

Determinación de los factores que inciden en la insatisfacción de los pacientes con la atención médica de las EPS, en el período de 2013 a 2018 en Bogotá



Presentado por:

Carol Jibeth Sierra González

Maira Nataly Rincón Torres

Sheila Andrea Forero Cormanés

Yuri Viviana Guevara Rojas

Presentado a:

Ricardo Prada Ospina

Seminario de Investigación

Especialización en Gerencia de procesos y calidad

Facultad de Ingeniería

Universidad EAN

Bogotá, Mayo 2019

Tabla de contenido

1. Resumen.....	4
2. Introducción.....	4
3. Título de la investigación.....	5
4. Definición del Problema.....	5
5. Pregunta de investigación	6
6. Justificación.....	6
7. Objetivo General.....	8
7.1. Objetivos Específicos.....	8
8. Marco Teórico.....	8
8.1. Insatisfacción.....	8
8.2. Atención médica.....	12
9. Descripción de las Sub – Variables.....	18
9.1. Estructura física.....	18
9.2. Calidad de los cuidados prestados.....	18
9.3. Falta de cubrimiento a la demanda.....	19
9.4. Ausencia de médicos en las zonas rurales.....	20
9.5. Relación entre profesionales y usuarios.....	20
9.6. Demora en el agendamiento de citas.....	21
9.7. Procesos ineficientes.....	22
9.8. Accesibilidad de los afiliados	22
10. Relación de las sub-variables.....	24
11. Hipótesis.....	25
12. Metodología.....	28
12.1. Diseño del estudio y muestra.....	28
12.2. Diseño del cuestionario y medición.....	29
12.3. Análisis de los resultado.....	30
13. Conclusiones.....	51
14. Referencias.....	53
15. Anexos.....	55
15.1. Anexo de Encuesta.....	55
15.2. Tabulación resultado encuesta.....	59
15.3. Fichas Bibliográficas.....	61

Contenido de tablas

Tabla 1. Definición insatisfacción.....	10
Tabla 2. Definición de atención médica.....	16
Tabla 3. Definición de las Sub-variables.....	22
Tabla 4. Relación de las Sub-variables.....	25
Tabla 5. Relación del tamaño del universo con el número de muestras necesarias.....	28
Tabla 6. Descripción de las abreviaturas usadas en SPSS de las sub-variables.....	30
Tabla 7. Descripción de las abreviaturas usadas en SPSS de las preguntas de la encuesta.....	30
Tabla 8. Estadísticas de hipótesis 1.....	32
Tabla 9. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 1.....	33
Tabla 10. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 1.....	34
Tabla 11. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 1.....	34
Tabla 12. Estadísticas de hipótesis 2.....	35
Tabla 13. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 2.....	36
Tabla 14. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 2.....	37
Tabla 15. Estadísticas de hipótesis 2.....	37
Tabla 16. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 2.....	38
Tabla 17. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 2.....	38
Tabla 18. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 2.....	39
Tabla 19. Estadísticas de hipótesis 3.....	40
Tabla 20. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 3.....	41
Tabla 21. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 3.....	41
Tabla 22. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 3.....	42
Tabla 23. Frecuencia de las sub-variables.....	42
Tabla 24. Frecuencia de las sub-variables.....	43
Tabla 25. Estadísticos de las sub-variables.....	43
Tabla 26. Frecuencia de las sub-variables.....	44
Tabla 27. Estadísticos de las sub-variables.....	45
Tabla 28. Frecuencia de las sub-variables.....	46
Tabla 29. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 4.....	47
Tabla 30. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 4.....	47
Tabla 31. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 4.....	48
Tabla 32. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 4.....	49
Tabla 33. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 4.....	49
Tabla 34. Correlación entre las sub-variables de hipótesis 4.....	50
Tabla 35. Tabulación de respuestas.....	59
Tabla 36. Homologación de respuestas de la encuesta.....	60

1. Resumen

En esta investigación se determinan los factores que generan insatisfacción en los pacientes de acuerdo a la atención médica recibida por parte de las EPS, en el periodo del 2013 al 2018 en Bogotá, a partir del estudio de dos variables la insatisfacción y la atención médica. Se inicia la investigación con la definición de la variable independiente y dependiente, en diferentes países abarcando diferentes conceptos dentro del marco de la salud, estos conceptos apoyaron a la identificación de sub-variables, las cuales fueron analizadas e investigadas para así establecer cuatro hipótesis. Se diseña un formulario de 21 preguntas de acuerdo a las variables y sub-variables establecidas y se determina realizar un muestreo probabilístico como es el muestreo aleatorio simple a 385 personas que residen en Bogotá. Con los resultados de la encuesta se realiza un análisis de estadística descriptiva y estadística inferencial para determinar la correlación de las hipótesis establecidas.

2. Introducción

Las EPS en Bogotá, presentan algunas dificultades por el incumplimiento de sus obligaciones al no dar cobertura de los servicios de salud a sus afiliados o falta de calidad en la cadena de valor, generando una experiencia negativa a las personas. Lo que representa un gran reto para las EPS debido que deben enfrentar los cambios continuos que genera el entorno, para que sea posible garantizar la calidad en la prestación de servicio de salud y el afiliado llegue a percibir confiabilidad y seguridad por parte de su EPS.

Por lo anterior esta investigación se enfocará en determinar cuáles son los factores que generan insatisfacción en la atención médica de los afiliados a alguna EPS en Bogotá. Inicialmente se efectuó búsqueda de artículos científicos de varios países de las variable independiente y dependiente con la finalidad de identificar las sub-variables que generan insatisfacción en la

atención médica a la población afiliada a un sistema de salud y se apoyó con la realización de una encuesta a 385 personas que se encontraban afiliadas a una EPS en Bogotá, herramienta con la que se comprobará el cumplimiento de las hipótesis formuladas y se logrará establecer cuáles son los factores que impactan de forma negativa en la atención médica que reciben los paciente.

3. Título de la investigación

Determinación de los factores que inciden en la insatisfacción de los pacientes con la atención médica de las EPS, en el período de 2013 a 2018 en Bogotá.

4. Definición del Problema

En Colombia el sistema de salud se rige de acuerdo a la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral en donde se busca garantizar el aseguramiento y acceso a los servicios de salud por régimen contributivo o subsidiado. Las EPS buscan asegurar la prestación de servicio de salud a cada uno de sus afiliados por medio de la red de IPS propias o contratadas, para que sus afiliados cotizantes como beneficiarios tengan acceso a los servicios de salud necesarios.

El Estado por medio del Ministerio de Salud está a cargo de la organización, dirección y reglamentación de los servicios de salud, ampliación progresiva de la cobertura, implementación de la atención básica gratuita y obligatoria, organización de los servicios de salud por niveles de atención, asignación responsable de los recursos e implementación de las medidas de vigilancia y control a las entidades.

En materia de calidad en el artículo 227 de la Ley 100/1993 se establece que es facultad del gobierno expedir las normas que garanticen la adecuada calidad en la prestación de los servicios. Adicionalmente, se clasifica como uno de los principios del Sistema General de Seguridad Social en donde establece que; “los servicios de salud deberán atender las condiciones

del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada” (Ley 100, 1993)

A pesar de la legislación y controles establecidos, la Superintendencia de Salud ha publicado un incremento en las peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRD) de 31,35% durante el periodo de noviembre 2017 a noviembre 2018, los motivos principales corresponden a: no poder acceder al servicio de salud que se requiere, trámites administrativos (autorizaciones, asignaciones de citas), oportunidad en la prestación del servicio, no reconocimiento de las prestaciones económicas, no disponibilidad de recurso humano e infraestructura para la atención (Supersalud, 2019). Adicionalmente, en 2017 el Ministerio de Salud realizó un estudio de satisfacción al cliente de los servicios prestados por las EPS, en donde de veinte (20) EPS tan solo tres (3) tuvieron un puntaje de satisfacción superior al 70% (Ministerio de salud y protección social, 2018)

Por consiguiente, resulta importante analizar y determinar cuáles son los factores que inciden en la insatisfacción del servicio que reciben los pacientes con la atención médica prestada a través de las EPS en Bogotá.

5. Pregunta de investigación

¿Qué factores inciden en la insatisfacción de los pacientes con la atención médica de las EPS, en el período de 2013 a 2018 en Bogotá?

6. Justificación

La presente investigación abordará un tema de gran importancia como lo es la problemática de insatisfacción de los pacientes en la prestación de servicios de salud, enfoque de la investigación que es motivada por la afectación que está generando a la sociedad colombiana. Sumado a esto, el

desarrollo de la investigación dará elementos importantes que permitirán fortalecer los diferentes ámbitos como el profesional, laboral, social, educativo y personal.

Esta investigación se justifica a nivel profesional debido a que se fortalecerán las habilidades analíticas y cognoscitivas, las competencias y capacidad de generar soluciones, para desarrollar buenas prácticas apoyándose de diferentes metodologías de investigación, generando valor agregado como profesional.

Desde lo social la investigación se justifica porque posibilitará conocer la realidad de las vivencias de los ciudadanos y tener más conciencia de las problemáticas que aquejan a la sociedad, teniendo la capacidad de generar soluciones motivadas por la parte humana que originen la mejora de las condiciones de vida de la sociedad que se ve afectada.

También, la investigación se justifica desde lo laboral, porque permitirá desarrollar un pensamiento crítico y capacidad para fomentar actividades que generen temas de estudio en la búsqueda de mejoras continuas, con ello posibilitando la identificación de debilidades y amenazas, con la finalidad de apoyar a las empresas en la implementación de planes de mejoramiento para garantizar una prestación de servicios o productos en óptimas condiciones.

Es importante resaltar que la investigación se justifica como primordial en lo educativo debido que es indispensable construir nuevos conocimientos, que permitirán analizar, interpretar y tener pensamiento crítico ante cualquier problemática. La formación es la base para obtener grandes resultados en los demás ámbitos, por eso los espacios de aprendizaje y conocimiento de los docentes que orientan a crear investigación serán de gran influencia para enfrentar desafíos y generar cambios en la sociedad y organizaciones.

Por último, desde lo personal se justifica la investigación, debido que permitirá confrontar los conocimientos para dar aplicabilidad en lo cotidiano, en la realidad y en aquellas problemáticas

que impactan el interior y exterior del ser, que posibilitará evolucionar logrando un crecimiento personal fortaleciendo los demás ámbitos.

7. Objetivo General

- Determinar los factores que inciden en la en la insatisfacción de los pacientes con la atención médica de las EPS, en el período de 2013 a 2018 en Bogotá.

7.1.Objetivos Específicos

- Contextualizar las variables de insatisfacción y atención médica, profundizando a través del estado del arte la temática objeto de estudio.
- Identificar los factores que impactan en la calidad del servicio de salud de las EPS hacia los pacientes.
- Medir y analizar los factores que generan insatisfacción en la atención médica que reciben los pacientes.

8. Marco Teórico

8.1. Insatisfacción

Según lo planteado por Hsieh & Kagle (1990) la insatisfacción se define como la relación con la expectativa, estado de salud y características personales de los pacientes, así como a las características del sistema de salud. No obstante, según la investigación realizada por Pichert, Miller, Holl, Federspiel & Hickson (1998), expresa las quejas (problemas de atención y tratamiento, comunicación, humanidad, acceso y disponibilidad, entorno y facturación / pago) no resueltas conducen a la insatisfacción de los pacientes. De igual forma, Hyun Um & Lau (2018), establece que la insatisfacción se puede definir como una respuesta emocional y afectiva generada por una respuesta insuficiente del servicio recibido generada por las fallas del mismo.

Abordando el análisis de insatisfacción desde el punto de vista de la prestación de un servicio, Lee (2010) define la insatisfacción no corresponde a lo opuesto a la satisfacción, sino que es una respuesta a estos factores como son: comportamiento indiferente de los prestadores del servicio, falla en el servicio principal, largo tiempo de espera, procedimiento ineficiente, proveedores de servicios que no responden, actitud descortés, práctica no ética actitudes condescendientes, incomprensible empleados, y precios.

Así mismo, el estudio realizado por Kim, Blendon & Benson (2012) donde estudian el nivel de insatisfacción en 17 países de Latinoamérica, en el cual llegaron a la conclusión que el mayor nivel de insatisfacción se presenta en Perú con un 70%, Brasil con un 67%, Paraguay con un 64%; en dicho estudio Colombia obtuvo un 30%. De allí se plantearon los siguientes factores que se correlacionan con la insatisfacción en los servicios de salud como son: problema de acceso percibido, problema del costo percibido, disparidad de ingresos en el problema de acceso reportado, gasto total per cápita en salud al tipo de cambio promedio, gasto de bolsillo del gasto total en salud, sin seguro de salud ya sea público o privado, número de médicos por 10 000 habitantes, esperanza de vida al nacer, tasa de mortalidad infantil, por 1000 nacidos vivos, control de la corrupción, eficacia global del gobierno, nivel de democracia percibido, como se observa en la tabla 2 un resumen de los diferentes factores relacionados con la insatisfacción (Hsieh & Kagle, 1990)

Adicionalmente Da Silva, Torres, Da Silva, Nelson, Lucena, & Costa (2015) en un estudio cuantitativo realizado en el noreste de Brasil dirigido a pacientes con SIDA identificó que el 85.6% de los usuarios mostraron insatisfacción al servicio que reciben; esta insatisfacción se percibe en diferentes escenarios como lo son: la incomodidad e inadecuación de la estructura física, lenguaje no comprensible emitido por el profesional en salud, falta de escucha al paciente, falta de apoyo y

comprensión, generando ausencia de las condiciones mínimas en un proceso de atención humanizado.

Por otro lado, Osorio & Álvarez (2014) a través de un estudio descriptivo y mixto en donde se tiene por objetivo identificar las características del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de salud, desde la perspectiva de los usuarios y su relación con la utilización de los servicios, el nivel de satisfacción se encontró en el 83.7% en donde se evaluaron variables como: disponibilidad de tiempo, accesibilidad, continuidad del cuidado, información recibida sobre sus problemas de salud y la relación doctor - paciente, representando los aspectos de mayor importancia para el usuario; en este estudio afirman que la satisfacción corresponde a una evaluación segura del paciente sobre el cuidado recibido, esta evaluación genera una reflexión y análisis, buscando como resultado mejoras en la atención de la población.

Souza, Carvalho, Fávero, Pinheiro & Serrano (2018) en un estudio descriptivo con enfoque cualitativo señala que la satisfacción del paciente está correlacionada con la solución a sus problemas de salud, cuando el usuario siente que sus necesidades no fueron atendidas valora gravemente el servicio recibido.

En esta investigación se define la variable insatisfacción como una respuesta de la prestación de un servicio médico que no cumple con las expectativas de los clientes (Sierra, Rincón, Forero & Guevara, 2019)

Tabla 1
Definición insatisfacción

AUTOR	AÑO	PAÍS	DEFINICIÓN
Pichert, Miller, Holl, Federspiel & Hickson	1998	USA	Las quejas (problemas de atención y tratamiento, comunicación, humanidad, acceso y disponibilidad, entorno y facturación / pago) no resultan conducen a la insatisfacción de los pacientes.

Ki Hyun Um & Antonio K.W. Lau	2018	Corea	La insatisfacción se puede definir como una respuesta afectiva general causada por un retorno insuficiente del proceso de consumo, debido principalmente a fallas del servicio
Jungki Lee	2010	Corea	La insatisfacción no es lo opuesto a la satisfacción ya que están mediadas por factores diferentes como son: comportamiento indiferente, falla en el servicio principal, largo tiempo de espera, procedimiento ineficiente, proveedores de servicios que no responden, actitud descortés, práctica no ética, actitudes condescendientes, empleados incomprensibles, y precios.
Mei-o Hsieh y Jill Doner Kagle	1990	Taiwán	La insatisfacción se define como la relación con la expectativa, estado de salud y características personales de los pacientes, así como a las características del sistema de salud
Kim, Blendon & Benson	2012	Perú, Brasil, Paraguay, Chile, Guatemala, Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Argentina, Honduras, México, Panamá, Colombia, El Salvador, Venezuela, Costa Rica, Uruguay	La insatisfacción es la consecuencia de factores relacionados con la percepción del sistema de salud y el nivel de inversión del país en los temas relacionados con el porcentaje del PIB invertidos en la salud.
Da Silva, Torres, Da Silva, Nelson, Lucena, & Costa	2015	Brasil	Sumatoria de variables que generan incomodidad, falta de entendimiento, apoyo y comprensión.
Osorio & Álvarez	2014	España	Conjunto de acciones que van en dirección contraria a lo que el paciente espera recibir.
Souza, Carvalho, Fávero, Pinheiro & Serrano	2018	Brasil	Incumplimiento entre la expectativa y la percepción del usuario sobre la atención recibida.

Sierra, Rincón, Forero & Guevara	2019	Colombia	Insatisfacción es una respuesta de la prestación de un servicio médico que no cumple con las expectativas de los pacientes.
--	------	----------	---

Fuente: Elaboración propia

Nota: La tabla 1 recopila algunas definiciones encontradas en la literatura, que se consideran relevantes para definir insatisfacción.

8.2. Atención médica

Se desarrollan varios conceptos al respecto por esta razón se resalta la opinión de los varios autores que según el país en que se enfocan en su investigación se identifican varias definiciones importantes, entre ellas se destaca:

Durante la conferencia internacional de Alma–Ata Kazajstán realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y *The United Nations Childrens Fund* (UNICEF) en el año 1978 se definió la atención primaria de salud como la base fundamental de cualquier sistema de salud en los diferentes países, partiendo de la atención esencial accesible a cualquier individuo y/o comunidad, por diferentes medios a un costo razonable de acuerdo al desarrollo social y económico del país (Clavijo & Quesada, 2015). Si los diferentes países adoptaban la herramienta de Atención Primaria en salud se lograría una estructura del sistema de salud más eficiente y efectivo para el año 2000; sin embargo la aplicación de esta herramienta se limitó debido a las situaciones sociales, culturales, políticas y económicas de cada uno de los países; por lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS) integró esta herramienta dentro de los objetivos del milenio para el año 2015, basándose en que la Atención Primaria en Salud es la estrategia fundamental para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

En el estudio “Simplificando vidas” del Banco Interamericano de Desarrollo, la atención médica es un servicio público que debe brindar el estado, satisfaciendo las necesidades básicas del ciudadano en cuanto a su bienestar, manteniendo la integridad en la gestión de los recursos

asignados al sector (Pareja, Fernández, Blanco, Theobald & Martínez, 2015). Los ciudadanos latinoamericanos tienen expectativas muy altas frente a la calidad del servicio que debe brindarles el estado, esto debido al crecimiento de la sociedad de clase media y a una sociedad mucho más estudiada y mejor informada. La globalización hace que se requiera mejorar la eficiencia de la prestación del servicio; por lo cual es importante innovar y apalancar el desarrollo tecnológico a fin de digitalizar muchos de los trámites que debe realizar el ciudadano para recibir una atención médica eficiente; los autores resaltan que mejorar la vida del ciudadano es simplificar en cuanto a la reducción de transacciones que se requieran hacer con el estado para recibir una atención médica de calidad desde la solicitud de una cita médica.

En el estudio percepciones de médicos de atención primaria de Madrid sobre medidas de ajuste en el sistema público de salud, la atención médica es un conjunto coordinado de los servicios de salud que garantizan la protección de las comunidades a través de la administración del Estado (Heras, Otero, Sanz & Aranaz, 2016). De acuerdo a la crisis económica que sufrió España en el año 2008, el Estado toma la decisión de realizar un ajuste al sistema de salud que llevaba el país para lograr un ahorro en cuanto al rubro que tenía este sector de salud.

Así mismo, en la investigación que realizan sobre el panorama de la atención primaria de salud en Suramérica, definen la atención primaria de salud en Colombia como la estrategia que realiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar el bienestar y la atención integral de los usuarios para la prevención de enfermedades, en cuanto a diagnósticos, tratamientos y rehabilitación de los pacientes (Giovanella, Fidelis, Vega, Oliveira & Tejerina, 2015). En Colombia, la atención primaria en salud se empezó a incluir con el sistema de salud, el cual era propuesto por los diferentes periodos presidenciales, observando que el sistema de salud era implementado con diferentes lineamientos y no era una estructura sólida. Para el periodo de 1977

y 1984 se creó el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) con la estrategia “Jornadas de Vacunación”; para el periodo de 1986 y 1990 se crea el Plan Nacional para Superveniencia y Desarrollo Infantil y en 1993 se decreta la ley 100 con lo cual la Atención Primaria en Salud queda ubicada en el Plan de atención básica.

La definición que le dan estos mismos autores para la atención médica en Chile es la asistencia sanitaria bajo métodos prácticos y a un costo asequible a la comunidad, para garantizar la integridad y bienestar de los individuos y familias (Giovanella, Fidelis, Vega, Oliveira & Tejerina, 2015)

Por otro lado, se desarrolla una investigación del sistema de salud en República Dominicana comprendiendo la atención médica como un proceso por el cual se presta atención integral de los servicios de salud de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y atención primaria de salud que puede ser prestado por entidades del sector privado o público, servicios de salud que es prestado por las entidades encargadas de garantizar la atención de los afiliados por régimen subsidiado por medio de la administradora de riesgos de salud pública que se le asignen, mientras que a las personas que se encuentran afiliadas por régimen contributivo son atendidas por la administradora de riesgos de salud que seleccione (Rathe & Moliné, 2011)

Así como la investigación del sistema de salud en México en donde los investigadores conciben la atención médica como la asistencia que se promueve por medio de los beneficios médicos según el tipo de régimen obligatorio o régimen voluntario, prestada por aseguradoras privadas para personas que tienen capacidad de pago y para los trabajadores del sector formal de la economía, servicio que es prestado por hospitales, clínicas y médicos de las entidades públicas (Gómez, Sesma, Becerril, Knaul, Arreola & Frenk, 2011)

Adicional la investigación del sistema de salud realizada en Cuba en la que percibe la atención médica como un derecho social inalienable que busca dar cobertura en la prestación de servicios de salud a la población de Cuba, que es financiado casi exclusivamente por recursos del gobierno de este país. Atención que se debe realizar según el estado de salud del paciente, puede ser por nivel primario, secundario o terciario, brindando una prestación de los servicios en las redes médicas que corresponda según la necesidad del paciente por su condición médica (Dominguez & Zacca, 2011)

También se destaca a el trabajo de investigación sobre el sistema de salud de Honduras el cual engloba la atención médica como una práctica médica en la cual toda la comunidad tiene acceso por sector público o privado en los servicios requieran de promoción, prevención y asistencia hospitalaria o ambulatoria, garantizando su derecho humano a la salud, en el cual la niñez cuenta con una cobertura especial para tener acceso a todos los servicios de salud (Bermúdez, Sáenz, Muiser & Acosta, 2011)

De igual modo, se resalta el trabajo de investigación del sistema de salud de Costa Rica en el cual la atención médica se interpreta como un recurso que tiene acceso los contribuyentes y no contribuyentes al sistema, de servicios para promoción, prevención, curación, rehabilitación, asistencia ambulatoria y hospitalaria, en instituciones de la red según el nivel de la atención que requiera. Red de atención que para los contribuyentes pasaría ser un poco restringida si eligen no aportar al seguro de salud solo podrían acceder a los servicios de segundo y tercer nivel por emergencias (Sáenz, Acosta, Muiser & Bermúdez, 2011)

Se resalta, en Colombia donde se considera que la atención médica es la prestación de servicio de salud es la que se debe ofrecer satisfacción al paciente en la asistencia médica con la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios que requiera para su bienestar, que es

prestada por las IPS que son los proveedores de servicio de las EPS, efectuada por parte de los profesionales de salud dependiendo de la complejidad del servicio que requieran y que tengan derecho a su acceso por estar afiliados en el sistema general de seguridad social en salud por medio de régimen contributivo o subsidiado (Yépez, Ricaurte & Jurado, 2018)

Por lo anterior se llega a la definición que la atención médica es la prestación de los servicios de salud que es realizada por profesionales de la salud como médicos generales, internistas o alguna especialidad y según el diagnóstico del paciente, se define la conducta a seguir con la finalidad de dar inicio al tratamiento que corresponda, identificando el nivel de complejidad del servicio que requiere por medio de exámenes, procedimiento o terapias de diagnósticos estableciendo el manejo de la intervención hospitalaria o ambulatoria. Esta atención debe ser garantizada por las EPS por medio de su red de instituciones de prestadoras de servicios de salud, dando cobertura a los servicios necesarios para promoción, prevención y atención de cualquier enfermedad, que se encuentran incluidos en el plan de beneficios de salud y sin importar el régimen de afiliación sea contributivo o subsidiado (Sierra, Rincón, Forero & Guevara, 2019)

Tabla 2
Definición de atención médica

AUTOR	AÑO	PAÍS	DEFINICIÓN
Organización Mundial de la Salud	2015	Unión Europea	Es la base fundamental de cualquier sistema de salud en los diferentes países, partiendo de la atención esencial accesible a cualquier individuo y/o comunidad, por diferentes medios a un costo razonable de acuerdo al desarrollo social y económico del país.
Pareja, Fernández, Blanco, Theobald & Martínez	2015	Chile, Ecuador, Panamá, Paraguay, trinidad y Tobago, Uruguay	Es un servicio público que debe brindar el estado, satisfaciendo las necesidades básicas del ciudadano en cuanto a su bienestar, manteniendo la integridad en la gestión de los recursos asignados al sector.

Heras, Otero, Sanz & Aranaz.	2016	España	Es un conjunto coordinado de los servicios de salud que garantizan la protección de las comunidades a través de la administración del estado.
Giovanella, Fidelis, Oliveira & Tejerina. Vega, &	2011	Colombia	Es la estrategia que realiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud para garantizar el bienestar y la atención integral de los usuarios para la prevención de enfermedades, en cuanto a diagnósticos, tratamientos y rehabilitación de los pacientes.
Giovanella, Fidelis, Oliveira & Tejerina. Vega, &	2011	Chile	Es la asistencia sanitaria bajo métodos prácticos y a un costo asequible a la comunidad, para garantizar la integridad y bienestar de los individuos y familias.
Rathe, M. & Moliné, A	2011	República Dominicana	Proceso por el cual se presta atención integral de los servicios de salud de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y atención primaria de salud que puede ser prestado por entidades del sector privado o público.
Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. & Frenk, J.	2011	México	Asistencia que se promueve por medio de los beneficios médicos según el tipo de régimen obligatorio o régimen voluntario.
Bermúdez, J., Sáenz, M., Muiser, J. & Acosta, M.	2011	Honduras	Práctica médica en la cual toda la comunidad tiene acceso por sector público o privado en los servicios requieran de salud de promoción, prevención y asistencia hospitalaria o ambulatoria.
Dominguez, E. & Zacca, E.	2011	Cuba	Un derecho social inalienable que busca dar cobertura en la prestación de servicios de salud a la población de Cuba. Atendiendo según sea la necesidad por nivel primario, secundario o terciario, brindando una prestación de los servicios en las redes médicas que corresponda según la necesidad del paciente por su condición médica.
Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J. & Bermúdez, J.	2011	Costa Rica	Recurso que tiene acceso los contribuyentes y no contribuyentes al sistema, de servicios para promoción, prevención, curación, rehabilitación, asistencia ambulatoria y hospitalaria.

Yépez, M., Ricaurte, M. & Jurado, D.	2018	Colombia	Prestación de servicio de salud en la que se debe ofrecer satisfacción al paciente en la asistencia médica con la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios que requiera para su bienestar.
Sierra, Rincón, Forero & Guevara	2019	Colombia	Es la prestación de los servicios de salud que es realizado por profesionales de la salud como médicos generales, internistas o alguna especialidad y según el diagnóstico del paciente, se define la conducta a seguir con la finalidad de dar inicio al tratamiento que corresponda.

Fuente: Elaboración propia

Nota: La tabla 2 reúne las definiciones investigadas de atención médica en varios países.

9. Descripción de las Sub-variables

9.1. Estructura física

En Brasil de acuerdo a la investigación realizada por Da Silva et al. (2015) Se conceptúa que la deficiencia en estructura física limita al paciente recuperarse en un ambiente de confortabilidad, imposibilitando un bienestar. En Colombia de acuerdo a la investigación de Bejarano & Hernández, (2017) Se aprecia que “según el informe Nacional de Competitividad (17), mientras Colombia contaba con 1,5 camas por cada 1.000 personas en 2012, países como Cuba y Argentina tenían en promedio 5,3 y 4,7 respectivamente.”

9.2. Calidad de los cuidados prestados

En la investigación realizada sobre el sistema de salud de República Dominicana esta sub-variable surge porque las entidades que prestan el servicio por ineficiencia en la supervisión y control administrativa, los médicos no dan cumplimiento con sus citas agendadas debido que estos se encuentren registrados en dos nóminas, generando inestabilidad e imposibilidad que se garantice la prestación de atención médica de forma eficiente, haciendo que la calidad de

servicio sea baja y represente crisis en el sistema tanto en lo financiero como la percepción servicio en los pacientes (Rathe & Moliné, 2011)

9.3.Falta de cubrimiento a la demanda

Otra sub-variable es la dificultad que presentan los pacientes para acceder a la atención especializada, la baja oferta de recurso humano técnico en diferentes áreas de la salud, hace que sea aún más prorrogada la atención al paciente; adicionalmente la desigualdad que existe en la distribución en el interior de cada uno de los países para estos pocos profesionales en donde se encuentran grandes brechas en las zonas remotas y menos favorecidas. Sin duda, la falta de cubrimiento a la demanda es la carencia de profesionales especializados en todas las zonas del territorio de cada uno de los países, en donde se pueda brindar un servicio con oportunidad y calidad para el paciente (Giovanella et al., 2015)

Así como el trabajo del sistema de salud de República Dominicana donde manifiestan sobre esta sub-variable que se presenta dificultad para dar cubrimiento a todos los habitantes del país por el porcentaje del recurso financiero que se asigna para el sistema de salud, ya que al no ser suficiente no permite que la mejore la cobertura en el sistema de salud, el gobierno del país debería de evaluar las prioridades para permitir asegurar una cobertura universal en salud (Rathe & Moliné, 2011)

Por otra parte en la investigación que describe el sistema de salud en Cuba determinan que esta sub-variable afecta el funcionamiento del sistema de salud debido que no existe un distribución de consultorios para atender las necesidades de la población, ya que los profesionales que salen del país a misiones internacionales se ausentan pero no se dan cobertura y satisfacción de las demandas de esos servicios que prestaban los médicos que se ausentan (Dominguez & Zacca, 2011)

9.4. Ausencia de médicos en las zonas rurales

El sistema de salud en Honduras según la investigación resalta esta sub-variable como la carencia para dar cobertura con personal de la salud calificado en zonas rurales y/o remotas, quienes deben ser capacitados e implementar técnicas de incentivos que posibilite la conservación de médicos y enfermeros en estas zonas para que apoyen al buen desempeño de la atención médica (Bermúdez et al., 2011)

También es importante resaltar que en la investigación del sistema de salud en México se contempla esta sub-variable como la baja oferta de los profesionales de la salud en zonas rurales para proporcionar igualdad el derecho sistema de salud en las poblaciones indígenas y poder otorgar alternativas de acceso a las comunidades para prestar una atención integral de los servicios del plan de beneficio médicos que garantice el cubrimiento de los servicios que demanden (Gómez et al., 2011)

Y en la investigación realizada en Colombia se determina que esta sub-variable es la barrera de acceso a la atención médica que existe en zonas rurales, debido que si requieren acudir algún servicio especialista o exámenes complementarios deberán remitirse hasta la ciudad más cercana de su vereda o municipio para que se le preste el servicio que requiere, en el cual el paciente incurre en gastos de traslado y servicios que no se encuentren dentro del plan de beneficios de salud Pos (Yépez et al., 2018)

9.5. Relación entre profesionales y usuarios

La relación entre los profesionales y los usuarios se ve afectada por la confianza que generan los médico a los pacientes, lo cual se relaciona con la actitud de los mismos frente a los pacientes en especial si son: arrogante, muestran desprecio, ridiculizan, presentan actitudes ásperas o crudas durante la interacción; de igual forma los clientes percibieron actitudes y

comportamientos insensibles, inflexibles y no comunicativos a las solicitudes razonables realizadas (Lee, 2010)

9.6. Demora en el agendamiento de citas

La demora para obtener una cita médica es uno de las sub-variables más importante de insatisfacción de los pacientes, esto debido a que la solicitud de una cita no tiene ningún costo y no se generan ningún tipo de penalización, sin embargo muchos pacientes no asisten a estas citas y no las cancelan generando inconvenientes en el sistema y en el servicio para la comunidad en general, desaprovechando los recursos planificados y brindados por las entidades y el estado. La demora en el agendamiento de citas es considerada como un trámite que genera una cantidad de tiempo perdido para el paciente al solicitar un servicio ante la entidad de salud con el objetivo de acceder a un servicio (Pareja et al., 2015)

Es importante resaltar que en la investigación realizada en Colombia se identifica esta sub-variable como la limitaciones que se presenta en la tramitología para acceder atención médica donde el proceso administrativo tiene varias barreras para que el servicio se preste de manera oportuna y se asigne la cita de forma ágil, con ello se presenta problemas de oportunidad en el tiempo esperado por el paciente para la prestación de servicio de salud y por ende haciendo que la percepción del usuario sea negativa al tener que padecer por una serie de procesos para acceder a un servicio que necesita y por los requerimientos administrativos que las EPS disponen, sus afiliados se ven en la necesidad de acudir por vía legal para poder acceder a la atención médica que se debe garantizar y pero que su oportunidad no es la apropiada (Yépez et al., 2018)

9.7. Procesos ineficientes

Los servicios brindados en el sistema de salud presentaban un servicio inútil o improductivo, en la satisfacción de las necesidades de los pacientes, también se consideran

ineficientes cuando los requisitos para el acceso al servicio son demasiados o cuando ocurren demasiadas pausas en la recepción del servicio, aumentando los tiempos de espera en la atención de los servicios. Cuando los requisitos para el acceso al servicio son demasiados o cuando ocurren demasiadas pausas en la recepción del servicio (Lee, 2010)

9.8. Accesibilidad de los afiliados

Para que los pacientes puedan acceder a los servicios prestados se ve restringido por la dificultad de utilizar los servicios o llegar a este, ya sea por distancias largas, en especial al encontrarse en otras ciudades (Kim et al., 2012)

Tabla 3

Definición de las Sub-variables

AUTOR	AÑO	PAÍS	DEFINICIÓN
Da Silva, Torres, Da Silva, Nelson, Lucena, & Costa	2015	Brasil	Estructura física: Se refiere a la deficiencia en la red pública de salud que genera límites en la actuación profesional plena.
Giovanella, Fidelis, Vega, Oliveira & Tejerina	2015	República Dominicana	Falta de cubrimiento a la demanda: Es la carencia de profesionales especializados en todas las zonas del territorio de cada uno de los países, en donde se pueda brindar un servicio con oportunidad y calidad para el paciente.
Pareja, Fernández, Blanco, Theobald & Martínez	2015	Chile, Ecuador, Panamá, Paraguay, trinidad y Tobago, Uruguay	Demora en el agendamiento de citas: Es el trámite que genera una considerable cantidad de tiempo perdido para el paciente al solicitar un servicio ante la entidad de salud con el objetivo de acceder a un servicio.
Rathe, M. & Moliné, A	2011	República Dominicana	Calidad de los cuidados prestados: Surge porque las entidades que prestan el servicio por ineficiencia en la supervisión y control administrativa, los médicos no dan cumplimiento con sus citas agendadas.

Rathe, M. & Moliné, A	2011	República Dominicana	Falta de cubrimiento a la demanda: Se presenta dificultad para dar cubrimiento a todos los habitantes del país por el porcentaje del recurso financiero que se asigna para el sistema de salud.
Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. & Frenk, J.	2011	México	Ausencia de médicos en zonas rurales: Baja oferta de los profesionales de la salud en zonas rurales para proporcionar igualdad el derecho sistema de salud en las poblaciones indígenas.
Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H. & Frenk, J.	2011	México	Largos tiempos de espera: Superación del tiempo que el paciente tiene como expectativa de atención oportuna no tiene un impacto positivo debido que los tiempos de espera en el servicio que le presta la entidad encargada.
Bermúdez, J., Sáenz, M., Muiser, J. & Acosta, M.	2011	Costa Rica	Ausencia de médicos en zonas rurales: Es la carencia para dar cobertura con personal de la salud calificado en zonas rurales y/o remotas, para que apoyen al buen desempeño de la atención médica.
Jungki Lee	2010	Corea	Procesos ineficientes: cuando los requisitos para el acceso al servicio son demasiados o cuando ocurren demasiadas pausas en la recepción del servicio.
Yépez, M., Ricaurte, M. & Jurado, D.	2018	Colombia	Ausencia de médicos en zonas rurales: Barrera de acceso a la atención médica que existe en zonas rurales, debido que si requieren acudir algún servicio deberán remitirse hasta la ciudad para que se le preste el servicio que requiere.
Yépez, M., Ricaurte, M. & Jurado, D.	2018	Colombia	Demora en el agendamiento de citas: Limitaciones que se presenta en la tramitología para acceder atención médica donde el proceso administrativo tiene varias barreras para que el servicio se preste de manera oportuna y se asigne la cita de forma ágil.

Kim, Blendon & Benson	2012	Perú, Brasil, Paraguay, Chile, Guatemala, Bolivia, Ecuador, Nicaragua, Argentina, Honduras, México, Panamá, Colombia, El Salvador, Venezuela, Costa Rica, Uruguay	Accesibilidad de los afiliados: El acceso a los servicios de salud se ve restringido, por la dificultad en utilizar los servicios o llegar a este.
Junki Lee	2010	Corea	Relación: Los clientes percibieron actitudes y comportamientos insensibles, inflexibles y no comunicativos a las solicitudes razonables realizadas.

Fuente: Elaboración Propia.

Nota: Tabla 3. Definición de las sub-variables asociadas a las variables; atención médica e insatisfacción

En relación con la investigación realizada con base a estos los artículos de diferentes países, se reconocieron una serie de subvariables que llevan a que se presente la insatisfacción de los pacientes en la atención médica, se resaltan los factores que son de alto impacto y más afines en la percepción de los usuarios de aquellos factores que marcan una afectación en la idónea prestación de los servicios de salud. Dichas subvariables son importantes identificarlas ya que originan una influencia negativa en relación a la perspectiva de calidad integral en la atención médica.

10. Relación de las Sub-variables

A continuación, se muestra la relación de las subvariables entre las variables atención médica e insatisfacción:

Tabla 4

Relación de las sub-variables

Variables	Atención Médica
-----------	-----------------

	Subvariables	Estructura física	Calidad de los cuidados prestados	Falta de cubrimiento a la demanda	Ausencia de médicos en zonas rurales
Insatisfacción	Relación entre profesionales y usuarios		1. La relación entre profesionales y usuarios impacta en la percepción de calidad del servicio.		
	Demora en el agendamiento de citas			2. Carencia de profesionales especializados influye en la demora del agendamiento de citas.	
	Atención eficiente del servicio	3. Falta de una adecuada infraestructura física impide una atención eficiente del servicio.			
	Accesibilidad de los afiliados				4. Ausencia de médicos en zonas rurales limita la accesibilidad a la atención médica.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Tabla4. Se realiza la entre las variables; atención médica e insatisfacción.

11. Hipótesis

De acuerdo con la relación entre las subvariables se establecen las siguientes hipótesis:

H₁: El nivel de calidad en los cuidados prestados por el personal médico influye positivamente en la relación entre profesionales y usuarios.

Para esta investigación uno de los artículos tomados como referencia, corresponde al estudio de Da Silva et al. (2015) en donde analiza la percepción de usuarios y profesionales con la calidad de atención al paciente, destacando que cuando existe una relación basada en la confianza entre el profesional de la salud y usuarios genera impacto en el seguimiento o no, de un tratamiento, debido a que la principal causa de sufrimiento en el paciente se da cuando el profesional no toma en consideración su queja ni intenta resolverla.

H₂: La falta de cubrimiento a la demanda incide en la demora en el agendamiento de citas

Debido a la carencia de profesionales especializados que puedan atender esta comunidad. Si las entidades que prestan el servicio de salud no cuentan con profesionales especializados, un alto porcentaje de comunidad ya con un diagnóstico de posible enfermedad queda desatendida. Existen dos problemas en la oferta de profesionales especializados, el primero es la desigualdad en la distribución, ya que estos profesionales en su mayoría se encuentran en las principales ciudades de los países segregando otras regiones, zonas remotas y de difícil acceso; el segundo problema es la regulación que se tienen en los diferentes países con respecto a la relación laboral, hay diferentes vínculos laborales y formas de remuneración en la cual se ven afectados la estabilidad, garantías y bienestar social del profesional, cuando la inversión para para obtener un título de médico especialista es considerable teniendo en cuenta que en muchos de estos casos los estudios deben realizarlos en el exterior.

Con respecto a la demora de agendamiento de citas existen dos problemas fundamentales dentro de los sistemas de salud actualmente, el primero se deriva de la tramitología que debe

realizar el paciente, para lograr la atención por un profesional especialista, teniendo en cuenta que se deben realizar de forma presencial ante la entidad que presta el servicio de salud generando grandes filas y largos tiempos de espera para lograr el agendamiento de una cita, en donde la atención a este paciente puede tardar debido a la falta de profesionales en dicha especialización; el segundo problema es en cuanto a la atención primaria, debido a que el solicitar una cita no genera ningún costo e incumplirla tampoco, el paciente falta a la cita sin avisar o realiza la cancelación sin la suficiente anticipación, generando inconvenientes en la gestión del servicio e impidiendo que otro paciente el cual requiere la cita con mayor urgencia, desaprovechando así los recursos brindados por el estado y las entidades que prestan el servicio de salud.

H3: La inadecuada infraestructura física influye en una atención eficiente del servicio.

De igual forma la estructura para la atención genera procesos ineficientes cuando los requisitos para el acceso al servicio son demasiados o cuando ocurren demasiadas pausas en la recepción del servicio alargando los tiempos de espera al no tener suficiente espacio para una prestación adecuada del servicio.

H4: La ausencia de médicos en zonas rurales incide en la accesibilidad de los afiliados al sistema de salud.

La ausencia de médicos en zonas rurales es un factor que limita la accesibilidad de los servicios de salud a estas poblaciones, debió que algunos municipios llegan a contar con algún hospital pero no tienen la capacidad de atender todos los tipos de servicios ya que los profesionales de medicina son limitados y no cuenta con la experticia en las diferentes especialidades, por lo cual el paciente según su estado de salud puede requerir una remisión interinstitucional y dependería de la disponibilidad de camas y especialidades en otra entidad en la ciudad u otra ciudad cercana, o por sus propios medios dirigirse hasta un Hospital de la ciudad más cercana que le

pueda brindar el manejo de la atención médica donde exista personal de medicina que pueda atender dicha necesidad. Dificultad de accesibilidad en las entidades de zonas rurales con profesionales de medicina que puede llegar a impactar en el estado de salud del paciente y poner en riesgo su vida.

12. Metodología

Es una investigación de tipo descriptiva y correlacional, se enfoca en el estudio del arte por medio de artículos científicos de varios países, con los que se apoya el desarrollo del trabajo de investigación a partir de las dos variables que se definieron. Posteriormente se identifican y describen las sub-variables de la variable independiente y dependiente con la finalidad de formar las hipótesis según la relación de las sub-variables propuestas.

12.1. Diseño del estudio y muestra

Para comprobar las hipótesis formuladas, se utiliza el método de encuesta con un enfoque cuantitativo y un tipo de muestreo probabilístico como es el muestreo aleatorio simple, el cual tiene una confiabilidad del 100%, así estableciendo el número de la muestra.

Tabla 5

Relación del tamaño del universo con el número de muestras necesarias

Universo	Muestra necesaria	%
10	10	100%
100	80	80%
1000	278	27,80%
10000	370	3,70%
100000	383	0,38%
1000000	384	0,038%
10000000	385	0,004%

100000000	385	0,0004%
-----------	-----	---------

Fuente: Elaboración propia con base a los datos para muestras universales

Nota: Tabla 5. Se identifica el número de la muestra que se debe realizar según el tamaño del universo en el que maneje la investigación o estudio.

Teniendo en cuenta que la población de Bogotá esta alrededor de 8.000.000 habitantes, el método de encuesta se deberá realizar a 385 habitantes, basándose en la formula definida así:

Fórmula:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

12.2. Diseño del cuestionario y medición

El cuestionario se divide en cuatro partes, cada una de las partes permite comprobar si las hipótesis se cumplen. Se realizó una encuesta de forma virtual por medio de un cuestionario de 21 preguntas de elaboración propia a 385 personas de la ciudad de Bogotá, que utilizan los servicios de salud que presentan las EPS, con el fin de verificar con precisión, claridad y legibilidad cada una de las encuestas.

Inicialmente se solicita a los encuestados responder las preguntas basándose en su experiencia con la atención médica en los últimos 5 años, evaluando por medio de una escala de Likert de 5 puntos con opciones de respuesta de nunca a siempre, totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo y deficiente a excelente, con la finalidad de reunir datos y establecer la percepción de la atención médica recibida.

Con base a lo anterior, se establecieron las características de los participantes que realizaran la encuesta; hombres y mujeres en rango de edad de 18 años a 85 años, afiliados al régimen contributivo o subsidiado de EPS y que residen en Bogotá. La fecha límite para obtener los

resultados de la encuesta es abril del 2019, responder el cuestionario tiene una duración aproximada de 10 minutos.

12.3. Análisis de los resultado

De acuerdo a las encuestas realizadas a 385 usuarios de la atención médica prestada por EPS en diferentes sectores de Bogotá, con promedio de edad 35 años, los resultados se recolectaron, procesaron y analizaron en el SPSS.

Tabla 6

Descripción de las abreviaturas usadas en SPSS de las sub-variables.

Hipótesis (H)	Sub-variable (S)	Variable Independiente (VI)	Sub-variable (S)	Variable Dependiente (VD)
		Atención médica		Insatisfacción
Hipótesis 1	S2	Calidad de los cuidados prestados	S5	Relación entre profesionales y usuarios
Hipótesis 2	S3	Falta de cubrimiento a la demanda	S6	Demora en el agendamiento de citas
Hipótesis 3	S1	Estructura física para la atención	S7	Atención eficiente del servicio
Hipótesis 4	S4	Ausencia de médicos en zonas rurales	S8	Accesibilidad de los afiliados

Fuente: elaboración propia

Nota. Tabla 6. Describe las abreviaturas aplicadas en el análisis de los resultados en correspondencia a las variables, hipótesis y sub-variables del estudio, que se usaron los datos estadísticos, frecuencia y correlación.

Tabla 7.

Descripción de las abreviaturas usadas en SPSS de las preguntas de la encuesta.

	Pregunta (P)	Descripción de la pregunta
Hipótesis 1	P1	¿Los servicios que le son prestados por parte de la EPS y equipo médico solucionan el problema de salud que originó la consulta?
	P2	¿Durante la consulta el médico le explica en un lenguaje claro y sencillo el diagnóstico, tratamiento y control de los síntomas o enfermedad que presenta?
	P3	¿La disposición y actitud del profesional de la salud para resolver sus inquietudes en relación a alguna indicación médica, influye la continuidad y/o avance de su tratamiento?
	P4	¿El tiempo de espera entre la facturación de servicios y la atención médica por parte del médico es?
	P5	¿El servicio de atención médica que recibe cumple con sus expectativas?
	P6	¿Considera que la actitud del equipo médico y personal de salud frente a sus necesidades y solicitudes es indiferente?
Hipótesis 2	P7	¿La autorización genera la EPS para acceder a la cita por medicina especializada se realiza de forma ágil y eficiente?
	P8	¿La autorización genera la EPS para acceder a la cita por medicina especializada se realiza de forma ágil y eficiente?
	P9	¿Usted realiza en los tiempos establecidos por la EPS la cancelación o reprogramación de citas médicas a las cuales no puede asistir por algún motivo?

	P10	¿Usted realiza en los tiempos establecidos por la EPS la cancelación o reprogramación de citas médicas a las cuales no puede asistir por algún motivo?
	P11	¿Considera que su EPS cuenta con la cantidad suficiente de médicos especializados para atender de manera oportuna sus necesidades como paciente?
	P12	¿Se ha visto en la necesidad de recurrir a vías legales para poder acceder a la atención médica que requiere?
Hipótesis 3	P13	¿Se ha visto en la necesidad de recurrir a vías legales para poder acceder a la atención médica que requiere?
	P14	¿Según su experiencia, la disponibilidad y calidad de los equipos médicos necesarios para la detección y/o control de enfermedades son?
	P15	¿Las instalaciones de los centros de atención en salud brindan condiciones adecuadas para la movilidad de pacientes con alguna discapacidad?
	P16	¿Según su experiencia la distribución de la infraestructura física de espacios como la sala de espera, recepción, consultorios, camillas, sala de urgencia, ha permitido la atención eficiente y de calidad durante prestación de servicio en la IPS u Hospital?
Hipótesis 4	P17	¿Según su experiencia la distribución de la infraestructura física de espacios como la sala de espera, recepción, consultorios, camillas, sala de urgencia, ha permitido la atención eficiente y de calidad durante prestación de servicio en la IPS u Hospital?
	P18	¿Trasladarse desde donde reside hasta el lugar donde le programaron su cita médica o servicio médico tarda más de 1 hora?
	P19	¿En la Zona que reside su EPS promueve jornadas de vacunación, pruebas de peso y talla, presión arterial, examen de salud visual, taller de prevención de cáncer de seno o toma de Citologías?
	P20	¿En la Zona que reside su EPS promueve jornadas de vacunación, pruebas de peso y talla, presión arterial, examen de salud visual, taller de prevención de cáncer de seno o toma de Citologías?
	P21	¿Cómo paciente ha incurrido en el pago de servicios de salud que no da cobertura la EPS en la cual se encuentra afiliado?

Fuente: Elaboración propia

Nota. Tabla 7. Se indica las abreviaturas que se utilizaron de las preguntas, para los datos estadísticos, frecuencia y correlación para cada una de las hipótesis.

Resultados H1: El nivel de calidad en los cuidados prestados por el personal médico influye positivamente en la relación entre profesionales y usuarios.

Dentro del cuestionario se formularon las preguntas de la 1 a la 6 para analizar la primera hipótesis. A continuación, se muestran las tablas con los resultados obtenidos en el análisis de estadística descriptiva e inferencial, aplicable a las sub-variables calidad de los cuidados prestados y relación entre profesionales y usuarios.

Tabla 8
Estadísticas de hipótesis 1

Estadísticos		P1 - S2	P4 - S2	P5 - S2	P2 - S5	P3 - S5	P6 - S5
N	Válido	385	385	385	385	385	385
	Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media		3,40	3,36	3,31	3,73	3,84	3,20

Mediana	3,00	4,00	3,00	4,00	4,00	3,00
Moda	4	4	3	4	4	4
Desv. Desviación	,884	,888	,906	,883	,904	,967
Varianza	,782	,789	,820	,780	,818	,935
Rango	4	4	4	4	4	4

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Tabla 8. Estadística que corresponde a S2 que es la Sub-variable 2 y S5 que es la Sub-variable 25; P1, P2, P3, P4 y P5 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 1.

Evaluando la calidad de los servicios prestados (P1) se encuentra una mediana de 3 lo cual representa la respuesta cualitativa “a veces” equivalente al 35% y un 13% correspondiente a la respuesta “rara vez” lo anterior representa que para el 49% de los usuarios el servicio que recibe de la EPS y equipo médico no solucionan el problema de salud que genera la consulta.

Por otro lado, el tiempo en sala de espera (P4) se encuentra en mediana de 4 representando la respuesta cualitativa “casi siempre” con un equivalente de 47%, no obstante el 45% de los usuarios manifiesta que los tiempos en sala de espera no son los esperados, conformando respuestas cualitativas del 35% como regulares y 10% malo.

En cuanto al servicio de atención médica el 55% de los usuarios reporta que a veces y rara vez se cumplen las expectativas, con un porcentaje de 40% y 15% respectivamente, para esta pregunta (P5) la mediana es de 3 “a veces”

Por otro lado, los resultados obtenidos sobre la relación entre profesionales de la salud y pacientes; el 28% de los usuarios reporta que el médico “a veces”, y el 9% con apreciación de “rara vez” explica en un lenguaje claro y sencillo el diagnóstico, tratamiento y control de los síntomas o enfermedad, en la pregunta (P2) la mediana es de 4 representando la respuesta cualitativa “casi siempre”.

De igual forma la mediana de la pregunta (P3) es de 4 representado en la opción cualitativa “de acuerdo” en donde el 73% de los encuestados afirma que la disposición y actitud del

profesional de la salud para resolver sus inquietudes en relación a alguna indicación médica, influye en la continuidad y/o avance de su tratamiento.

Así como en la pregunta (P6) en donde se mide si la actitud del personal médico frente al usuario es o no indiferente, obtenemos como resultado una mediana de 3 la cual corresponde a la respuesta “ni en desacuerdo, ni de acuerdo” representado en el 32%, por otro lado, el 36% de los encuestados consideran que la actitud de los profesionales de la salud frente a sus necesidades y solicitudes es indiferente.

A continuación, se muestra la tabla con los resultados obtenidos en el análisis de estadística inferencial correspondiente a la correlación entre las variables independientes y dependientes, relacionadas las sub-variables calidad en los cuidados prestados y relación entre profesionales y usuarios.

Tabla 9
Correlación entre las sub-variables de hipótesis 1

Correlaciones		P5 - S2	P6 - S5
P5 - S2	Correlación de Pearson	1	-,193**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	385	385
P6 - S5	Correlación de Pearson	-,193**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	385	385
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Tabla 9. Correlación que corresponde a S2 que es la Sub-variable 2 y a S5 que es la Sub-variable 5; P5 y P6 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 1.

De acuerdo a los resultados obtenidos y según la correlación de Pearson hay una vinculación directa entre el cumplimiento de las expectativas del servicio médico, con la actitud indiferente de los profesionales de la salud frente a las necesidades y solicitudes del usuario.

Tabla 10
Correlación entre las sub-variables de hipótesis 1

Correlaciones		P4 - S2	P2 - S5
P4 - S2	Correlación de Pearson	1	,329**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	385	385
P2 - S5	Correlación de Pearson	,329**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	385	385
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Tabla 10. Correlación que corresponde a S2 que es la Sub-variable 2 y S5 que es la Sub-variable 5; P2 y P4 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 1.

De igual manera evidenciamos que con un tiempo en sala de espera calificado como regular por el 35% de los encuestados, en el momento de la consulta el 36% de los usuarios notifica que el diagnóstico tratamiento y control de los síntomas o enfermedad que presenta no son explicados por el médico en un lenguaje claro y sencillo, por lo anterior se identifica que la tercera parte de los usuarios manifiestan inconformidad con los tiempos de espera y el servicio que reciben durante la consulta.

Tabla 11

Correlación entre las sub-variables de hipótesis 1

Correlaciones		P1 - S2	P3 - S5
P1 - S2	Correlación de Pearson	1	,335**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	385	385
P3 - S5	Correlación de Pearson	,335**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	385	385
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Tabla 11. Correlación que corresponde a S2 que es la Sub-variable 2 y S5 que es la Sub-variable 5; P1 y P3 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 1.

Por otro lado, según la correlación de Pearson podemos observar la relación que hay entre los servicios que el usuario recibe de la EPS y como la disposición y actitud del profesional de la salud influye en la continuidad o avance del paciente con su tratamiento médico.

Resultados H2: La falta de cubrimiento a la demanda incide en la demora en el agendamiento de citas.

Dentro del cuestionario se formularon las preguntas de la 7 a la 12 para analizar la segunda hipótesis. A continuación, se muestran las tablas con los resultados arrojados en el análisis estadístico y de correlación de variables, en este caso la relación en las sub-variables falta de cubrimiento a la demanda y demora en el agendamiento de citas.

Tabla 12
Estadísticas de hipótesis 2

Estadísticos		P7 - S6	P8 - S6	P9 - S6	P10 - S6
N	Válido	385	385	385	385
	Perdidos	0	0	0	0
Media		2,79	2,37	3,94	4,49
Mediana		3,00	2,00	4,00	5,00
Moda		3	2	5	5
Desv. Desviación		1,158	1,084	1,139	,893
Varianza		1,341	1,175	1,298	,797
Rango		4	4	4	4

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Tabla 12. Estadística que corresponde a S6 que es la Sub-variable 6; P7, P8, P9 y P10 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 2.

La mediana para la pregunta (P7) es de 3, lo cual representa la respuesta cualitativa “A veces” con un 31%, seguida de la respuesta “Rara vez” con un 25.3% y un 15.8% para la respuesta “Nunca”; con lo que se concluye que el 72.1% de las personas encuestadas, no se encuentran satisfechas con la eficiencia y agilidad de las autorización que generan las EPS para acceder a las citas por medicina especializada.

En el caso de la pregunta (P10), la mediana es 5, la cual obedece a la respuesta “Siempre” con un 67.7%, seguida de la respuesta “Casi Siempre” con un 20.4%, con lo que se puede concluir que el 88,1% del total de encuestados es consciente que la cancelación inoportuna de las citas médicas imposibilita a otro paciente de recibir este servicio.

Tabla 13
Correlación entre las sub-variables de hipótesis 2

Correlaciones		P11 - S3	P8 - S6
P11 - S3	Correlación de Pearson	1	,448**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	385	385
P8 - S6	Correlación de Pearson	,448**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	385	385
**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 13. Correlación que corresponde a S3 que es la Sub-variable 3 y S6 que es la Sub-variable 6; P11 y P8 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 2.

Para las respuestas de la pregunta (P8), la mediana es 2, con lo cual el 43,2% de los encuestados se encuentran en “En desacuerdo”, seguida de la opción “Totalmente en desacuerdo” con un 21.7%; de esta forma el 64.9% del total de encuestados, no está de acuerdo con los tiempos de asignación de citas en los servicios médicos especializados por parte de las EPS, evidenciando de esta forma la insatisfacción frente a la oportunidad en la prestación de este servicio. Al relacionar esta pregunta con la pregunta (P11) la cual hace referencia a si la cantidad de médicos especialistas son suficientes para la atención de forma oportuna del paciente; se presenta una correlación de 0,448 lo cual lo relaciona de manera positiva.

Tabla 14

Correlación entre las sub-variables de hipótesis 2.

Correlaciones		P12 - S3	P9 - S6
P12 - S3	Correlación de Pearson	1	-,083
	Sig. (bilateral)		,103
	N	385	385
P9 - S6	Correlación de Pearson	-,083	1
	Sig. (bilateral)	,103	
	N	385	385

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 14. Correlación que corresponde a S3 que es la Sub-variable 3 y S6 que es la Sub-variable 6; P12 y P9 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 2.

La pregunta (P9) tiene una mediana de 4, lo que representa en las preguntas cualitativas “Siempre” con un 41.3% de los encuestados, seguido de la respuesta “Casi siempre” con un 29.5% a lo que se concluye que el 70.8% del total de encuestados realiza la cancelación de las citas médicas programadas, a las cuales no puede asistir por algún motivo. Al relacionar esta pregunta con la pregunta (P12) la cual hace referencia a si los pacientes se han visto en la necesidad de recurrir a vías legales, para poder acceder a la atención médica que requiere; se presenta una correlación de -0,083 lo cual lo relaciona de manera negativa.

Tabla 15

Estadísticas de hipótesis 2

Estadísticos		P11 - S3	P12 - S3
N	Válido	385	385
	Perdidos	0	0
Media		2,75	1,56
Mediana		3,00	1,00
Moda		2	1
Desv. Desviación		1,124	,920
Varianza		1,264	,846
Rango		4	4

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 15. Estadísticas que corresponde a S3 que es la Sub-variable 3 y S6 que es la Sub-variable 6; P11 y P12 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 2.

De igual forma para la pregunta (P11), la mediana es 3 con un 38,2%, para la respuesta “En desacuerdo”, seguida de la respuesta “Ni en desacuerdo ni de acuerdo” con un 21.4%, la diferencia entre la respuesta “En desacuerdo” y “Ni en desacuerdo ni de acuerdo” es de un 16.8% por lo que se puede concluir que los encuestados no tienen conocimiento de si su EPS cuenta con la cantidad suficiente de médicos especialistas para la atención oportuna del paciente.

Tabla 16
Correlación entre las sub-variables de hipótesis 2

Correlación		P12 - S3	P8 - S6
P12 - S3	Correlación de Pearson	1	-,073
	Sig. (bilateral)		,151
	N	385	385
P8 - S6	Correlación de Pearson	-,073	1
	Sig. (bilateral)	,151	
	N	385	385

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 16. Correlación que corresponde a S3 que es la Sub-variable 3 y S6 que es la Sub-variable 6; P8 y P16 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 2.

Por ultimo para la hipótesis 2, se establece la pregunta (P12), con una mediana de 1 con un 68.7% para la respuesta “Nunca”, seguida de la respuesta “Rara vez” con un 10,1%, con lo que se concluye que un 78.8% del total de encuestados no han tenido que incurrir en vías legales para poder acceder a la atención medica que requiere. Al relacionar esta pregunta con la pregunta (P8) la cual hace referencia a si el tiempo de asignación de citas en los servicios médicos especializados es acorde con la necesidad y oportunidad del paciente; se presenta una correlación de -0,073 lo cual lo relaciona de manera negativa.

Tabla 17
Correlación entre las sub-variables de hipótesis 2

Correlación		P11 - S3	P7 - S6
P11 - S3	Correlación de Pearson	1	,445**
	Sig. (bilateral)		,000

	N	385	385
P7 - S6	Correlación de Pearson	,445**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	385	385
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 17. Correlación que corresponde a S3 que es la Sub-variable 3 y S6 que es la Sub-variable 6; P7 y P11 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 2

Al realizar la correlación de la pregunta (P11) en donde se indaga sobre la cantidad de médicos especialistas para atender de forma oportuna en la EPS y (P7), la cual establece si la autorización para acceder a una cita médica especializada se realiza de forma ágil y eficiente, se puede observar que de acuerdo a los resultados, se encuentra muy cercano a 1, con una correlación de 0,445 lo cual lo relaciona de manera positiva.

Tabla 18
Correlación entre las sub-variables de hipótesis 2

Correlación		P12 - S3	P7 - S6
P12 - S3	Correlación de Pearson	1	-,185**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	385	385
P7 - S6	Correlación de Pearson	-,185**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	385	385
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 18. Correlación que corresponde a S3 que es la Sub-variable 3 y S6 que es la Sub-variable 6; P7 y P12 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 2.

Del mismo modo al relación la pregunta (P12) en donde se indaga sobre la necesidades que han tenido los encuestados en recurrir a vías legales, para poder acceder a la atención medica y (P7), la cual establece si la autorización para acceder a una cita médica especializada se realiza de forma ágil y eficiente, se puede observar que de acuerdo a los resultados, se encuentra una correlación de -0,185 lo cual lo relaciona de manera negativa.

Resultados H₃: La inadecuada infraestructura física influye en una atención eficiente del servicio.

Los resultados que se obtuvieron alrededor de las preguntas dirigidas a validar la hipótesis, donde se observa la estadística descriptiva de cada una de las preguntas

Tabla 19
Estadísticas de hipótesis 3

Estadísticos		P13 - S1	P14 - S1	P15 - S1	P16 - S7
N	Válido	385	385	385	385
	Perdidos	0	0	0	0
Media		3,75	3,59	3,60	3,54
Mediana		4,00	4,00	4,00	4,00
Moda		4	4	4	4
Desv. Desviación		,944	,782	,941	,938
Varianza		,891	,612	,886	,880
Rango		4	4	4	4

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 19. Estadísticas que corresponde a S1 que es la Sub-variable 1 y S7 que es la Sub-variable 7; P13, P14, P15 y P16 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 3.

Las respuestas dadas sobre la pregunta 13 con relación a las condiciones de la infraestructura física de las EPS le brindan un ambiente de confortabilidad, se evidencia la percepción de los clientes, se encuentran de acuerdo con la afirmación antes mencionada con una frecuencia de 205 personas, que corresponden al 53,2% de los encuestados están de acuerdo con dicha afirmación, seguido por el 18,2% que están totalmente de acuerdo. Del mismo modo al correlacionar la pregunta 13 con la 16 “Generando bienestar frente a la distribución de la infraestructura física de espacios como la sala de espera, recepción, consultorios, camillas, sala de urgencia, ha permitido la atención del servicio de forma eficiente y de calidad por parte de su EPS” presenta una correlación del 0,560, lo cual es positiva, por lo que da a entender que las instalaciones de las EPS influyen de forma directa en la percepción de insatisfacción en la atención de los usuarios.

Tabla 20

Correlación entre las sub-variables de hipótesis 3

Correlación		P13 - S1	P16 - S7
P13 - S1	Correlación de Pearson	1	,560**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	385	385
P16 - S7	Correlación de Pearson	,560**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	385	385
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 20. Correlación que corresponde a S1 que es la Sub-variable 1 y S7 que es la Sub-variable 7; P13 y P16 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis

Del mismo modo, La disponibilidad de los equipos médicos son las adecuadas para la detección y/o control de enfermedades según lo arrojado por las respuestas de los encuestados, nos muestra una frecuencia de 197 que corresponde al 51,2% de las personas que consideran buena dicha afirmación, seguida del 33,5% que la considera regular esta información corresponde a la pregunta 14 al relacionar esta pregunta con la distribución de la infraestructura física de espacios como la sala de espera, recepción, consultorios, camillas, sala de urgencia, ha permitido la atención del servicio de forma eficiente y de calidad por parte de su EPS se presenta una correlación de 0,564 lo cual lo relaciona de manera positiva.

Tabla 21

Correlación entre las sub-variables de hipótesis 3

Correlación		P14 - S1	P16 - S7
P14 - S1	Correlación de Pearson	1	,564**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	385	385
P16 - S7	Correlación de Pearson	,564**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	385	385
** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).			

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 21. Correlación que corresponde a S1 que es la Sub-variable 1 y S7 que es la Sub-variable 7; P14 y P16 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 3.

No obstante, Las instalaciones de los centros de atención en salud brindan condiciones adecuadas para la movilidad de pacientes con alguna discapacidad, dicha afirmación es compartida por 196 encuestados que consideran las instalaciones de los centros de atención adecuadas para la movilidad de las personas con problemas de movilidad lo cual corresponde al 50,9% de la muestra, al relacionarlo con la distribución de la infraestructura física de espacios como la sala de espera, recepción, consultorios, camillas, sala de urgencia, ha permitido la atención del servicio de forma eficiente y de calidad por parte de su EPS se presenta una correlación de 0,489 lo cual lo relaciona de manera positiva.

Tabla 22
Correlación entre las sub-variables de hipótesis 3

Correlación		P15 - S1	P16 - S7
P15 - S1	Correlación de Pearson	1	,489**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	385	385
P16 - S7	Correlación de Pearson	,489**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	385	385

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 22. Correlación que corresponde a S1 que es la Sub-variable 1 y S7 que es la Sub-variable 7; P15 y P16 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 3.

Tabla 23
Frecuencia de las sub-variables.

		P15 - S1		P16 - S1	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válido	1	4	1,0	8	2,1
	2	60	15,6	56	14,5
	3	73	19,0	84	21,8
	4	196	50,9	196	50,9
	5	52	13,5	41	10,6
	Total	385	100,0	385	100,0

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 23. Frecuencia que corresponde a P15 y P16 que es el número de la pregunta que se relacionan con la sub-variable 1.

Tabla 24

Frecuencia de las sub-variables.

		P13 - S1		P14 - S1	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válido	1	9	2,3	6	1,6
	2	38	9,9	21	5,5
	3	63	16,4	129	33,5
	4	205	53,2	197	51,2
	5	70	18,2	32	8,3
	Total	385	100,0	385	100,0

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 24. Frecuencia que corresponde a P13 y P14 que es el número de la pregunta que se relacionan con la sub-variable 1.

De igual forma, la distribución de la infraestructura física de espacios como la sala de espera, recepción, consultorios, camillas, sala de urgencia, ha permitido la atención del servicio de forma eficiente y de calidad por parte de su EPS presenta la misma percepción por parte de los entrevistados de ser adecuada, al presentar 196 respuestas que indican estar de acuerdo con la pregunta lo cual corresponde al 50,9%, seguida del 21,8% que no estaban en Ni en desacuerdo, ni de acuerdo.

Resultados H4: La ausencia de médicos en zonas rurales incide en la accesibilidad de los afiliados al sistema de salud.

Tabla 25

Estadísticos de las sub-variables

Pregunta / Sub-variable		P17 - S4	P18 - S4
N	Válido	385	385
	Perdidos	0	0
Media		3,04	3,45
Mediana		3,00	3,00
Moda		1 ^a	3

Desv. Desviación	1,447	1,218
Varianza	2,094	1,483
Rango	4	4

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Tabla 25. Estadísticas que corresponde a S4 que es la Sub-variable; P17 y P18 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 4.

Con el resultado estadístico de la sub-variable 4 en la pregunta 17, con una media de 3,04 y la mediana de 3,00 se interpreta que los afiliados a veces deben trasladarse otra localidad, municipio o ciudad en la que vive para se le puedan dar la prestación de los servicios de salud que requiere en los servicios con especialistas o exámenes complementarios.

Así como para la pregunta 18, la media de 3,45 y la moda de 3, indican que en promedio los afiliados en algún momento se desplazaron por más de 1 hora desde el lugar donde residen hasta el lugar de programaron la cita.

Tabla 26

Frecuencia de la sub-variables

		P17		P18	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válido	1	84	21,8	24	6,2
	2	61	15,8	63	16,4
	3	75	19,5	115	29,9
	4	84	21,8	81	21,0
	5	81	21,0	102	26,5
	Total	385	100,0	385	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Tabla 26. Frecuencia que corresponde a P17 y P18 que es el número de la pregunta que se relacionan con la sub-variable 4.

Para los afiliados que dieron respuesta a la encuesta, el 78,2% en algún momento debió trasladarse a otra localidad, municipio o ciudad diferente en la que vive para que le prestaran la atención médica que necesitaba ya que donde reside no había una entidad disponible con la capacidad de prestar los servicios con especialistas o exámenes complementarios. Y el 21,8%

nunca presento la necesidad de trasladarse a otro lugar diferente donde vive para ser atendido por la EPS.

También se establece que alrededor del 93,8% de las personas que realizaron la encuesta han tenido que desplazarse por más de 1 hora para asistir a la cita médica, lo que indica que por lo general los afiliados para que su EPS le garanticen la cobertura de la prestación de servicios de salud requiere desplazarse por tiempos largos desde donde reside y tan solo de los afiliados 6,2% nunca ha tenido la obligación de desplazarse para dar cumplimiento a su cita.

Tabla 27

Estadísticos de las sub-variables

Estadísticos		P19 - S8	P20 - S8	P21 - S8
N	Válido	385	385	385
	Perdidos	0	0	0
Media		3,13	2,33	2,30
Mediana		3,00	2,00	2,00
Moda		3	1	1
Desv. Desviación		1,378	1,138	1,157
Varianza		1,898	1,295	1,339
Rango		4	4	4

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 27. Correlación que corresponde a S8 que es la Sub-variable 8; P19, P20 y P21 que es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 4.

La media es 3,13 y la moda está en 3 para la pregunta 19, lo que da evidencia que los pacientes perciben que las EPS no generan los espacios suficientes para desarrollar campañas de prevención de enfermedad y promoción de salud en la zona que residen sus afiliados.

En la pregunta 20, la media es de 2,33 y la moda de 2, lo que permite determinar es que los pacientes cuando asisten a la unidad de urgencias perciben en general que reciben un atención médica adecuada.

Así como para la pregunta 21, la media es 2,30 y la moda es de 2, resultado que indica que los afiliados rara vez incurren en pago de algún servicio de salud que no da cobertura la EPS.

Tabla 28

Frecuencia de las sub-variables

		P19		P20		P21	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Válido	1	60	15,6	125	32,5	136	35,3
	2	76	19,7	80	20,8	67	17,4
	3	91	23,6	115	29,9	127	33,0
	4	71	18,4	57	14,8	42	10,9
	5	87	22,6	8	2,1	13	3,4
	Total	385	100,0	385	100,0	385	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Tabla 28. Frecuencia que corresponde a P19, P20 y P21 que es el número de la pregunta que se relacionan con la sub-variable 8.

En la pregunta 19, 84% de los encuestados reconocen que en algún momento las EPS implementaron campañas o jornadas de promoción en salud y prevención en enfermedades, en los lugares que residen. Aunque no lo realizan en gran proporción para lograr el mejoramiento de la calidad de vida de los afiliados. El 16% de los afiliados indican que su EPS no tiene iniciativa de incluirlos en campañas o jornadas de promoción en salud y prevención en enfermedades en el lugar que residen.

Así como para la pregunta 20, de los encuestados el 53% indica que siempre o la mayoría de las veces que asistieron a la atención médica por urgencias la entidad daba el manejo adecuado en la prestación de servicios de salud, el 45% de los afiliados en algún momento sintieron entidad no estaba en capacidad de prestar el servicio o dar el manejo a sus síntomas y tan solo un 2% siempre se sintió inseguro con el servicio que le prestaron en unidad de urgencias.

Para la pregunta 20, El 65% de los afiliados encuestados indican en algún momento han incurrido pago de algún servicios de salud que no da cobertura la EPS y el 35% restante la EPS ha dado cobertura en la prestación servicios salud que requieren.

Tabla 29

Correlación entre las sub-variables de hipótesis 4

Correlación		P17 - S4	P19 - S8
P17 - S4	Correlación de Pearson	1	-,011
	Sig. (bilateral)		,835
	N	385	385
P19 - S8	Correlación de Pearson	-,011	1
	Sig. (bilateral)	,835	
	N	385	385

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 29. Correlación que corresponde a S4 que es la Sub-variable 4 y S8 que es la Sub-variable 8; P17 y P19 es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 4.

En la primera relación de la sub-variable ausencia de médicos en zonas rurales y sub-variable de accesibilidad de los afiliados, no existe relación ya que se encuentra cerca de 0 o de -1. No existe relación entre la pregunta que hace parte de la variable independiente, en la cual se buscaba identificar si el paciente para la prestación de servicios con especialistas o exámenes complementarios debe trasladarse a otra localidad, municipio o ciudad en la que vive con la pregunta de variable dependiente en la cual se preguntaba si la EPS promueve jornadas de vacunación, pruebas de peso y talla, presión arterial, examen de salud visual, taller de prevención de cáncer de seno o toma de Citologías.

Tabla 30

Correlación entre las sub-variables de hipótesis 4

Correlación		P17 - S4	P20 - S8
P17 - S4	Correlación de Pearson	1	,182**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	385	385
P20 - S8	Correlación de Pearson	,182**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	385	385

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 30. Correlación que corresponde a S4 que es la Sub-variable 4 y S8 que es la Sub-variable 8; P17 y P20 es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 4.

En la segunda relación de la sub-variable ausencia de médicos en zonas rurales y sub-variable de accesibilidad de los afiliados, existe correlación significativa en el nivel 0,01 (bilateral). Existe relación entre la pregunta que hace parte de la variable independiente, en la cual se buscaba identificar si el paciente para la prestación de servicios con especialistas o exámenes complementarios debe trasladarse a otra localidad, municipio o ciudad en la que vive con la pregunta de variable dependiente con la que se buscaba saber si la entidad donde acude el paciente cerca de su vivienda a la atención de urgencias está en la capacidad de prestar el servicio o dar el manejo a sus síntomas.

Tabla 31
Correlación entre las sub-variables de hipótesis 4

Correlación		P17 - S4	P21 - S8
P17 - S4	Correlación de Pearson	1	,117*
	Sig. (bilateral)		,022
	N	385	385
P21 - S8	Correlación de Pearson	,117*	1
	Sig. (bilateral)	,022	
	N	385	385

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 31. Correlación que corresponde a S4 que es la Sub-variable 4 y S8 que es la Sub-variable 8; P17 y P21 es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 4.

En la tercera relación de la sub-variable ausencia de médicos en zonas rurales y sub-variable de accesibilidad de los afiliados, existe correlación significativa en el nivel 0,05 (bilateral). Existe relación entre la pregunta que hace parte de la variable independiente, en la cual se buscaba identificar si el paciente para la prestación de servicios con especialistas o exámenes complementarios debe trasladarse a otra localidad, municipio o ciudad en la que vive con la pregunta de variable dependiente en la cual se quería indagar si el paciente ha incurrido en el pago de servicios de salud que no da cobertura la EPS en la cual se encuentra afiliado.

Tabla 32

Correlación entre las sub-variables de hipótesis 4

Correlación		P18 - S4	P19 - S8
P18 - S4	Correlación de Pearson	1	-,072
	Sig. (bilateral)		,161
	N	385	385
P19 - S8	Correlación de Pearson	-,072	1
	Sig. (bilateral)	,161	
	N	385	385

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 31. Correlación que corresponde a S4 que es la Sub-variable 4 y S8 que es la Sub-variable 8; P18 y P19 es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 4.

En la cuarta relación de la sub-variable ausencia de médicos en zonas rurales y la sub-variable de accesibilidad de los afiliados, no existe relación ya que se encuentra cerca de 0 o de -1. No existe relación entre la pregunta que hace parte de la variable independiente con la cual que quería indagar si el paciente al trasladarse desde donde reside hasta el lugar donde le programaron su cita médica o servicio médico tarda más de 1 hora con la pregunta de variable dependiente en la que se buscaba conocer si los afiliados identifican que la EPS promueve jornadas de vacunación, pruebas de peso y talla, presión arterial, examen de salud visual, taller de prevención de cáncer de seno o toma de Citologías.

Tabla 33

Correlación entre las sub-variables de hipótesis 4

Correlación		P18 - S4	P20 - S8
P18 - S4	Correlación de Pearson	1	,260**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	385	385
P20 - S8	Correlación de Pearson	,260**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	385	385

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 33. Correlación que corresponde a S4 que es la Sub-variable 4 y S8 que es la Sub-variable 8; P18 y P20 es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 4.

En la quinta relación de la sub-variable ausencia de médicos en zonas rurales y sub-variable de accesibilidad de los afiliados, existe correlación significativa en el nivel 0,01 (bilateral). Existe relación entre la pregunta que hace parte de la variable independiente con la cual que quería indagar si el paciente al trasladarse desde donde reside hasta el lugar donde le programaron su cita médica o servicio médico tarda más de 1 hora con la pregunta de variable dependiente en la que se quería identificar si la entidad donde acude el paciente cerca de su vivienda a la atención de urgencias está en la capacidad de prestar el servicio o dar el manejo a sus síntomas.

Tabla 34

Correlación entre las sub-variables de hipótesis 4

Correlación		P18 - S4	P21 - S8
P18 - S4	Correlación de Pearson	1	,080
	Sig. (bilateral)		,115
	N	385	385
P21 - S8	Correlación de Pearson	,080	1
	Sig. (bilateral)	,115	
	N	385	385

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 33. Correlación que corresponde a S4 que es la Sub-variable 4 y S8 que es la Sub-variable 8; P18 y P21 es el número de la pregunta que se relacionan con la hipótesis 4.

En la sexta relación de la sub-variable ausencia de médicos en zonas rurales y sub-variable de accesibilidad de los afiliados, no existe relación ya que se encuentra cerca de 0 o de -1. No Existe relación entre la pregunta que hace parte de la variable independiente con la cual que quería indagar si el paciente al trasladarse desde donde reside hasta el lugar donde le programaron su cita médica o servicio médico tarda más de 1 hora con la pregunta de variable dependiente con la cual se buscaba saber si el paciente ha incurrido en algún pago de servicios de salud que no da cobertura la EPS en la cual se encuentra afiliado.

13. Conclusiones

- Con esta investigación se confirma que los principales factores que inciden satisfacción del usuario en cuanto a la calidad de los cuidados prestados y la relación entre profesionales y usuarios es la vinculación directa entre el cumplimiento de las expectativas sobre servicio médico, con la actitud indiferente de los profesionales de la salud frente a las necesidades y solicitudes del usuario, por otro lado, se identifica que la disposición y actitud del profesional de la salud influye en la continuidad o avance del paciente con su tratamiento médico.
- De acuerdo al análisis de datos arrojado en el estudio estadístico y de correlación para la hipótesis 2, se puede concluir que la relación es positiva para dichas sub-variables, con lo cual se puede afirmar que la falta de cubrimiento a la demanda incide en la demora del agendamiento de citas.
- Con lo expresado en la hipótesis 3 la inadecuada infraestructura física influye en la atención eficiente del servicio. Se comprueba dicha hipótesis teniendo en cuenta que las encuestas realizadas muestran una adecuada infraestructura de las EPS influye de manera positiva en la satisfacción de la prestación del servicio. Por tanto, las instalaciones adecuadas de las EPS en relación con los espacios de espera, adecuación a personas con limitaciones de movilidad, y las áreas de atención a los pacientes influyen en la insatisfacción de los clientes, por ende la hipótesis se acepta.
- Según la correlaciones de las sub-variables de ausencia de médicos en zonas rurales y accesibilidad de los afiliados se identificó que existe correlación entre las sub-variables que confirman las variables independiente y dependiente, evidenciando que la falta de médicos de diferentes especialidades influye que el paciente perciba que la entidad no le prestará el servicio que requiere y dar manejo del mismo y así como también genera dificultad en la

cobertura de la prestación de servicios debido que los pacientes pueden incurrir en pagos de servicios que requiera y no pueda dar manejo, por lo cual puede acudir a médico particular u otra alternativas que le genere al paciente algún costo. Debido que se evidenció relación entre algunas de las preguntas que confirmaban las sub-variables se identificó que la variable dependiente si influye en la variable independiente, por tal motivo se aprueba la Hipótesis 4.

14. Referencias

1. Bejarano, J., & Hernández, L. (2017). Fallas del mercado de salud Colombiano. *Universidad Nacional de Colombia*, 65,110. Recuperado el 27 de Febrero de 2019
2. Bermúdez, J., Sáenz, M., Muiser, J., & Acosta, M. (2011). Sistema de salud de Honduras. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 53(2), 209-219
3. Da Silva, R., Torres, G., Da Silva, I., Nelson, A., Lucena, I., & Costa, D. (2015). Percepción de los usuarios y los profesionales de la salud acerca de la calidad de la atención prestada a los pacientes con AIDS/Percepção de usuários e profissionais de saúde sobre a qualidade dos cuidados prestados a pacientes com AIDS/Perception of users and health professionals about the quality of care provided to patients with AIDS. *Servicio de publicaciones Universidad de Murcia*, 14, 233-243. Recuperado el 13 de Marzo del 2019.
4. Dominguez, E., & Zacca, E. (2011). Sistema de salud de Cuba. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 53(2), 168-176
5. Gaviria, C. (23 de Diciembre de 1993). Sistema de seguridad social integral Ley 100 de 1993. *Congreso de Colombia*. Recuperado de https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf
6. Gómez, O., Sesma, S., Becerril, V., Knaul, F., Arreola, H., & Frenk, J.(2011). Sistema de salud de México. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 53(2), 220-232
7. Hsieh, M., & Doner, J. (1990). Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Health & Social Work*, 16(4), 281-290. Recuperado el 7 de Marzo del 2019, de Academic Search Premier, EBSCOhost.
8. Hyun, K., & Lau, A. (2018). Healthcare service failure: how dissatisfied patients respond to poor service quality. *International Journal of Operations & Production Management*, 38(5), 1245-1270. Recuperado el 8 de Marzo del 2019, de Academic Search Premier, EBSCOhost.
9. Kim, M., Blendon, R., & Benson, J. (2012). What is driving peoples dissatisfaction with their own health care in 17 Latin American countries. *Health Expectations*, 16, 155-163. Recuperado el 7 de Marzo del 2019, de Academic Search Premier, EBSCOhost.
10. Lee, J. (2010). Perceived power imbalance and customer dissatisfaction. *The Service Industries Journal*, 30(7), 1113-1137. Recuperado el 8 de Marzo del 2019, de Academic Search Premier, EBSCOhost.

11. Ministerio de salud y protección social. (2018). *Ministerio de salud y protección social*. recuperado de <https://www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/informes-de-gestion/informe-mensual-de-pqrd-formuladas-por-los-usuarios>
12. Rathe, M., & Moliné. A. (2011). Sistema de salud de República Dominicana. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 53(2), 255-264
13. Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Instituto Nacional de Salud Pública*, 53(2), 156-167
14. Souza, M., Carvalho, I., Fávero, A., Pinheiro, A., & Serrano, M. (2018). A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" Fundacao U N I*, 22,387-398. Recuperado el 13 de Marzo de 2019
15. Supersalud. (2019). *Supersalud*. Recuperado de <https://www.supersalud.gov.co/es-co/superintendencia/informes-de-gestion/informe-mensual-de-pqrd-formuladas-por-los-usuarios>
16. Osorio, A., & Álvarez, C. (2014). The primary health care from the users perspective/La atención primaria de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Servicio de publicaciones Universidad de Murcia*, 13, 242-251. Recuperado el 13 de Marzo de 2019
17. Pichert, J., Miller, C., Holl, A., Federspiel, C., & Hickson, G. (1998). What Health Professionals Can Do to Identify and Resolve Patient Dissatisfaction. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 24(6), 303-312. Recuperado el 7 de Marzo del 2019, de Academic Search Premier, EBSCOhost.
18. Yépez, M., Ricaurte, M., & Jurado, D. (2018). Calidad percibida de la atención En salud en una red pública del municipio de pasto, Colombia. *Universidad y Salud*, 20(2), 97-111

15. Anexos

15.1. Anexo de Encuesta:

La siguiente es una encuesta realizada para el proyecto de grado de estudiantes de la Especialización de Procesos y Calidad de la Universidad EAN, con el fin de conocer su opinión con respecto al nivel de satisfacción según su experiencia como paciente y/o usuario de la atención médica en las EPS en Bogotá. La información que nos suministre será confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito, sino el académico.

Nombre:

Edad:

Localidad que reside:

Seleccione con una (x) la opción con la que más se identifique:

1. Los servicios que le son prestados por parte de la EPS y equipo médico solucionan el problema de salud que originó la consulta:
 - Siempre
 - Casi siempre
 - A veces
 - Rara vez
 - Nunca

2. Durante la consulta el médico le explica en un lenguaje claro y sencillo el diagnóstico, tratamiento y control de los síntomas o enfermedad que presenta:
 - Totalmente de acuerdo
 - Bastante de acuerdo
 - Ni en desacuerdo, ni de acuerdo
 - Bastante en desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

3. La disposición y actitud del profesional de la salud para resolver sus inquietudes en relación a alguna indicación médica, influye la continuidad y/o avance de su tratamiento:
 - Totalmente de acuerdo
 - Bastante de acuerdo
 - Ni en desacuerdo, ni de acuerdo
 - Bastante en desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo

4. El tiempo de espera entre la facturación de servicios y la atención médica por parte del médico es:
 - Excelente
 - Bueno
 - Regular

- Malo
 - Deficiente
5. El servicio de atención médica que recibe cumple con sus expectativas:
- Siempre
 - Casi siempre
 - A veces
 - Rara vez
 - Nunca
6. Considera que la actitud del equipo médico y personal de salud frente a sus necesidades y solicitudes es indiferente:
- Totalmente de acuerdo
 - Bastante de acuerdo
 - Ni en desacuerdo, ni de acuerdo
 - Bastante en desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
7. La autorización genera la EPS para acceder a la cita por medicina especializada se realiza de forma ágil y eficiente:
- Siempre
 - Casi siempre
 - A veces
 - Rara vez
 - Nunca
8. Cree usted que el tiempo de asignación de citas en los servicios médicos especializados está acorde con la oportunidad y necesidad que se requiere:
- Totalmente de acuerdo
 - Bastante de acuerdo
 - Ni en desacuerdo, ni de acuerdo
 - Bastante en desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
9. Usted realiza en los tiempos establecidos por la EPS la cancelación o reprogramación de citas médicas a las cuales no puede asistir por algún motivo:
- Siempre
 - Casi siempre
 - A veces
 - Rara vez
 - Nunca
10. Es consciente que la cancelación inoportuna de citas médicas imposibilita a otro paciente para que reciba el servicio:
- Siempre

- Casi siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca

11. Considera que su EPS cuenta con la cantidad suficiente de médicos especializados para atender de manera oportuna sus necesidades como paciente:

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Ni en desacuerdo, ni de acuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

12. Se ha visto en la necesidad de recurrir a vías legales para poder acceder a la atención médica que requiere:

- Siempre
- Casi siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca

13. Las condiciones de la infraestructura física de su EPS le brindan un ambiente de confortabilidad generando bienestar:

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Ni en desacuerdo, ni de acuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

14. Según su experiencia, la disponibilidad y calidad de los equipos médicos necesarios para la detección y/o control de enfermedades son:

- Excelente
- Bueno
- Regular
- Malo
- Deficiente

15. Las instalaciones de los centros de atención en salud brindan condiciones adecuadas para la movilidad de pacientes con alguna discapacidad:

- Totalmente de acuerdo
- Bastante de acuerdo
- Ni en desacuerdo, ni de acuerdo
- Bastante en desacuerdo
- Totalmente en desacuerdo

16. Según su experiencia la distribución de la infraestructura física de espacios como la sala de espera, recepción, consultorios, camillas, sala de urgencia, ha permitido la atención eficiente y de calidad durante prestación de servicio en la IPS u Hospital:
- Totalmente de acuerdo
 - Bastante de acuerdo
 - Ni en desacuerdo, ni de acuerdo
 - Bastante en desacuerdo
 - Totalmente en desacuerdo
17. Para la prestación de servicios con especialistas o exámenes complementarios debe trasladarse a otra localidad, municipio o ciudad en la que vive:
- Siempre
 - Casi siempre
 - A veces
 - Rara vez
 - Nunca
18. Trasládarse desde donde reside hasta el lugar donde le programaron su cita médica o servicio médico tarda más de 1 hora:
- Siempre
 - Casi siempre
 - A veces
 - Rara vez
 - Nunca
19. En la Zona que reside su EPS promueve jornadas de vacunación, pruebas de peso y talla, presión arterial, examen de salud visual, taller de prevención de cáncer de seno o toma de Citologías:
- Siempre
 - Casi siempre
 - A veces
 - Rara vez
 - Nunca
20. Su estado de salud cuando acudió por atención médica de urgencias en algún momento se vio afectado, porque la entidad no estaba en capacidad de prestar el servicio o dar el manejo a sus síntomas:
- Siempre
 - Casi siempre
 - A veces
 - Rara vez
 - Nunca
21. Como paciente ha incurrido en el pago de servicios de salud que no da cobertura la EPS en la cual se encuentra afiliado:
- Siempre

- Casi siempre
- A veces
- Rara vez
- Nunca

15.2. Tabulación resultado encuesta

Tabla 35

Tabulación de respuestas

	RESPUESTA					TOTAL PERSONAS
	1	2	3	4	5	
Pregunta1 - Sub-Variable2	7	52	137	158	31	385
Pregunta2 - Sub-Variable5	3	30	107	172	73	385
Pregunta3 - Sub-Variable5	4	32	73	189	87	385
Pregunta4 - Sub-Variable2	18	37	134	180	16	385
Pregunta5 - Sub-Variable2	9	57	155	132	32	385
Pregunta6 - Sub-Variable5	12	88	122	138	25	385
Pregunta7 - Sub-Variable6	59	98	121	77	30	385
Pregunta8 - Sub-Variable6	82	167	61	63	12	385
Pregunta9 - Sub-Variable6	14	39	61	114	157	385
Pregunta10 - Sub-Variable6	7	12	27	79	260	385
Pregunta11 - Sub-Variable3	43	147	83	86	26	385
Pregunta12 - Sub-Variable3	266	39	64	15	1	385
Pregunta13 - Sub-Variable1	9	38	63	205	70	385
Pregunta14 - Sub-Variable1	6	21	129	197	32	385
Pregunta15 - Sub-Variable1	4	60	73	196	52	385
Pregunta16 - Sub-Variable7	8	56	84	196	41	385
Pregunta17 - Sub-Variable4	84	61	75	84	81	385
Pregunta18 - Sub-Variable4	24	63	115	81	102	385
Pregunta19 - Sub-Variable8	60	76	91	71	87	385
Pregunta20 - Sub-Variable8	125	80	115	57	8	385
Pregunta21 - Sub-Variable8	136	67	127	42	13	385

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 35. Las respuestas seleccionadas por los encuestados se reemplazaron por números con la finalidad de generar los datos estadísticos, frecuencia y correlación.

Tabla 36

Homologación de respuestas de la encuesta

Homologación de respuesta	Respuestas de la encuesta		
1	Nunca	Deficiente	Totalmente en desacuerdo
2	Rara vez	Malo	Bastante en desacuerdo
3	A veces	Regular	Ni en desacuerdo, ni de acuerdo
4	Casi siempre	Bueno	Bastante de acuerdo
5	Siempre	Excelente	Totalmente de acuerdo
Preguntas	1, 5, 7, 9, 10, 12, 17, 18, 19, 20 y 21	4 y 14	2, 3, 6, 8, 11, 13, 15 y 16

Fuente: Elaboración propia

Nota: Tabla 36. Según las respuestas que se establecieron para las preguntas se homologaron por un valor de 1 a 5, valores que se tabularon y se generaron los datos estadísticos, frecuencia y correlación.

15.3. Fichas Bibliográficas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	AUTOR QUE LO DEFINE	TEORIA O CAMPO DE CONOCIMIENTO AL QUE PERTENECE EL CONCEPTO	CONTRIBUCIÓN DEL CONCEPTO A LA COMPRESIÓN Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO
Fallas del mercado de salud Colombiano	La ley 100 de 1993 ha logrado un avance en cobertura casi total al sistema de salud, sin embargo, no se asegura la calidad y sostenibilidad del sistema. Con el propósito de cumplir con unas condiciones en el mercado más perfectas y eficientes se ha minimizado la financiación y regulación de parte del estado, en donde persisten fallas que generan una competencia imperfecta teniendo como resultado inequidad e ineficiencias. El sistema de salud presenta contingencias asociados a corrupción, problemas estructurales en oferta y demanda, acceso, calidad y sostenibilidad financiera.	Javier Eduardo Bejarano Daza, Diego Fernando Hernández Losada	Medicina Revista de la facultad de Medicina (2017) Universidad Nacional de Colombia	La investigación da visibilidad sobre la interacción administrativa que hay en el sistema de salud, lo que permite identificar y analizar los factores internos que intervienen en la prestación del servicio al usuario.

CONCEPTO	DEFINICIÓN	AUTOR QUE LO DEFINE	TEORIA O CAMPO DE CONOCIMIENTO AL QUE PERTENECE EL CONCEPTO	CONTRIBUCIÓN DEL CONCEPTO A LA COMPRESIÓN Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO
<p>Sistema General de Seguridad Social en Salud</p>	<p>Se define la organización, estructura y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, en donde expone que el recaudo de las cotizaciones es responsabilidad del FOSYGA quien delega esta función a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que a su vez está a cargo de la afiliación de los usuarios y la prestación a sus afiliados al plan de beneficios, las EPS prestan los servicios de salud por medio de los Institutos prestadores de salud (IPS). Adicionalmente expone el alcance y responsabilidades de los organismos de dirección, vigilancia y control del sistema describiendo los actores y procesos que intervienen en el sistema de salud, así como las fuentes de los recursos para el régimen contributivo y subsidiado.</p>	<p>Rafael Rodríguez Mesa</p>	<p>Sistema de salud en Colombia Editorial Universidad del Norte (2017)</p>	<p>Este artículo permite comprender la estructura operativa del sistema de salud en Colombia, el medio de financiación y organismos de control y vigilancia, lo que permite entender como está compuesto el sistema de salud en Colombia</p>

CONCEPTO	DEFINICIÓN	AUTOR QUE LO DEFINE	TEORIA O CAMPO DE CONOCIMIENTO AL QUE PERTENECE EL CONCEPTO	CONTRIBUCIÓN DEL CONCEPTO A LA COMPRESIÓN Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO
<p>La corrupción pública y privada: causas, efectos y mecanismos para combatirla</p>	<p>Analiza la corrupción en el sector salud bajo diferentes modalidades como son: desviación de recursos en salud hacia la política, omisión de los requerimientos del perfil técnico científico de los funcionarios públicos que van a ejercer funciones en las instituciones públicas, nexos entre partidos políticos e instituciones del estado y grupos económicos dueños de las aseguradoras de salud, pago de sobornos a alcaldes y gobernadores, inscripción como afiliados a personas fallecidas, entrega de listado de beneficiarios a una EPS a cambio de dinero por cada afiliado, presión a médicos para que no formulen determinados medicamentos, facturación de servicios que no se han prestado o por precios mayores a los reales, recobros al FOSYGA falsos, certificación por parte de los médicos de enfermedades inexistentes o incapacidades sin fundamento. Adicionalmente se describe la corrupción asociada a medicamentos y corrupción por parte de funcionarios del sistema.</p>	<p>Carlos Guillermo Castro Cuenca</p>	<p>Político Editorial Universidad del Rosario (2017)</p>	<p>La investigación abarca las diferentes fuentes de corrupción que se pueden presentar en un sistema de salud, generando diferentes hipótesis como uno de los factores que pueden intervenir en la prestación oportuna y adecuada del servicio de salud a los pacientes.</p>

CONCEPTO	DEFINICIÓN	AUTOR QUE LO DEFINE	TEORIA O CAMPO DE CONOCIMIENTO AL QUE PERTENECE EL CONCEPTO	CONTRIBUCIÓN DEL CONCEPTO A LA COMPRESIÓN Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO
Análisis de la atención primaria en salud (APS) dentro de las políticas sanitarias en Colombia	Desde el año 1978, con la declaración de Alma Ata realizada desde la Organización Mundial de la Salud, la Atención Primaria en Salud se convirtió en una herramienta que permitiría lograr en diferentes países del mundo una estructuración del sistema de salud más eficiente y equitativo, sin embargo, la implementación de estas medidas estuvo sujeta a las situaciones socio-políticas y económicas de cada país. Conforme a la declaración mencionada, para el año 2000, la APS ayudaría a los Estados a encontrar una visión de salud colectiva en los diferentes sistemas presentes, no obstante, se observa limitaciones en su aplicación. Por ello, se integró como un elemento central dentro de los Objetivos del Milenio para el año 2015. Este artículo estudia la implementación de la APS en Colombia, como, desde la mirada de la salud pública, ésta herramienta no se ha podido articular dentro del sistema de salud actual, y se exponen elementos que permitan una correcta incorporación de esta estrategia dentro de la salud pública en el país.	Jorge Alberto Clavijo Padilla Adriana Julieth Quesada Parra	Como parte de la investigación de las políticas de salud pública en Colombia desde la maestría de salud pública Escuela de Salud Pública de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.	Se parte de un supuesto de falencias de acoplamiento y funcionamiento de la APS con el sistema de salud que se viene trabajando, más específicamente desde la implementación de la ley 100 de 1993 con la apertura del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS), ya que no se han construido estrategias para lograr la atención oportuna e integral a todo el territorio nacional y no se cuenta con instituciones que permitan desarrollar programas que faciliten conocer los problemas y condiciones desfavorables de la población a intervenir.

CONCEPTO	DEFINICIÓN	AUTOR QUE LO DEFINE	TEORIA O CAMPO DE CONOCIMIENTO AL QUE PERTENECE EL CONCEPTO	CONTRIBUCIÓN DEL CONCEPTO A LA COMPRESIÓN Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO
<p>La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación.</p>	<p>El objetivo fue determinar cuáles son las percepciones de distintos actores del sistema de salud colombiano sobre los problemas del sistema que están detrás de la crisis. Se realizó un estudio cualitativo a partir de entrevistas semiestructuradas y en profundidad con cuarenta agentes del sector salud, en Bogotá, Cali, Ibagué, Espinal y Calima-Darién. Los resultados mostraron que la corrupción, el incumplimiento de normas y los conflictos entre los intereses de diversos actores del sistema debilitan la legitimidad de este último, atomizan la cooperación y cohesión de los actores y fortalecen el interés particular. La polución normativa, la inconsistencia temporal de las normas y la información incompleta generan incertidumbre, confusión y desintegración en el interior del sistema, con lo cual contribuyen al desenvolvimiento de una crisis regulatoria con respecto a la cual se hace urgente recuperar espacios de toma de decisiones colectivas y concertadas que promuevan el diálogo y la superación de los intereses rentistas individualistas.</p>	<p>Luisa Fernanda Suárez Rozo Stephanie Puerto García Lina María Rodríguez Moreno Jaime Ramírez Moreno</p>	<p>Rev. Gerenc Polít Salud. 2017.</p>	<p>Crisis regulatoria generalizada Problemas del Sistema de Salud</p>

CONCEPTO	DEFINICIÓN	AUTOR QUE LO DEFINE	TEORIA O CAMPO DE CONOCIMIENTO AL QUE PERTENECE EL CONCEPTO	CONTRIBUCIÓN DEL CONCEPTO A LA COMPRESIÓN Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO
<p>La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación.</p>	<p>El objetivo fue determinar cuáles son las percepciones de distintos actores del sistema de salud colombiano sobre los problemas del sistema que están detrás de la crisis. Se realizó un estudio cualitativo a partir de entrevistas semiestructuradas y en profundidad con cuarenta agentes del sector salud, en Bogotá, Cali, Ibagué, Espinal y Calima-Darién. Los resultados mostraron que la corrupción, el incumplimiento de normas y los conflictos entre los intereses de diversos actores del sistema debilitan la legitimidad de este último, atomizan la cooperación y cohesión de los actores y fortalecen el interés particular. La polución normativa, la inconsistencia temporal de las normas y la información incompleta generan incertidumbre, confusión y desintegración en el interior del sistema, con lo cual contribuyen al desenvolvimiento de una crisis regulatoria con respecto a la cual se hace urgente recuperar espacios de toma de decisiones colectivas y concertadas que promuevan el diálogo y la superación de los intereses rentistas individualistas.</p>	<p>Alejandro Pérez y Soto Domínguez Katherine Flórez Pinilla Fernando Giraldo García</p>	<p>Pap. Polít. Bogotá (Colombia), Vol. 22, No. 1, 105-125, enero-junio 2017</p>	<p>Gastos en Salud Modelos de salud aplicados en Colombia</p>

CONCEPTO	DEFINICIÓN	AUTOR QUE LO DEFINE	TEORIA O CAMPO DE CONOCIMIENTO AL QUE PERTENECE EL CONCEPTO	CONTRIBUCIÓN DEL CONCEPTO A LA COMPRESIÓN Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO
<p>Acceso y satisfacción con servicios curativos: análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en un barrio estrato 2 - Cali, Colombia.</p>	<p>Establecieron factores de insatisfacción Con respecto a los tiempos de espera de pruebas diagnósticas, la duración de la atención y el tiempo de espera fueron las mayores inconformidades en ambos regímenes. Los casos del rc se percibieron más insatisfechos con la información recibida, así como con la ubicación del sitio, el tiempo de espera y el tiempo de entrega de los resultados; los del rs, con la duración de la atención, el trato recibido, la forma en que les hicieron el procedimiento y la comodidad; el tiempo de espera generó un poco más de insatisfacción en el rc.</p> <p>Las principales razones reportadas en Colombia por los usuarios sobre la no resolución de los problemas fueron: que no hubo ninguna mejora (29,9%), que las pruebas no se pudieron llevar a cabo (10%), que los medicamentos no funcionaron (8,4%) y que no lograron conseguir una cita con el especialista (8,4%)</p>	<p>Constanza Díaz Grajales, Yolanda Zapata Bermúdez, Juan Carlos Aristizábal Grisales</p>	<p>Este estudio presenta un análisis de casos para identificar diferencias en el acceso a servicios curativos entre afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado. A nivel poblacional, alrededor de una décima parte de la población siente la necesidad y demanda un servicio curativo, y se atiende al 97,8%. Se trata de una investigación descriptiva de corte transversal, las variables fundamentales se operacionalizaron teniendo en cuenta la necesidad atendida. (2015)</p>	<p>Permite establecer los factores relacionados con la insatisfacción en la atención recibida por parte de las EPS tanto a nivel local (Cali) y una perspectiva Nacional</p>

CONCEPTO	DEFINICIÓN	AUTOR QUE LO DEFINE	TEORIA O CAMPO DE CONOCIMIENTO AL QUE PERTENECE EL CONCEPTO	CONTRIBUCIÓN DEL CONCEPTO A LA COMPRESIÓN Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO
<p>Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí</p>	<p>Los indicadores de salud, desde las EPS, no están definidos de acuerdo con la zona y las condiciones de la población en el país, no se ha garantizado el flujo continuo de información desde los niveles municipales hasta el nivel nacional, puesto que las EPS no consolidan información territorial y muchas veces se registra la atención según el lugar de prestación del servicio y no según el sitio de residencia; también se presenta poca comparabilidad con los indicadores internacionales y se mide la satisfacción del usuario sin tener en cuenta el impacto en la atención médica y el costo.</p> <p>Así pues, la asignación de recursos en Colombia no se realiza mediante un mecanismo ajustado por riesgo, y a pesar de esto es importante proponer un mecanismo de incentivos para la mejora en la calidad de los servicios de salud, que, como en el caso de Israel, establezca un sistema de indicadores para la atención médica del nivel comunitario, que permita realizar una evaluación continua del impacto del servicio y del tratamiento, y se pueda comparar con indicadores de salud nacionales e internacionales (Rosen et al., 2011).</p>	<p>Marta Cecilia Jaramillo Mejía, Dov Chernichovsky</p>	<p>Artículo publicado en Estudios gerenciales el cual presenta un estudio de tipo descriptivo, el cual, mediante fuentes secundarias, permite visualizar la aplicabilidad de la legislación colombiana en el sistema de información para la calidad en salud. Además, se compara el sistema de salud colombiano con el sistema de salud israelí, discutiendo la importancia de generar indicadores que permitan identificar si es posible su mejoramiento. (2013)</p>	<p>Permite una comparación con un modelo de salud que guarda ciertas características con el colombiano que permite no solo observar cómo han tomado medidas para generar un mejor servicio fomentando la mejora de la calidad del servicio mediante incentivos, junto a un análisis permanente de las entidades prestadoras de salud.</p>

CONCEPTO	DEFINICIÓN	AUTOR QUE LO DEFINE	TEORIA O CAMPO DE CONOCIMIENTO AL QUE PERTENECE EL CONCEPTO	CONTRIBUCIÓN DEL CONCEPTO A LA COMPRESIÓN Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO
Satisfacción de servicios de salud e impacto sobre calidad de vida en pacientes adultos	<p>En la actualidad, la sostenibilidad del sistema de salud atraviesa una crisis estructural fundamentada en la ineficiencia de la vigilancia operativa y la maximización del beneficio por parte de los prestadores de servicios de salud que nace de la búsqueda de equilibrio entre la capacidad de financiarse y la cobertura. Por esta situación, muchos servicios se prestan con deficiencias y fallas al interior de sus procesos y comprometen la calidad de vida en los pacientes. El no sentir confianza hacia el personal administrativo puede generar intranquilidad, inseguridad e incertidumbre en el paciente con respecto a la resolución de su problema de salud. Otro de los factores que mostraron un impacto negativo corresponde a la entrega oportuna de resultados de exámenes, factor que también es reportado con insatisfacción percibida por los pacientes en otros estudios. El momento real de los resultados de exámenes clínicos y pruebas de laboratorio, no se puede iniciar el tratamiento adecuado de las enfermedades y se conlleva a sus posibles complicaciones tal, donde los paciente al no disponer de sus resultados oportunamente recurren a medicina paliativa, farmacias o médicos cercanos y más allá de todo esto hasta se recurren a medidas legales y acciones de desistimiento donde el paciente a pesar de sentirse enfermo desiste de la atención comprometiéndolo su bienestar y calidad de vida. La entrega no oportuna de medicamentos fue otro de los</p>	Díaz Cárdenas, Shyrley; Buelvas Montes, Luís Antonio; De La Valle Archibold, Mónica; Bustillo Arrieta, José María	<p>Artículo publicado Redalyc, Colombia 2016. Estudio descriptivo transversal en 240 pacientes adultos, 2014. Se diseñó y aplicó instrumento tipo encuesta que indagaba: variables sociodemográficas, servicios de salud (afiliación, tipo y satisfacción) y CVRS (cuestionario WHOQOL-BREF). Los datos fueron analizados a partir de proporciones y la asociación por OR y regresión logística nominal.</p>	<p>Artículo que permite identificar factores que determinan los pacientes que impactan de forma negativa el servicio prestado como la confianza hacia el personal administrativo generando inseguridad de la calidad de servicio que recibirán. Otro factor es en los resultados de exámenes de apoyo diagnóstico debido que sin resultados no se puede iniciar el tratamiento que corresponda lo que puede conllevar a complicaciones, por otra parte las demoras en la entrega de medicamentos es otro factor que afecta a los pacientes, debido que si algún trámite no se realiza de forma correcta en fórmula médica, autorización hace que los tiempos de entrega se extiendan.</p>

	<p>aspectos que se reportaron con insatisfacción en el estudio, la entrega de los medicamentos e insumos formulados por los profesionales de la salud dentro del proceso integral de la atención, también desde la perspectiva económica del afiliado, cuando el “gasto de bolsillo” por compra de algún servicio o medicamento para restablecimiento de su estado de salud, resulta tan costoso, por cuyo motivo se crea una barrera de acceso a ellos.</p>			
--	--	--	--	--

CONCEPTO	DEFINICIÓN	AUTOR QUE LO DEFINE	TEORIA O CAMPO DE CONOCIMIENTO AL QUE PERTENECE EL CONCEPTO	CONTRIBUCIÓN DEL CONCEPTO A LA COMPRESIÓN Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO
<p>Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de ^[SEP]Pasto, Colombia</p>	<p>Oportunidad en la atención: Servicios ambulatorios. Se identificó que el trámite para la obtención de una cita para los servicios ambulatorios puede ser complicado, debido a que tienen que realizar filas desde tempranas horas de la madrugada para obtener una ficha que posibilite su atención. Oportunidad en la atención: Servicios complementarios. De acuerdo con la información obtenida en el estudio, el tiempo de espera para la realización de pruebas complementarias varía de acuerdo al tipo de examen requerido, Pruebas de mayor complejidad, deben ser autorizadas por las EPS, la entrega de los resultados de las pruebas diagnósticas también depende del tipo de examen, en el caso de las citologías y las ecografías, los resultados pueden ser entregados después de un mes de su realización, Trato: Identificación de los profesionales. La</p>	<p>Yépez Chamorro, María Clara; Ricaurte Cepeda, Melissa; ^[SEP]Jurado Fajardo, Daniel Marcelo</p>	<p>Artículo publicado en Scielo, Colombia 2018. Investigación cualitativa con enfoque histórico hermenéutico con 28 participantes, usuarios de centros de atención rurales y urbanos. Las técnicas de recolección de información desarrolladas fueron entrevistas</p>	<p>Investigación cualitativa, que aportará a la investigación que se desarrolla debido que posibilita identificar la percepción de los pacientes en varios momentos en la relación con la atención médica, como es la oportunidad del tiempo de atención, el tiempo para consulta médica, servicios complementarios y autorizaciones de dichos servicios y entre otros, así</p>

<p>mayoría de los usuarios del estudio manifestaron que los profesionales que los atienden en consulta no se presentan, limitando su atención al diagnóstico y prescripción del tratamiento. Expresaron que conocen el nombre del profesional a través de su escarapela, la ficha que se encuentra en las puertas de los consultorios o la firma en la orden médica y la claridad de la información para algunos usuarios, la información proporcionada por los profesionales no ha sido expresada en términos de fácil comprensión. Trato: Información en caso de dudas La mayoría de los participantes expresaron no tener claro a quién acudir en caso de dudas, algunos refirieron buscar al personal de enfermería, también manifestaron recurrir a los médicos; no obstante, se reconoció la dificultad de acceso a los profesionales en espacios diferentes a la consulta. Es necesario señalar que algunos participantes expresaron que debido a experiencias en las que percibieron que sus dudas no fueron resueltas de manera adecuada, evitan consultar acerca de sus inquietudes. El proceso de referencia, todos los participantes que fueron remitidos a atención especializada manifestaron que el proceso para obtener una cita requiere de distintos trámites, entre ellos, la autorización de las EPS. En muchos casos para lograr esta aprobación, los pacientes han realizado filas desde tempranas horas de la madrugada para la entrega de documentos que en ocasiones no fueron proporcionados por las IPS al momento de referirlos, razón por la cual tuvieron que regresar a los centros de atención primaria e iniciar el trámite. Situación que afecta especialmente a las personas procedentes de las zonas rurales del Municipio, quienes se deben desplazar desde sus lugares de residencia a los sitios dispuestos por las EPS, ubicados en la ciudad. El acceso a la atención por especialistas fue una de las mayores</p>		<p>semiestructuradas y un grupo focal. El proceso investigativo abordó las sub-variables: confianza, fiabilidad, responsabilidad, capacidad de respuesta y tangibilidad.</p>	<p>como todo la tramitología que deben incurrir los pacientes desde su solicitud hasta la prestación del servicio desde largas filas, la generación de la autorización y la asignación de la cita. También se identifica que los profesionales de la salud no tienen comunicación asertiva y manejo de trato cordial en el servicio con sus pacientes, derivado al no presentarse con su nombre, usan terminología muy técnica y no se hacen entender, no aclararan las inquietudes y tiene actitud de negativa. Otro aspecto a resaltar es que los usuarios no tienen la claridad a que persona les pueden direccionar las dudas les surge tanto antes como posterior de la atención, pero debido que no son atendidas sus inquietudes prefieren optar por no preguntar. Se resalta que los pacientes perciben que existe falta coordinación entre los profesionales que</p>
---	--	--	---

	<p>dificultades manifestadas por los participantes debido a que el trámite no sólo ha implicado la realización de filas para hacer la solicitud con las EPS, sino además, gestionar la autorización y pronta asignación de una cita. La contra referencia Los participantes que fueron atendidos por especialistas expresaron que no fueron contra referidos a sus centros de atención primaria para realizar el seguimiento imposibilitando la continuidad en el proceso de atención de los pacientes. Coordinación entre profesionales de distinto nivel de complejidad Algunos usuarios expresaron que han percibido que no existe coordinación entre los profesionales de atención primaria y atención especializada debido a contradicciones en el diagnóstico. De igual manera, consideran que los sistemas de información no son compatibles entre los diferentes niveles de complejidad, razón por la cual, los usuarios deben proporcionar a los especialistas información ya suministrada en el primer nivel de atención.</p> <p>Infraestructura, recursos y servicios Los usuarios reconocen que la infraestructura del hospital de primer nivel al que acuden ha mejorado, proporcionando mayor comodidad en la atención; no obstante, manifestaron que zonas como la sala de espera en la que se concentran las personas de zonas urbanas y rurales que acuden por los servicios, no es un espacio suficiente, generando aglomeraciones en los pasillos, situación que afecta la movilidad de los pacientes y del personal sanitario. Se percibe que el personal con el que cuenta la institución no es suficiente para la cantidad de personas que requieren de la atención, este aspecto se identificó como una de las principales razones por las cuales los usuarios deben hacer largas filas para lograr un servicio.</p>			<p>les prestan la atención médica debido que la información suministrada por los pacientes a los profesionales de la salud debe repetirse cuando dicha información ya fue suministrada con antelación a cada uno de los médicos que lo atendieron. Adicional los pacientes sienten que los Hospitales o IPS no cuentan con el personal suficiente para dar cobertura a un servicio eficiente por la cantidad de usuarios que deben atender. Por último, los sistemas de información tecnológica, por fallas en sistema afectan en qué si algún aplicativo no funciona el paciente es el que se ve afectado con las demoras en la atención. Todo esto incide en que los pacientes prefieran acceder al servicio de las farmacias, en lugar de acercarse a tomar los servicios que debe garantizar su EPS.</p>
--	---	--	--	--

CONCEPTO	DEFINICIÓN	AUTOR QUE LO DEFINE	TEORIA O CAMPO DE CONOCIMIENTO AL QUE PERTENECE EL CONCEPTO	CONTRIBUCIÓN DEL CONCEPTO A LA COMPRESIÓN Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO
<p>Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013</p>	<p>Las primeras limitaciones que reportaron los usuarios fueron las autorizaciones, múltiples desplazamientos para obtener citas de consulta médica general o especializada, epicrisis exigida para la autorización; tiempos largos de espera, congestión en los SS y remisiones a IPS sin convenio con la EPS. Además, si el especialista tratante remitía a otro especialista, conseguir esa nueva cita era complicado para la mayoría de usuarios: no hay agenda o tiene que verlo nuevamente el médico general. Ante estas dificultades, varios usuarios mencionaron que recurrían a métodos paliativos, farmacias o médico cercano. Si contaban con recursos económicos, pagaban médico particular, y/o acudían a instancias legales como Acción de Tutela (AT). Algunas personas refirieron: Con Derechos de Petición o AT es que atienden rápido, Aun con la AT se violan derechos. Hubo un caso de desistimiento: Desisto de la atención, para evitar tanto obstáculo y permisos en el trabajo, a pesar de sentirme enferma. La síntesis reportada por los usuarios ante las barreras percibidas. También manifestaron diversas opiniones respecto a la gestión realizada por las instituciones encargadas de la protección al usuario: falta promover y capacitar en derechos y deberes, comunicar por diferentes medios la normatividad que beneficia al usuario al momento de encontrar barreras. Caracterizaron a la SNS como entidad poco resolutiva ante la problemática que vive el país; consideran que para mejorar las acciones de Inspección Vigilancia y Control (IVC), es necesario abrir puntos de atención personalizada en varias partes del país; supervisar y sancionar a EPS ante actos reiterados de incumplimiento. Resultados con funcionarios de EPS Se entrevistaron a 19 funcionarios,</p>	<p>Rodríguez Hernández, Jorge Martín; Rodríguez Rubiano, Diana Patricia; Corrales Barona, Juan Carlos</p>	<p>Artículo publicado en Scielo, Colombia 2013. Investigación que corresponde a un estudio descriptivo exploratorio que caracterizó las principales barreras que encuentran algunos usuarios al intentar acceder a los SS en Colombia. Es un estudio con enfoques cuantitativos y cualitativos. Las fuentes fueron 1. Registros de la SNS con base a PQRS que hacían por diferentes medios; 2. Análisis de casos con entrevistas realizadas a usuarios, funcionarios de una entidad distrital y EPS en el Distrito Capital de Bogotá. La</p>	<p>Investigación que apoya a identificar los factores que influyen que se presente insatisfacción del paciente en la presentación de servicios de salud. Los pacientes presentan limitaciones en el traslado para acceder a sus citas en los múltiples tramites que se requieren para acceder a algún servicio, así como en los tiempos para conseguir las citas con especialistas debido que muchas veces no tienen agenda disponible. También manifiestan que es necesario que la vigilancia y control de las EPS para que regulen de forma idónea precios de medicamentos, oferta de especialistas, demoras en autorizaciones, cuotas</p>

<p>quienes conceptualizaron que las barreras de acceso corresponden a restricciones administrativas y/o de oportunidad, que los usuarios deben superar para acceder a los SS a los que tienen derecho; están relacionadas con aspectos geográficos y factores externos que no competen a las EPS, como el modelo económico, falta de normatividad, débil control de precios a medicamentos, poca oferta de especialistas, ausencia de sistemas de información unificados (SIU), entre otras. Reconocen que las quejas más frecuentes son inoportunidad de citas con especialistas; reconocimiento de incapacidades y licencias de maternidad; ajustes a cuotas moderadoras; demoras con autorizaciones; fallas en la comunicación con IPS; problemas de referencia y contra-referencia; inconformidad con el acto médico. Para medicina especializada, reportaron inconvenientes por la poca oferta existente en el país, especialmente en neurología, fisiatría, dermatología, endocrinología, ortopedia, medicina interna, y nefrología. Para mejorar la oportunidad, funcionarios de una EPS, reportaron que cubren estos servicios con otros profesionales: reemplazan al médico internista por médico familiar; ortopedista para el manejo de Displasia de Cadera por pediatra; fisiatras por fisioterapia y oftalmólogos por optómetras. Varias EPS desconocían la oportunidad de citas para servicios como nutrición, psicología, trabajo social, terapias e imagenología. En cuanto a la interposición de AT, reportaron que éstas deben usarse como último recurso y cuando se detecte que se ha vulnerado el derecho de las personas, se volvió algo cultural. Muchas AT son impertinentes. Los descatos ocurren porque los usuarios quieren acceder a algo que no tienen derecho, pero tienen el respaldo del señor juez. Reconocen que existen efectos para usuarios y sus familias ante las barreras de acceso: puede</p>		<p>información se recolectó entre julio y septiembre de 2013.</p>	<p>moderadoras, sistema de información, incapacidades y licencias de maternidad donde evidencias que se presentan ciertas falencias en oportunidad y calidad de servicio. Otro factor es la no disponibilidad de una infraestructura tecnológica y no contar con los profesionales para ciertos procedimientos o exámenes, debido que si requiere de manera urgente tendría que acceder el servicio con otra entidad y generar el pago. Como primordial destacan es necesario la sensibilización en estas entidades de los deberes que tiene los usuarios ya que tienen vulnerados por varias situaciones que pasan cada vez que se acercan a su EPS y/o IPS.</p>
--	--	---	---

	<p>llevar a la muerte, a consecuencias psicológicas y económicas por los desplazamientos para obtener el servicio. [SEP] Reportan que los afiliados al régimen contributivo, viven dicha problemática con el agravante que asumen copagos, sin embargo en ocasiones, no son atendidos oportunamente, generando gastos de bolsillo para suplir esta necesidad, llámese tratamiento, medicamento o cirugía. [SEP] En el proceso de atención a los usuarios, reportan que las EPS e IPS tienen como excusa, la no disponibilidad de una infraestructura tecnológica y no contar con funcionarios y evitar que a los usuarios les carguen los trámites entre EPS e IPS; eso vale plata y no les interesa la gente.</p>			
--	--	--	--	--

CONCEPTO	DEFINICIÓN	AUTOR QUE LO DEFINE	TEORIA O CAMPO DE CONOCIMIENTO AL QUE PERTENECE EL CONCEPTO	CONTRIBUCIÓN DEL CONCEPTO A LA COMPRESIÓN Y SOLUCIÓN DEL PROBLEMA PLANTEADO
<p>Patient perceptions of continuity of health care and associated factors. Cross-sectional study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil</p>	<p>The associated factors to perception of continuity of care highlight certain aspects, such as the importance of staff stability to strengthen the doctor-patient relationship or the influence of patients' individual characteristics on continuity of care, which are points already made in the literature. Addressing discontinuities in care and associated factors requires the implementation of effective policies and interventions to improve coordination across care levels; for example, interventions aimed at ensuring the exchange of clinical information, such as the doctors' adequate use of referral and counter-referral forms</p>	<p>Ingrid Vargas, Irene García Subirats, Amparo Susana Mogollon-Perez, Pierre De Paepe, Maria Rejane Ferreira da Silva, Jean-Pierre Unger, M.B. Aller and Maria Luisa Vazquez</p>	<p>Study design and study areas A cross-sectional study was carried out based on a population survey conducted with a structured questionnaire in two municipalities of central Colombia: i) Kennedy, a district of Bogota, and ii) Soacha; and two municipalities of north-eastern Brazil: i) the micro regions 3.2 and 3.3 of District 3 in Recife, the state capital of Pernambuco, and ii) Caruaru, a city in the interior of Pernambuco. These four areas are those of the Equity-LA project (http://www2.equity-la.eu/), the broader project in which this study is framed (Garcia-Subirats et al. 2014b). The areas were selected because they are densely populated urban spaces with a high proportion of individuals with low or medium-low socioeconomic status, and with varying geographical access to specialist care. (2017)</p>	<p>Permite obtener una visión de como los usuarios y los médicos perciben el uso los servicios médicos, pero permanece con sesgos teniendo en cuenta la población que abarca el estudio a nivel de Colombia</p>