención fue valorado con una mejor percepción que el II nivel.

8.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Finalmente es importante hacer una reflexión acerca de una limitación relacionada con el instrumento utilizado para la recolección de la información. El instrumento careció de un diseño de constructo más ajustado principalmente en cuanto a la redacción de algunas opciones de respuesta que pueden generar confusión en el lector, como es el caso de la pregunta sobre el tipo de servicios al que asistió, cuando en la opción de consulta externa no se hizo explícito en la presentación de resultados que se refería a la consulta por medicina.

Sin embargo y pese a lo anterior el instrumento utilizado en la presente investigación tuvo un valor alfa de Cronbach de 0,601, observando que se acerca al rango adecuado propuesto de consistencia interna.

El diseño metodológico usado fue transversal, el cual no puede mostrar causalidad de ningún tipo y expone los resultados a variables extrañas que no se han medido. Para próximas investigaciones se sugiere implementar diseños longitudinales tanto para medir el cambio en los indicadores de institucionales, como el cambio de la percepción de los usuarios del régimen subsidiado.

9. CONCLUSIONES

La prestación de servicios sigue centrada en el servicio de consulta externa por medicina lo que significa que estamos aún lejos de que nuestro sistema de salud tenga un carácter preventivo y haya una cultura de la promoción y mejoramiento de las condiciones de salud más allá del simple proceso de superación de la enfermedad.

En términos general los usuarios tienen una buena percepción de los profesionales de medicina general y especializada, enfermería y odontología .tanto en el I y II nivel de atención.

En cuanto a variaciones sobre la percepción del personal entre los niveles de atención fueron significativas los valores de profesional de laboratorio, auxiliares de enfermería y farmacia donde el I nivel de atención tuvo mejor percepción que el II nivel.

En la variable de acceso se encontró que entre el 80 y el 85% de los usuarios consideran que fueron atendidos de manera fácil y amable, sin embargo se mantuvo entre un 15 al 20% de los usuarios que expresaron problemas en la atención y poca amabilidad por parte del personal institucional.

La variable de oportunidad comparada entre los niveles I y II de atención donde se indago por el tiempo transcurrido entre la hora asignada de la cita y la hora en que lo atendieron mostro que en nivel I el 64% respondió que espero menos de media hora a diferencia del nivel II donde el 42% espero menos de media hora. En el nivel II los usuarios que tuvieron que esperar entre una hora y más de una hora fue del 57%, en cambio en el nivel I este porcentaje fue 35%. Mostrando mejor desempeño en el primer nivel de atención en la variable de oportunidad.

En lo que respecta al conocimiento de derechos, en el nivel I de atención los usuarios encuestados respondieron en un 71% que conocen sus derechos y en el nivel II el 69%. En lo que concierne a los deberes los usuarios del segundo nivel tienen mayor conocimiento con un 35% que los del nivel I con el 26.5%.

Es importante que los actores del sistema en el departamento mantengan un seguimiento regular a la calidad centrada en los usuarios y la forma como la perciben, superando la visión de calidad basada en la infraestructura.

10. RECOMENDACIONES

Dentro del proceso de mejoramiento de calidad desde el enfoque de los usuarios se debe mejorar los procesos de educación acerca de los derechos y deberes como también del deber ser en la relación médico-usuario, de tal manera que los consumidores de los servicios cuenten con mayor información y capacidad de discernimiento a la hora de evaluar el desempeño en la prestación de servicios.

En futuros procesos de evaluación de la percepción deben contar con metodologías más cualitativas que permitan conocer de cerca los imaginarios de las personas, no solo frente a la prestación de servicios de salud, sino en general frente a su concepción misma de salud. Esto ayudara a comprender las necesidades y expectativas de los usuarios no solamente como pacientes sino fundamentalmente como ciudadanos.

Desde la academia se debe trabajar en la construcción de instrumentos con alta confiabilidad ajustados a las características de la población y su idiosincrasia que sirvan de parámetros para futuros procesos de evaluación y medición. De igual manera la universidad debe desarrollar una línea de investigación sobre calidad que integre los aspectos estructurales básicos de la prestación de servicios y aspectos relacionados con los procesos de atención centrados en el cliente dirigidos a afectar la percepción de los usuarios.

Es importante que a nivel gerencial los administradores de instituciones de salud incorporen a la cultura de calidad la percepción de los usuarios en temas como trato humanizado y dignificante, pues esta construcción de juicio subjetivo determinara las preferencias a la hora de elegir un prestador de servicios y permitirá ventajas competitivas.

El gobierno y las instituciones encargadas de la inspección, vigilancia y control del SGSSS deben hacer mayores esfuerzos por garantizar procesos de educación y promoción de los derechos de los usuarios con información suficiente para elevar el nivel de conocimiento sobre el deber ser en cuanto a procesos de atención.

BIBLIOGRAFIA

ARAUJO, Rubén y 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.

ARREDONDO, A. y RECAMAN, A. L., 2002. Oferta Vs demanda: algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud. Hitos de ciencias económicas Administrativas, 20, 42-47.

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.

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.

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

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

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.

_____. 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

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

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.

_____ Ley 10 (Enero 10 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_pr

_____. Estudio sobre percepción de la Calidad en usuarios de IPS. (18, agosto, 2010).

_____ Decreto No: 133 de 2010, por el cual se establece la normatividad en cuanto la eficiencia en la prestación del Servicio. D.C

DANHKE, L. Metodología de la Investigación., Editorial UEFA 1989. P 385-454. Funciones de Supersalud. Vigilancia y control en: <http://www.supersalud.gov.co/supersalud/Default.aspx?tabid=74>

GATTINARA, Bárbara,; IBACACHE, Jaime, y cols., 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.

GIL, I. La conceptualización y evaluación de la calidad de servicio al cliente percibida en el punto de venta. Madrid. Puzzle 1995.

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).

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>

_____, _____. 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

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

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.

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

MINISTERIO DE SALUD Y EL DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN. 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 en 1990.

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.

LOSADA OTÁLORA, Mauricio y 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

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

MESQUITA, Mirta y PAVLICICH, Viviana. Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción. *ArchPediatrUrug* 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.

MORALES RIVAS, Martha y 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.

RAMÍREZ SÁNCHEZ, Teresita de J, y 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.

REALPE DELGADO, Cecilia ; MARÍN BLANDÓN, María Adiel y 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.

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.

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]

ROLDAN, Piedad; VARGAS, Clara Ruth y cols. 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.

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

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

_____. 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>

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.

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

VARGAS MELGAREJO, Luz María. Sobre el concepto de percepción. Alteridades (1994). 4 (8): p. 47-53.

ANEXOS

Anexo A. Tablas con los valores de J_i^2 y valor p.

Médico (a) * Nivel Crosstabulation

		Nivel		Total
		Nivel I	Nivel II	
Mala	Count	8	5	13
	% within Nivel	1,4%	2,5%	1,7%
Médico (a) Regular	Count	61	19	80
	% within Nivel	10,9%	9,4%	10,5%
Buena	Count	489	179	668
	% within Nivel	87,6%	88,2%	87,8%
Total	Count	558	203	761
	% within Nivel	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,278 ^a	2	,528
Likelihood Ratio	1,219	2	,544
Linear-by-Linear Association	,023	1	,880
N of Valid Cases	761		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,47.

Odontólogo (a) * Nivel Crosstabulation

			Nivel		Total
			Nivel I	Nivel II	
Odontólogo (a)	Mala	Count	2	0	2
		% within Nivel	0,8%	0,0%	0,7%
	Regular	Count	19	0	19
		% within Nivel	7,2%	0,0%	6,6%
	Buena	Count	243	25	268
		% within Nivel	92,0%	100,0%	92,7%
Total		Count	264	25	289
		% within Nivel	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,144 ^a	2	,342
Likelihood Ratio	3,952	2	,139
Linear-by-Linear Association	1,983	1	,159
N of Valid Cases	289		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,17.

Enfermera (o) * Nivel Crosstabulation

			Nivel		Total
			Nivel I	Nivel II	
Enfermera (o)	Mala	Count	2	8	10
		% within Nivel	0,6%	4,3%	1,8%
	Regular	Count	50	40	90
		% within Nivel	13,9%	21,5%	16,5%
	Buena	Count	308	138	446
		% within Nivel	85,6%	74,2%	81,7%
Total	Count	360	186	546	
	% within Nivel	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-SquareTests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	15,648 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	15,005	2	,001
Linear-by-Linear Association	14,146	1	,000
N of Valid Cases	546		

1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,41.

Profesional del laboratorio * Nivel Crosstabulation

			Nivel		Total
			Nivel I	Nivel II	
Profesional del laboratorio	Mala	Count	3	2	5
		% within Nivel	1,5%	2,5%	1,8%
	Regular	Count	11	15	26
		% within Nivel	5,4%	18,5%	9,2%
	Buena	Count	188	64	252
		% within Nivel	93,1%	79,0%	89,0%
Total	Count	202	81	283	
	% within Nivel	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	12,355 ^a	2	,002
Likelihood Ratio	11,133	2	,004
Linear-by-Linear Association	8,905	1	,003
N of Valid Cases	283		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,43.

Auxiliar de enfermería * Nivel Crosstabulation

			Nivel		Total
			Nivel I	Nivel II	
Auxiliar de enfermería	Mala	Count	8	7	15
		% within Nivel	2,5%	3,5%	2,9%
	Regular	Count	45	50	95
		% within Nivel	14,1%	25,0%	18,3%
	Buena	Count	266	143	409
		% within Nivel	83,4%	71,5%	78,8%
Total		Count	319	200	519
		% within Nivel	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	10,592 ^a	2	,005
Likelihood Ratio	10,370	2	,006
Linear-by-Linear Association	8,455	1	,004
N of Valid Cases	519		

0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,78.

Facturación * Nivel Crosstabulation

			Nivel		Total
			Nivel I	Nivel II	
Facturación	Mala	Count	15	8	23
		% within Nivel	4,1%	4,5%	4,3%
	Regular	Count	70	41	111
		% within Nivel	19,3%	22,9%	20,5%
	Buena	Count	277	130	407
		% within Nivel	76,5%	72,6%	75,2%
Total	Count	362	179	541	
	% within Nivel	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,014 ^a	2	,602
Likelihood Ratio	1,002	2	,606
Linear-by-Linear Association	,731	1	,392
N of Valid Cases	541		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,61.

Especialista * Nivel Crosstabulation

			Nivel		Total
			Nivel I	Nivel II	
Especialista	Mala	Count	1	1	2
		% within Nivel	4,5%	0,8%	1,3%
	Regular	Count	2	20	22
		% within Nivel	9,1%	15,5%	14,6%
	Buena	Count	19	108	127
		% within Nivel	86,4%	83,7%	84,1%
Total	Count	22	129	151	
	% within Nivel	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,563 ^a	2	,278
Likelihood Ratio	2,010	2	,366
Linear-by-Linear Association	,014	1	,906
N of Valid Cases	151		

a. 3 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,29.

Admisiones * Nivel Crosstabulation

		Nivel		Total
		Nivel I	Nivel II	
Mala	Count	4	0	4
	% within Nivel	2,3%	0,0%	1,7%
Regular	Count	14	10	24
	% within Nivel	7,9%	17,5%	10,3%
Buena	Count	159	47	206
	% within Nivel	89,8%	82,5%	88,0%
Total	Count	177	57	234
	% within Nivel	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,456 ^a	2	,065
Likelihood Ratio	5,965	2	,051
Linear-by-Linear Association	,738	1	,390
N of Valid Cases	234		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,97.

Farmacia * Nivel Crosstabulation

			Nivel		Total
			Nivel I	Nivel II	
Farmacia	Mala	Count	8	2	10
		% within Nivel	2,3%	2,6%	2,3%
	Regular	Count	36	11	47
		% within Nivel	10,2%	14,5%	11,0%
	Buena	Count	308	63	371
		% within Nivel	87,5%	82,9%	86,7%
Total	Count	352	76	428	
	% within Nivel	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,214 ^a	2	,545
Likelihood Ratio	1,141	2	,565
Linear-by-Linear Association	,860	1	,354
N of Valid Cases	428		

a. 1 cells (16,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,78.

¿Se presento algún problema en la atención? * Nivel

		Nivel		Total	
		Nivel I	Nivel II	Nivel I	
		Count	82	39	121
¿Se presento algún problema en la atención?	Si	% within ¿Se presento algún problema en la atención?	67,8%	32,2%	100,0%
		Count	560	194	754
	No	% within ¿Se presento algún problema en la atención?	74,3%	25,7%	100,0%
		Count	642	233	875
Total		% within ¿Se presento algún problema en la atención?	73,4%	26,6%	100,0%
		Count			

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,256(b)	1	,133		
Continuity Correction(a)	1,936	1	,164		
Likelihood Ratio	2,181	1	,140		
Fisher's Exact Test				,150	,084
Linear-by-Linear Association	2,254	1	,133		
N of Valid Cases	875				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 32,22.

La información que le brindaron en la institución fue * Nivel

		Nivel		Total
		Nivel I	Nivel II	
La información que le brindaron en la institución fue	Count	506	153	659
	% within La información que le brindaron en la institución fue	76,8%	23,2%	100,0%
	SI			
	Count	136	80	216
Total	% within La información que le brindaron en la institución fue	63,0%	37,0%	100,0%
	NO			
	Count	642	233	875
	% within La información que le brindaron en la institución fue	73,4%	26,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	15,903(b)	1	,000		
Continuity Correction(a)	15,203	1	,000		
Likelihood Ratio	15,218	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	15,885	1	,000		
N of Valid Cases	875				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 57,52.

¿Considera que lo atendieron fácilmente? * Nivel

			Nivel		Total
			Nivel I	Nivel II	
¿Considera que lo atendieron fácilmente?	SI	Count	517	176	693
		% within			
	¿Considera que lo atendieron fácilmente?	74,6%	25,4%	100,0%	
	Count	125	57	182	
NO	% within				
	¿Considera que lo atendieron fácilmente?	68,7%	31,3%	100,0%	
Total	Count	642	233	875	
	% within				
	¿Considera que lo atendieron fácilmente?	73,4%	26,6%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	2,587(b)	1	,108		
Continuity Correction(a)	2,293	1	,130		
Likelihood Ratio	2,523	1	,112		
Fisher's Exact Test				,110	,066
Linear-by-Linear Association	2,584	1	,108		
N of Valid Cases	875				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 48,46.

Entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió *
Nivel

			Nivel		Total
			Nivel I	Nivel II	Nivel I
Entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió	Menos de media hora	Count	414	100	514
		% within Entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió	80,5%	19,5%	100,0%
	Una hora	Count	131	79	210
		% within Entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió	62,4%	37,6%	100,0%
	Mas de una hora	Count	97	54	151
		% within Entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió	64,2%	35,8%	100,0%
Total		Count	642	233	875
		% within Entre la hora asignada de la cita, hasta la hora que fue atendido transcurrió	73,4%	26,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32,967(a)	2	,000
Likelihood Ratio	32,597	2	,000
Linear-by-Linear Association	25,508	1	,000
N of Valid Cases	875		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 40,21.

El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue * Nivel

			Nivel		Total
			Nivel I	Nivel II	
El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue	El mismo día	Count	310	106	416
		% within El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue	74,5%	25,5%	100,0%
	Al día siguiente	Count	219	24	243
		% within El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue	90,1%	9,9%	100,0%
Menos de una semana	Count	80	27	107	
	% within El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue	74,8%	25,2%	100,0%	
Más de 15 días	Count	12	9	21	
	% within El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue	57,1%	42,9%	100,0%	
Total		Count	621	166	787
		% within El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y su asignación fue	78,9%	21,1%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30,259(a)	3	,000
Likelihood Ratio	32,456	3	,000
Linear-by-Linear Association	,000	1	,991
N of Valid Cases	787		

a 1 cells (12,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,43.

¿Esta satisfecho con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron? * Nivel

Crosstab

		Nivel		Total	
		Nivel I	Nivel II	Nivel I	
¿Esta satisfecho con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron?	SI	Count % within ¿Esta satisfecho con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron?	473 78,2%	132 21,8%	605 100,0%
	NO	Count % within ¿Esta satisfecho con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron?	169 62,6%	101 37,4%	270 100,0%

	Count	642	233	875
Total	% within ¿Esta satisfecho con el tiempo que esperó desde el momento que solicitó el servicio hasta cuando lo atendieron?	73,4 %	26,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23,221(b)	1	,000		
Continuity Correction(a)	22,430	1	,000		
Likelihood Ratio	22,426	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	23,195	1	,000		
N of Valid Cases	875				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 71,90.

**La persona que lo atendió fue amable * Nivel
Crosstab**

		Nivel		Total	
		Nivel I	Nivel II		
La persona que lo atendió fue amable	SI	Count	553	183	736
		% within La persona que lo atendió fue amable	75,1%	24,9%	100,0%
	NO	Count	89	50	139
		% within La persona que lo atendió fue amable	64,0%	36,0%	100,0%
Total		Count	642	233	875
		% within La persona que lo atendió fue amable	73,4%	26,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	7,383(b)	1	,007		
Continuity Correction(a)	6,825	1	,009		
Likelihood Ratio	7,019	1	,008		
Fisher's Exact Test				,009	,005
Linear-by-Linear Association	7,374	1	,007		
N of Valid Cases	875				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 37,01.

¿Considera que lo atendieron fácilmente? * Nivel

		Nivel		Total
		Nivel I	Nivel II	
¿Considera que lo atendieron fácilmente?	Count	517	176	693
	% within			
	SI ¿Considera que lo atendieron fácilmente?	74,6%	25,4%	100,0%
	Count	125	57	182
¿Considera que lo atendieron fácilmente?	% within			
	NO ¿Considera que lo atendieron fácilmente?	68,7%	31,3%	100,0%
	Count	642	233	875
	% within			
Total	¿Considera que lo atendieron fácilmente?	73,4%	26,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	2,587(b)	1	,108		
Continuity Correction(a)	2,293	1	,130		
Likelihood Ratio	2,523	1	,112		
Fisher's Exact Test				,110	,066
Linear-by-Linear Association	2,584	1	,108		
N of Valid Cases	875				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 48,46.

¿Conoce usted sus deberes como usuario del servicio? * Nivel

		Nivel		Total	
		Nivel I	Nivel II		
¿Conoce usted sus deberes como usuario del servicio?	SI	Count	170	82	252
		% within			
	NO	¿Conoce usted sus deberes como usuario del servicio?	67,5%	32,5%	100,0%
		Count	472	151	623
Total		% within			
		¿Conoce usted sus deberes como usuario del servicio?	75,8%	24,2%	100,0%
		Count	642	233	875
		% within			
		¿Conoce usted sus deberes como usuario del servicio?	73,4%	26,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,330(b)	1	,012		
Continuity Correction(a)	5,912	1	,015		
Likelihood Ratio	6,179	1	,013		
Fisher's Exact Test				,014	,008
Linear-by-Linear Association	6,322	1	,012		
N of Valid Cases	875				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 67,10.

**¿Conoce usted sus derechos como usuario del servicio? * Nivel
Crosstab**

		Nivel		Total	
		Nivel I	Nivel II		
¿Conoce usted sus derechos como usuario del servicio?	SI	Count	186	72	258
		% within			
	NO	¿Conoce usted sus derechos como usuario del servicio?	72,1%	27,9%	100,0%
		Count	456	161	617
	Total	% within			
		¿Conoce usted sus derechos como usuario del servicio?	73,9%	26,1%	100,0%
		Count	642	233	875
		% within			
		¿Conoce usted sus derechos como usuario del servicio?	73,4%	26,6%	100,0%

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,306(b)	1	,580		
Continuity Correction(a)	,220	1	,639		
Likelihood Ratio	,304	1	,581		
Fisher's Exact Test				,615	,318
Linear-by-Linear Association	,306	1	,580		
N of Valid Cases	875				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 68,70.

