

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL CENTRO REGULADOR DE  
SERVICIOS AMBULATORIOS (CRAS) DE LA SECRETARIA DEPARTAMENTAL  
DE SALUD DEL CAUCA. JUNIO, 2012

INGRID JOHANA URBANO ALEGRÍA  
REINALDO PERAFÁN SANTACRUZ  
LORENA RODRÍGUEZ MENESES

UNIVERSIDAD DEL CAUCA EN CONVENIO CON LA ESCUELA DE  
ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS –EAN–  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD CON  
ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA  
POPAYÁN  
2012

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL CENTRO REGULADOR DE  
SERVICIOS AMBULATORIOS (CRAS) DE LA SECRETARIA DEPARTAMENTAL  
DE SALUD DEL CAUCA. JUNIO, 2012

INGRID JOHANA URBANO ALEGRÍA  
REINALDO PERAFÁN SANTACRUZ  
LORENA RODRÍGUEZ MENESES

Asesor  
Mg. AUGUSTO MUÑOZ

UNIVERSIDAD DEL CAUCA EN CONVENIO CON LA ESCUELA DE  
ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS –EAN–  
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA DE LA CALIDAD EN SALUD CON  
ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGÍA  
POPAYÁN  
2012

Popayán, 21 de junio de 2011

Doctor  
**JORGE ERNESTO OCHOA MONTES**  
Director Posgrados en Salud  
Universidad EAN  
Ciudad.

Apreciado Doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el Informe Final de Investigación –IFI-, elaborado por **PERAFAN SANTACRUZ REINALDO, RODRIGUEZ MENESES LORENA Y URBANO ALEGRIA INGRID JOHANNA**, estudiantes de la especialización “AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA” desarrollado por la Universidad EAN en la ciudad de **Popayán** titulado: “SATISFACCION DE LOS USUARIOS DEL CENTRO REGULADOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS ENTRE “CRAS” DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL CAUCA. JUNIO, 2012 “, cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la norma ICONTEC y la “Guía estandarizada de Investigación de la EAN” y por lo tanto dicho Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,



**AUGUSTO MUÑOZ CAICEDO**  
Asesor del Informe Final de Investigación

## **Contenido**

	pág.
Resumen	6
Abstract	8
1. Justificación	10
2. Objetivos	12
2.1 Objetivo general	12
2.2 Objetivos específicos	12
3. Marco teórico	133
3.1 Bases conceptuales sobre el sistema general de seguridad social colombiano	13
3.2 Bases conceptuales sobre prestación de servicios	13
3.3 Bases conceptuales sobre calidad en los servicios de salud	19
4. Diseño metodológico	233
4.1 Universo	23
4.2 Muestra	23
5. Resultados	24
6. Discusión	311
6.1 Características sociodemográficas de la población	31
6.2 Posibles causas de insatisfacción antes de la atención de los usuarios por el CRAS	36
6.3 Posibles causas de insatisfacción durante de la atención de los usuarios por el CRAS	39
6.4 Posibles causas de insatisfacción después de la atención de los usuarios por el CRAS	43
7. Conclusiones	47
8. Recomendaciones	48
Referencias bibliográficas	50

### **Lista de tablas**

	pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas	244
Tabla 2. Posibles causas de insatisfacción antes de la atención en el CRAS	25
Tabla 3. Posibles causas de insatisfacción durante la atención en el CRAS	27
Tabla 4. Posibles causas de insatisfacción después de la atención en el CRAS	29

## **Resumen**

**Introducción:** En los procesos del CRAS ocurren eventos como pérdida de documentos radicados, extravío de autorizaciones generadas y confusiones en los procedimientos que han de autorizarse, lo que genera malestar entre los usuarios y retraso en la prestación de los servicios de salud. Esto hace que el usuario se sienta inconforme y adelante trámites legales. Teniendo en cuenta esto, y a pesar de tener identificados algunos factores como causales de la no calidad del servicio, se desea conocer como los usuarios perciben la prestación de servicios del CRAS y que otros factores están generando insatisfacción. **Objetivo:** Evaluar la satisfacción de los usuarios con respecto al proceso de autorización de servicios en el CRAS de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca. Junio, 2012. **Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Universo: Población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda (Vinculados) y población con eventos no cubiertos por el POS-S. Total 271.544 personas. Muestra: Tipo aleatorio simple, uso del paquete estadístico STAT; Total 68 personas, error máximo de aceptabilidad del 10% y nivel de confianza del 90%. Método de recolección de datos: Único modelo de encuesta de satisfacción del usuario. **Resultados:** Formas de acceso ante la irresolutividad del CRAS: No insistir 77.6% y tutela 13.4%. Información sobre la red de prestadores: Bueno 46.3, regular 48.8, malo 3.0. Información acerca de derechos y deberes: No 83.6%. Autorización de cita con medicina especializada 100%, Autorización de ayudas diagnósticas 100%, autorización de cirugía 90%, autorización de laboratorios 94.9%. Tiempo de autorización cita con medicina especializada: Media 3.73. Tiempo de autorización de cirugía: Media 12.46. Opción de selección del médico especialista: No 82.2%. Calificación Atención del servicio del CRAS: Bueno 57.4%. Tiempo de atención por medicina especializada: Media 32.97. Tiempo de entrega de medicamentos autorizados: Media 6.9. Forma de entrega de medicamentos: Todos en un mismo día 48.6% **Conclusiones:** Bajo uso de tutela, razones del no uso de esta vía legal se asociaron a factores de accesibilidad geográfica, bajo nivel socioeconómico y de escolaridad. Baja información con respecto a deberes y derechos, similar falencia en la información sobre la red de prestadores contratada, ambos ítems por debajo del mínimo aceptable. No libre escogencia del médico especialista, situación, resultado directamente relacionado con la falta de

información. Oportunidad médico especialista prolongada respecto a nivel nacional aceptado. Entrega de medicamentos con retraso al compararlo con el referente nacional.

Palabras clave: Satisfacción, usuarios, CRAS, calidad,

### **Abstract**

**Introduction:** At CRAS's processes events occurs such as loss of filed documents, loss of generated licenses and confusion in the procedures to be authorized, generating distress among the users and delay in the delivery of health services. This makes the user feel unsatisfied and take legal proceedings. Considering this, and even though some factors has been identified as causes of poor quality of service, we want to know how users perceive the services of CRAS and which other issues are generating dissatisfaction. **Objective:** To evaluate the user satisfaction in relation to the process for authorization of services in the CRAS from the Secretariat of Health Department of Cauca. June, 2012. **Methods:** A quantitative, descriptive cross sectional study. Universe: Population in uncovered poor with demand subsidy (Linked) and people with events not covered by the POS-S. Total 271,544 per. Sample: simple random type, using the statistical package STAT, Total 68 people, maximum error of 10% acceptability and confidence level of 90%. Data collection method: Unique model of user satisfaction survey. **Results:** Forms of access to the irresolution of CRAS: Do not insist 77.6% and take legal actions by tutelage 13.4%. Information about the network of providers: Good 46.3, Regular 48.8, Bad 3.0. Information about rights and duties: No 83.6%. Appointment with specialized medicine authorization 100%, Diagnostic aids authorization 100%, Surgery approval 90%, Approval of laboratories, 94.9%. Time Release for Specialized medical appointment: Medium 3.73. Authorization time of surgery: Medium 12.46. Selection of specialized doctor option: No 82.2%. Rated Customer Service CRAS: Well 57.4%. Time for specialized medical care: Medium 32.97. Drug delivery time allowed: Media 6.9. Form of drug delivery: All in a day 48.6%. **Conclusions:** Low use of legal actions by tutelage, reasons for non-use of legal means factors associated with geographic accessibility, low socioeconomic status and education. Limited information about duties and rights, similar flaw in the information on the contracted provider network, both items below the minimum acceptable. No free choice of specialized doctor, location, result directly related to the lack of information. Opportunity to specialized doctor long regarding national accepted. Drug delivery delay when compared to the national benchmark.

Key words: Satisfaction, users, CRAS, quality.

## **1. Formulación del problema**

La Encuesta de Calidad de Vida realizada por el DANE en el año 1997 reportó que en Colombia el 64.7% de la población que estuvo enferma no usó los servicios de atención médica por razones asociadas con problemas de calidad y el 83.3% adjunto dificultades asimilables con la “accesibilidad”. 1.

El Centro Regulator de Servicios Ambulatorios (CRAS) de la Secretaría de Salud Departamental del Cauca en el periodo de Enero a Junio del 2010, evidencia que el tiempo que el usuario debe esperar para la expedición de la respuesta a la solicitud de servicios varía entre 3 días y 1 mes, dependiendo de la pertinencia del evento, esto hace que el usuario se sienta inconforme y adelante trámites legales.

Otras personas optan por dejar en manos de terceros la radicación de las autorizaciones de servicios lo que en la mayoría de los casos ha generado la presencia de tramitadores que hacen la solicitud de servicios exigiendo dinero a cambio.

Según la Coordinación del área de autorización de servicios del CRAS, expone que en los diferentes pasos que conforman el proceso ocurren eventos como pérdida de los documentos radicados, extravío de autorizaciones generadas, confusiones en los procedimientos que han de autorizarse, lo que genera malestar entre los usuarios, además de retraso en la prestación de los servicios de salud, desencadenando en algunos casos deterioro de las patologías de salud presentadas por los pacientes.

Teniendo en cuenta esto, y a pesar de tener identificados algunos factores como causales de la no calidad del servicio, se desea conocer como los usuarios perciben la prestación de servicios en el CRAS, y en su concepto que otros factores están generando insatisfacción.

De acuerdo a lo anterior es necesario realizar una investigación que evalúe la satisfacción de los usuarios con respecto al proceso de autorización de los servicios ambulatorios de salud que desarrolla el CRAS.

1. La Encuesta de Calidad de Vida realizada por el DANE en el año 1997

## **2. Justificación**

Desde el año 2003, la Defensoría del Pueblo ha medido el grado de satisfacción de los usuarios de salud, teniendo en cuenta la opinión de los mismos, de acuerdo con la forma como han sido atendidos por la entidad aseguradora a la cual se encuentran afiliados.

El incremento continuo de las acciones de tutela para reclamar servicios de salud hace pensar que los usuarios siguen teniendo inconvenientes en los servicios ofrecidos por las entidades aseguradoras, tal como lo muestra un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo en el año 2010 en donde el total de tutelas fue de 403.380 (8,83% más que las presentadas en el 2009). (Defensoría del Pueblo, 2010)

Lo anterior demuestra que la población debe recurrir a la justicia para acceder a los servicios de salud, tal como lo evidencia el estudio realizado por la Defensoría del Pueblo en donde por cada 10.000 habitantes se interponen 88,64 tutelas por vulneración de algún derecho fundamental. De igual forma, las quejas reiteradas en salud han convertido a este derecho en el segundo más tramitado en esta entidad. Para el departamento del Cauca no se tienen cifras concretas que expongan el panorama actual en lo relacionado con tutelas en salud, lo que motiva al desarrollo de una investigación enfocada en la percepción del usuario con respecto a la calidad de la prestación de los servicios en salud en el CRAS, en el desarrollo del proceso de referencia y contrareferencia, siendo las respuestas del usuario ,las que permiten establecer niveles o "índices" de vulneración o cumplimiento de los diferentes componentes del derecho a la salud, como medida objetiva de calidad en la promoción y prestación de la atención médica.

La calificación obtenida en la encuesta de satisfacción, determinara la sustentabilidad del proceso de referencia y contrareferencia del CRAS, en el desarrollo de la prestación de servicios de salud, por parte del ente territorial del Cauca, siendo entonces la opinión de los usuarios con respecto a la calidad de los servicios, un factor determinante en la evaluación de la gestión del CRAS.

De este modo, el desarrollo de una investigación, expone la necesidad para el sistema de salud, que se produzcan consultas y pronunciamientos masivos que

involucren a los usuarios, como una herramienta indispensable, para el planteamiento de los planes de mejoramiento de la organización, enmarcados por la normatividad vigente.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo general**

Evaluar la satisfacción de los usuarios con respecto al proceso de autorización de servicios en el CRAS de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca. Junio, 2012.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar sociodemográficamente a la población de estudio.
- Determinar posibles causales de insatisfacción antes del proceso de autorización.
- Determinar las posibles causas de insatisfacción durante el proceso de autorización
- Determinar las posibles causas de insatisfacción después del proceso de autorización.

## 4. Marco teórico

### 4.1 Bases conceptuales sobre el sistema general de seguridad social colombiano

Para hacer una primera aproximación sobre lo que denota y connota la satisfacción del usuario debemos hurgar sobre lo que la real academia de la lengua indica sobre el particular. “*Satisfacción: Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria. Cumplimiento del deseo o del gusto.*” (Freire, 2007) Usuario: “*Que usa ordinariamente algo. Dicho de una persona que tiene derecho de usar de una cosa ajena con cierta limitación*”. (Freire, 2007) En el contexto de la salud el usuario es el actor demandante de los servicios de salud, es quien ejerce y exige su derecho al componente más importante de la seguridad social, ya que el derecho a la salud fue elevado al rango de derecho fundamental por la honorable Corte Constitucional.

La contraparte ofertante corresponde en Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se instituye como un modelo económico de libre mercado que permite la participación del sector privado en la provisión del servicio esencial de garantía constitucional: La salud. La competencia es uno de los atributos de este modelo. La satisfacción del usuario entraría entonces en una dinámica de los dos actores en donde entran en juego la expresión de las diferencias entre la expectativa que se tiene de un servicio y lo que efectivamente se recibe como servicio. La satisfacción resulta de trabajar un delicado equilibrio entre los logros que se pueden mostrar y las expectativas de la gente.

### 4.2 Bases conceptuales sobre prestación de servicios

Son muchas las definiciones sobre prestación de servicios en salud, sin embargo en Colombia la norma establece unos conceptos que se abordaran en esta investigación.

- CRAS: Centro Regulator de Atención al Usuario/Autorización de Servicios. (Dependencia de la Secretaría de Salud del Cauca). Tiene como objetivo brindar información, direccionar y dar apoyo logístico para que el usuario conozca sus deberes y derechos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y acceder a los servicios de salud. Los usuarios que atiende son la población pobre en lo no cubierto con subsidio

a la demanda, es decir, personas sin capacidad de pago clasificadas por el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN), de su municipio en los niveles I, II y III de pobreza y excluidos del Régimen Subsidiado, personas que requieren atención en salud para eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S), las personas que requieren atención en salud para eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen contributivo (POS-C). También las definidas como poblaciones especiales: Población infantil abandonada, población indigente, población desplazada, comunidades indígenas, población desmovilizada, tercera edad en protección de ancianatos, población afectada por patologías mentales, víctimas de violencia y eventos catastróficos, cuando sea competencia de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca.

- Red de Prestación de Servicios de Salud: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos. En el caso de la Secretaria de Salud del Cauca esta deberá gestionar por cada nivel, la atención a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda y demás poblaciones especiales del Departamento del Cauca.

- Atención ambulatoria: modalidad de prestación de servicios de salud, en la cual toda tecnología en salud se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente.

- Atención de urgencias: prestación oportuna de servicios de salud, con el fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas permanentes o futuras mediante tecnologías en salud, para la atención de usuarios que presenten alteración de la integridad física, funcional y/o mental, por cualquier causa, y con cualquier grado de severidad que comprometan su vida o funcionalidad.

- Atención con internación: ingreso a una Institución Prestadora de Servicios de salud para recibir tecnologías en salud con una duración superior a 24 horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria salvo en los casos de urgencia; para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.

- POS: Plan Obligatorio de Salud. Es el conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las Entidades Promotoras de Salud. El Plan Obligatorio de Salud se constituye en un instrumento para el goce efectivo del derecho a la salud y la atención en la prestación de las tecnologías en salud que cada una de estas entidades garantizará a través de su red de prestadores, a los afiliados dentro del territorio nacional y en las condiciones de calidad establecidas por la normatividad vigente.

- Prestadores de servicios de salud: Se consideran como tales las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados.

- Entidades responsables del pago de servicios de salud: Se consideran como tales las direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, las Entidades Promotoras de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades adaptadas y las Administradoras de Riesgos Profesionales.

- Referencia y contrarreferencia. Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud. La contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al

prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

- Calidad de la atención en salud: Se entiende como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

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

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

El Sistema de Salud de nuestro país mantiene problemas relacionados con las dificultades de acceso a la prestación de los servicios, el incumplimiento o demora en la entrega de autorización de servicios, la no información sobre deberes y derechos de los usuarios, la falta de consentimiento informado para procedimientos; la poca orientación hacia la promoción y prevención, la no aplicación de controles de calidad y los dispendiosos trámites administrativos, entre otros. La mayoría de los estudios sobre calidad de los servicios de salud en Colombia se centran en esa problemática; tenemos excelente información sobre oportunidad, accesibilidad, seguridad del paciente, estructura física, entre otros, tanto en instituciones prestadoras de salud como en entidades administradoras de planes de beneficios, pero son pocos y no muy conocidos los estudios sobre percepción de la calidad de la prestación de los servicios de salud por parte de EPSs y mucho menos de los entes territoriales con responsabilidad de administrar servicios de salud: Secretarías Departamentales o Distritales de Salud.

A nivel nacional tenemos como referencia el estudio *“Estructura, estado y modificación de la calidad (satisfacción) y de las razones para no usar servicios de*

*atención médica en Colombia”* (2001). En los resultados de la encuesta se encontró en cuanto a la satisfacción de los usuarios, una buena calificación de la oportunidad: Oportuna 84.7%. En cuanto a calidad (Satisfacción) de los servicios de salud, una calificación alta de 82.7% de aprobación. El mismo estudio encuentra que el 40.3% de pacientes con enfermedades crónicas usaron los servicios formales de salud y el 73.8% de los pacientes con enfermedades no crónicas acudieron a los mismos. Finalmente el resultado sobre las razones sobre no uso de los servicios formales de salud arrojaron los siguientes guarismos. Razones de accesibilidad 58.8%, razones distintas de la no calidad 35.3 %, razones de satisfacción 6.0%, razones de oportunidad 4.8%. Las conclusiones del estudio contemplan una buena percepción de la calidad por parte de los usuarios con altas calificaciones y una preponderante razón de no uso relacionada con razones distintas a la no calidad. Dentro de las razones de la calidad la accesibilidad fue la más importante. Cabe aclarar que el estudio se hizo con base a la encuesta oficial de calidad de vida de 1997. Estos resultados son un importante marco referencial para estudios de satisfacción más centrados en evaluación de prestadores, para el caso de nuestro estudio el referente más adecuado serán estudios realizados centrados en las EPS cuyas funciones y servicios son similares a las que deban cumplir las EAPB de los entes territoriales en nuestro caso la Secretaría Departamental del Cauca.

En consecuencia citaremos el estudio hecho por la Defensoría del Pueblo *“Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud – 2009. Índice de Satisfacción de Usuarios de Salud –ISUS–”*. El estudio tuvo como objetivo general, evaluar los servicios de salud que brindan las empresas promotoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud y uno de sus objetivos específicos consistió en determinar el grado de percepción de los usuarios del sistema respecto de cada uno de los servicios ofrecidos por las entidades de aseguramiento. Se trata de la tercera encuesta aplicada a afiliados de los dos regímenes de salud a nivel nacional con población de cada departamento. Las encuestas anteriores se realizaron en el 2003 y 2005.

Teniendo en cuenta todos los componentes evaluados destacan los siguientes resultados en cuanto a satisfacción: Acceso a servicios de salud 74.07%, libre escogencia 23.06%, oportunidad 78.75%, percepción 68.25%. Índice global 66.21%

Los resultados de la encuesta en cuanto a percepción de los servicios fueron los siguientes: Calificación del servicio de exámenes de laboratorio 83.8%, calificación del servicio de medicina general 71.27%, calificación del servicio de entrega de medicamentos 70.01%, calificación de atención administrativa 69.76%, calificación del servicio de cirugías 69.52%, calificación del servicio de odontología 68.43%, calificación del servicio de imágenes diagnósticas 66.27%, calificación del servicio de urgencias 63.35%, satisfacción con ubicación de central de autorizaciones 62.63%, calificación del servicio de medicina especializada 62.22%, satisfacción con la red de prestadores 57.83% y percepción 68.25%.

El estudio revela además que comparando la encuesta del año 2009 con las anteriores encuestas se evidencia un detrimento en la calificación de medicina especializada, servicio de urgencias, servicio de imágenes diagnósticas y medicina general, tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado.

Las conclusiones más relevantes del estudio que conciernen a nuestro trabajo son los siguientes:

- El índice global de satisfacción –ISUS- en esta encuesta es de 66.2 sobre 100, semejante al presentado en el año 2005 (67.7). Sin embargo, se observaron cambios significativos al interior de sus componentes donde tres de ellos registraron retrocesos (libre escogencia, oportunidad y percepción) y solamente uno muestra avance positivo (accesibilidad).

El componente de percepción fue el de mayor variación negativa, disminuyendo 14,67 puntos. El principal descontento de los usuarios se presenta con la red de prestadores ofrecida por la entidad aseguradora, seguido por el de medicina especializada. A diferencia de las encuestas anteriores, en esta ocasión los usuarios sopesaron las distintas calificaciones durante todo el proceso de la atención y no solo el resultado final.

### **4.3 Bases conceptuales sobre calidad en los servicios de salud**

En aras de evitar confusiones posibles en los contenidos de este trabajo y con el ánimo de precisar la información presentada, adoptamos como referencia las siguientes definiciones sobre calidad según la reglamentación actual.

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

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

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

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

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

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

Obligaciones de los entes territoriales para con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad:

Los entes territoriales tienen frente al SOGC una doble obligación. En primer lugar como entes tienen responsabilidades como evaluadores, auditores, asesores y vigilantes de todo el sistema de calidad en sus departamentos y en todos los niveles, es decir vigilan tanto a prestadores como a EPSs. Otro papel que deben cumplir y siendo

este el que nos interesa es el de ser administrador de los servicios de salud de los llamados vinculados y de los eventos no POS del régimen subsidiado, en estos casos las Secretarías Departamentales de Salud se convierten en reales EAPB y deben cumplir como cualquier EPS con todas las obligaciones que le atañen.

En este sentido el Decreto 1011 del 2006 Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, decreta sobre las EAPB:

Estas entidades deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les permitan precisar los parámetros de calidad esperada en sus procesos de atención, con base en los cuales se adelantarán acciones preventivas, de seguimiento y coyunturales consistentes en la evaluación continua y sistemática de la concordancia entre tales parámetros y los resultados obtenidos, para propender por el cumplimiento de sus funciones de garantizar el acceso, seguridad, oportunidad, pertinencia y continuidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud.

Estas entidades deberán asesorar a las EAPB y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en la implementación de los programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, con el propósito de fomentar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en su jurisdicción. De igual manera, cuando obren como compradores de servicios para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud deberán adoptar un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.

Procesos de auditoría en las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de salud.

Las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud en su condición de compradores de servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda, establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de las Atención de Salud sobre los mismos procesos contemplados para las EAPB. Para los procesos de auditoría externa sobre los Prestadores de Servicios de Salud se les aplicarán las disposiciones contempladas para las EAPB. De igual manera, les corresponde asesorar a las EAPB y a los Prestadores de Servicios de Salud, sobre los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud.

Procesos de auditoría en las EAPB.

Las EAPB establecerán un Programa de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud que comprenda como mínimo, los siguientes procesos:

1. Autoevaluación de la Red de Prestadores de Servicios de Salud. La entidad evaluará sistemáticamente la suficiencia de su red, el desempeño del sistema de referencia y contrarreferencia, garantizará que todos los prestadores de su red de servicios estén habilitados y que la atención brindada se dé con las características establecidas en el artículo 3o de este decreto”.
2. Atención al Usuario. La entidad evaluará sistemáticamente la satisfacción de los usuarios con respecto al ejercicio de sus derechos, al acceso, oportunidad y a la calidad de sus servicios.

Procesos de auditoría externa de las EAPB sobre los Prestadores de servicios de salud. Las EAPB incorporarán en sus Programas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud, procesos de auditoría externa que les permitan evaluar sistemáticamente los procesos de atención a los usuarios por parte de los Prestadores de Servicios de Salud. Esta evaluación debe centrarse en aquellos procesos

definidos como prioritarios y en los criterios y métodos de evaluación previamente acordados entre la entidad y el prestador y deben contemplar las características establecidas en el artículo 3o de este decreto. (Ministerio de Protección Social, 2011)

Queda claro entonces que la Secretaría Departamental de Salud del Cauca tiene la obligación de fungir como EAPB de los servicios de salud para la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y de los eventos no POS del régimen subsidiado en este departamento y que hace parte de este encomiendo la medición de la satisfacción de sus usuarios en el marco de evaluación de la calidad.

Aspectos importantes de percepción positiva de calidad y satisfacción son el buen trato y el trato humanizado los cuales se conocen como el trato digno y respetuoso; el uso de un lenguaje adecuado y comprensible; aplicando las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptada; que las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre; protegiendo la privacidad de las personas durante la atención. La humanización de la asistencia en los centros de salud es una de las grandes preocupaciones actuales en el campo sanitario.

La satisfacción del usuario es quizá el indicador más importante de calidad de los servicios de salud. Es un indicador de resultado y más específicamente mide el impacto que todo el aparato de salud produce en el usuario. No es extraño entonces que el estado haya dado superlativa atención a este aspecto relevante de nuestro Sistema de Seguridad Social en salud. Consecuente con este razonamiento ha promovido la participación del usuario mediante mecanismos de representación en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, las Juntas Directivas de las Instituciones y mecanismos de evaluación de la calidad a través de encuestas de satisfacción, buzones de sugerencias, quejas y reclamos, entre otros. Además el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad establece que las instituciones de salud deben evaluar la satisfacción del usuario, información que debe utilizarse para el Sistema de Información para la Calidad, con el fin de orientar a los usuarios de estos servicios. Uno de los principales problemas que afectan a los sistemas de evaluación es la validez de los instrumentos que se aplican para hacer la medición.

## **5. Diseño metodológico**

El diseño del estudio corresponde al tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal. Evaluó el grado de satisfacción de los usuarios con respecto a los principios de la calidad en el desarrollo de los procesos de atención en salud del CRAS. Se realizó en las instalaciones de la Secretaría de Salud Departamental del Cauca ubicada en la ciudad de Popayán en la Calle 5a # 15 - 57 Barrio Valencia.

### **5.1 Universo**

Estuvo conformado por la población pobre en lo no cubierto con subsidio a la demanda, es decir, personas sin capacidad de pago clasificadas por el Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN), del Cauca en los niveles I, II y III de pobreza y excluidos del Régimen Subsidiado. También hacen parte las personas que requieren atención en salud para eventos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen subsidiado (POS-S). En total a corte de Mayo del 2010 son 271.544 personas.

### **5.2 Muestra**

Para la selección de la muestra del estudio se realizó un muestreo de tipo aleatorio simple con el uso del paquete estadístico STAT obteniendo un total de 68 personas, con un error máximo de aceptabilidad del 10% y un nivel de confianza del 90%.

**Método de recolección de datos.** Se diseñó un único modelo de encuesta de satisfacción del usuario, adaptado de la encuesta realizada por la Defensoría del Pueblo en el año 2009, para ser aplicada teniendo en cuenta los siguientes componentes básicos: Caracterización sociodemográfica de la población, posibles causas de insatisfacción antes de la atención en el CRAS, posibles causas de insatisfacción durante de la atención en el CRAS y posibles causas de insatisfacción después de la atención en el CRAS.

Para el análisis de los datos obtenidos se usaron pruebas estadísticas realizadas por el programa SPSS decimonovena versión.

## 6. Resultados

A continuación en la Tabla 1 se describen los resultados de la caracterización sociodemográfica de la población que hizo parte del estudio.

**Tabla 1.**

**Características sociodemográficas**

Características	n= 68	%	IC 95%
<b>Edad</b>			
Media	41,44		Ds:11,2
18-29	12	17,6	(5,9 - 29,4)
30-45	29	42,6	(31,4 - 57,4)
46-90	27	39,7	(28,1 - 54,7)
<b>Municipios</b>			
Zona Centro	52	77,6	(64,3 - 86,6)
Zona Norte	3	4,5	(0,0 - 10,4)
Zona Oriente	2	3	(0,0 - 6,0)
Zona Sur	8	11,9	(4,5 - 20,8)
Zona Occidente	2	3	(0,0 - 9,0)
<b>Procedencia</b>			
Rural	40	58,8	(46,7 - 71,2)
Urbana	28	41,2	(28,8 - 53,3)
<b>Sexo</b>			
Hombre	15	22,1	(10,8 - 32,4)
Mujer	53	77,9	(67,6 - 88,2)
<b>Nivel Educativo</b>			
Ninguno	2	2,9	(0,0 - 7,4)
Primaria	31	45,6	(32,4 - 59,2)
Secundaria	23	33,8	(19,1 - 47,4)
Técnico-Tecnólogo	9	13,2	(5,9 - 22,1)
Universitario	3	4,4	(0,0 - 10,3)
<b>Tipo de Usuario</b>			
Vinculado	5	7,4	(2,6 - 14,9)
Subsidio Total	58	85,3	(73,2 - 91,2)
Subsidio Parcial	5	7,4	(2,6 - 16,5)
<b>Clasificación SISBÉN</b>			
I	57	83,8	(72,9 - 91,8)
II	8	11,8	(4,1 - 19,4)
III	3	4	(1,5 - 12,7)

Fuente: elaboración propia

La edad promedio de los usuarios del CRAS fue de 41.44 años, con una desviación estándar de 11.2 y el rango de edad con mayor frecuencia fue el de 30 a 45 años, que corresponde al adulto medio. En cuanto al sexo, se encontró una mayor proporción de mujeres usuarias del CRAS, en razón de 3 a 1 con respecto a los hombres. La mayoría de la población procede de la zona rural, en razón de 3 a 2 con respecto al sector urbano.

También se encontró que más del 80%, estaban clasificados en un nivel I del SISBEN y de acuerdo al tipo de afiliación, la población contó con un subsidio total en igual proporción. El 7.4% del total de la muestra corresponde a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda.

En cuanto al nivel educativo, se observó que la mitad de los encuestados ha cursado únicamente la primaria y sólo un 4% de la población ha realizado estudios universitarios.

A continuación la Tabla N° 2 describe los resultados de las posibles causas que generan insatisfacción en los usuarios antes de recibir la atención en el CRAS.

**Tabla 2.**

***Posibles causas de insatisfacción antes de la atención en el CRAS***

<b>Causas</b>	<b>n= 68</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
<b><i>Formas de acceso ante la irresolutividad del CRAS</i></b>			
Tutela	9	13,4	(2,7 - 23,1)
Derecho De Petición	3	4,5	(0,0 - 11,9)
Amedrentar Al Personal	3	4,5	(0,0 - 8,5)
No Insistir	52	77,6	(67,2 - 89,1)
<b><i>Ubicación del CRAS</i></b>			
Satisfecho	60	89,6	(82,9 - 97,0)
No Satisfecho	7	10,4	(3,0 - 17,1)
<b><i>Información con respecto a la red de prestadores CRAS</i></b>			
Excelente	8	11,9	(5,6 - 18,9)
Bueno	31	46,3	(29,5 - 58,5)
Regular	26	38,8	(26,5 - 53,7)
Malo	2	3,0	(0,0 - 7,8)
<b><i>Información acerca de derechos y deberes</i></b>			
Si	11	16,4	(9,0 - 27,5)
No	56	83,6	(72,5 - 91)

Causas	n= 68	%	IC 95%
<b>Orden de cita con medicina especializada</b>			
Si	60	89,6	(79,1 - 97,0)
No	7	10,4	(3,0 - 20,9)
<b>Número de veces que utiliza el servicio del CRAS por año</b>			
Media: 5,49	Ds:8,2		
0	1	1,5	(0,0 - 4,4)
1 - 3	36	52,9	(43,0 - 66,0)
4 - 6	20	29,4	(17,2 - 40,1)
De 7 o más	11	16,2	(9,0 - 26,0)
<b>Orden de cirugía</b>			
Si	30	44,8	(32,5 - 57,0)
No	37	55,2	(43,0 - 67,5)
<b>Orden medicamentos que deba autorizar el CRAS</b>			
Si	39	58,2	(44,1 - 72,6)
No	28	41,8	(27,4 - 55,9)
<b>Orden de ayudas diagnósticas que deba autorizar el CRAS</b>			
Si	34	50,7	(41,8 - 64,8)
No	33	49,3	(35,2 - 58,2)
<b>Orden de servicios odontológicos que deba autorizar el CRAS</b>			
Si	3	4,5	(0,0 - 10,3)
No	64	95,5	(89,7 - 100)

Fuente: elaboración propia

La mayor parte de la población dejó de insistir ante la falta de resolutiveidad en la entrega de autorizaciones de servicios de salud con un porcentaje del 77.6%. A las vías de hecho solo se acudió en un 17,9 % en conjunto; la tutela y el derecho de petición. En cuanto a la ubicación del CRAS, se encontró una razón de 9 usuarios satisfechos por cada 1 que no lo está. La calificación de la información sobre la red de prestadores contratada por la Secretaria Departamental de Salud, tuvo un porcentaje de 58.2% si agrupamos los conceptos de bueno y excelente. Sólo un 3 % de los encuestados calificó como mala la información sobre la red de prestadores. Los resultados muestran que la secretaria de Salud del Cauca no informó sobre los derechos que tienen los usuarios. En una razón de 4 a 1, respecto a quienes si fueron informados.

El resto de la información, presentada en la Tabla N° 2, no constituye causa de insatisfacción, pero es necesaria para el posterior análisis relacionado con las autorizaciones que genera al CRAS: La mitad de los encuestados hizo uso de los servicios del CRAS de 1 a 3 veces en el año. En menor proporción se encontraron los

usuarios que acuden al CRAS más de 7 veces al año con un porcentaje del 16,4%. Sólo un usuario no utilizó los servicios en el último año. Con respecto a la demanda de servicios de salud, se encontraron los siguientes resultados: 9 de cada 10 usuarios les han ordenado cita con especialista, a 3 de cada 2 les han ordenado cirugía, igual razón para la orden de medicamentos que requirieron autorización del CRAS. A la mitad de los usuarios les ordenaron ayudas diagnósticas que requirieron autorización y a la mayoría: 95,5%, no les ordenaron citas con odontología especializada.

A continuación se presenta la Tabla 3 Describe las posibles causas de insatisfacción de los usuarios durante la atención del CRAS.

**Tabla 3. Posibles causas de insatisfacción durante la atención en el CRAS**

**Posibles causas de insatisfacción durante la atención en el CRAS**

Causas	n= 68	%	IC 95%
<b>Autorización de cita con medicina especializada</b>			
Si	61	89,7	(82,4 - 97,1)
No	0	0	(0,0 - 4,4)
No Aplica	7	10,3	(2,9 - 17,6)
<b>Tiempo de autorización cita con medicina especializada</b>			
Media	3,73	Ds:9,36	
0 - 2	53	86,9	(75 - 93,8)
3 - 10	2	3,3	(0,0 - 12,2)
11 - 30	5	8,2	(2,9 - 16,4)
De 31 o más	1	1,6	(0,0 - 5,3)
<b>Opción de selección del médico especialista</b>			
Si	11	16,2	(8,8 - 25,0)
No	51	75,0	(64,7 - 85,3)
No Aplica	6	8,8	(2,9 - 16,2)
<b>Atención del servicio del CRAS</b>			
Excelente	9	14,8	(7,8 - 26,2)
Bueno	35	57,4	(42,3 - 69,6)
Regular	16	26,2	(16,0 - 40,1)
Malo	1	1,6	(0,0 - 4,9)
<b>Autorización de cirugía</b>			
Si	26	42,6	(27,9 - 52,8)
No	2	3,3	(0,0 - 9,8)
No Aplica	33	54,1	(42,6 - 67,6)

Causas		n= 68	%	IC 95%
<b><i>Tiempo de autorización de cirugía</i></b>				
Media	12,46	Ds:47,005		
0 - 2		46	75,4	(65,6 - 86,9)
3 - 10		3	4,9	(0,0 - 11,3)
11 - 30		9	14,8	(7,5 - 23,0)
De 31 o más		3	4,9	(0,0 - 9,8)
<b><i>Autorización de laboratorios con orden de apoyo</i></b>				
Si		38	62,3	(52,1 - 75,4)
No		2	3,3	(0,0 - 8,2)
No Aplica		21	34,4	(22,0 - 45,9)
<b><i>Autorización de ayudas diagnósticas</i></b>				
Si		35	51,5	(38,3 - 63,2)
No		0	0	(0,0 - 4,4)
No Aplica		33	48,5	(36,8 - 61,7)
<b><i>Autorización de servicios de odontología especializada</i></b>				
Si		2	2,9	(0,0 - 7,4)
No		0	0	(0,0 - 4,4)
No Aplica		66	97,1	(92,6 - 100)

Fuente: elaboración propia

En cuanto a la generación de autorizaciones de servicios de salud, se encontró que las citas con médico especialista se autorizaron en un 100%. Se generaron órdenes de apoyo también al 100% de los usuarios tanto para ayudas diagnosticas como para los servicios de odontología especializada. A la mayoría de los usuarios, el CRAS les autorizó la cirugía en razón de 9 a 1 y la autorización para servicios de laboratorio se dio en un 94.9%.

En cuanto al tiempo para la generación de autorizaciones de servicios de salud, se encontró que a la mayoría de los usuarios se les generó autorizaciones para la atención con médico especialista el mismo día o al día siguiente en un 86.9%. Sólo a un usuario la autorización se demoró más de un mes. A las tres cuartas partes de los usuarios se les autorizó los procedimientos quirúrgicos en el mismo día o al siguiente día y solo tres autorizaciones se demoraron más de un mes. La mayoría de los usuarios no tuvo la opción de elegir al médico especialista en porcentaje del 82.2%. La mitad de los encuestados calificó como buena la atención prestada por el CRAS y solo un usuario lo calificó como malo.

La Tabla 4 muestra las posibles causales de insatisfacción de los usuarios, después de la atención en el CRAS.

**Tabla 4.**

**Posibles causas de insatisfacción después de la atención en el CRAS**

<b>Causas</b>	<b>n= 68</b>	<b>%</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Tiempo de atención por medicina especializada</b>			
Media 32,97 Ds:29,031			
0 - 2	1	2,9	(0 - 11,4)
3 - 10	7	20,0	(7,9 - 40,0)
11 - 30	20	57,1	(41,6 - 72,7)
De 31 o más	7	20,0	(5,1 - 31,4)
<b>Tiempo de autorización de medicamentos</b>			
Media: 2,86 Ds:5,422			
0 - 2	29	82,9	(68,6 - 94,9)
3 - 10	3	8,6	(0 - 17,1)
11 - 30	3	8,6	(2,9 - 20,0)
De 31 o más			
<b>Tiempo de entrega de medicamentos autorizados</b>			
Media: 6,9 Ds:13, 561			
0 - 2	20	57,1	(40,9 - 72,1)
3 - 10	10	28,6	(14,3 - 47,6)
11 - 30	3	8,6	(0 - 21,3)
De 31 o más	2	5,7	(0 - 14,9)
<b>Forma de entrega de medicamentos</b>			
No se entregaron	0	0	(0 - 4,4)
Entregados parcialmente	5	14,3	(2,9 - 26,4)
Todos en varios días	12	34,3	(21,6 - 51,4)
Todos en un mismo día	17	48,6	(33,6 - 60,0)
No aplica	1	2,9	(0 - 8,6)
<b>Ubicación del sitio de entrega de medicamentos</b>			
Excelente	1	2,9	(0 - 8,6)
Bueno	21	60,0	(38,7 - 77,1)
Regular	10	28,6	(16,5 - 45,7)
Malo	2	5,7	(0 - 14,3)
No Aplica	1	2,9	(0 - 8,6)

Fuente: elaboración propia

Para la oportunidad de cita con médico especialista se encontró una Media de 32.97 y la mayoría de los usuarios fueron atendidos por el especialista en el rango de 11 a 30 días con un porcentaje de 57,1%.

A la mayoría de usuarios se le autorizaron sus medicamentos en un plazo de 0 a 2 días con una razón de de 4 a 1 con respecto a los otros rangos y la Media en general fue de 2.86.

El mayor porcentaje de usuarios recibieron sus medicamentos en un plazo máximo de 2 días (57.1%) y sólo el 5.7% de ellos debió esperar más de un mes para la entrega respectiva. La Media de esta variable fue de 6.9.

Al 82.9% de los usuarios se les entrego sus medicamentos en su totalidad y de ellos al 58.6% se les entrego en el mismo día. Al 14.3% de la población, los medicamentos se entregaron parcialmente y en ninguno de los casos se dejaron de entregar.

El 60% de los usuarios califican como buena la ubicación del sitio de entrega de los medicamentos y solo el 5.7% de los usuarios la califican como malo.

## **7. Discusión**

### **7.1 Características sociodemográficas de la población**

En los resultados del estudio se encontró que la mayor proporción de usuarios del CRAS, pertenecen a la zona Centro, situación que se explica por la pertenencia a dicha zona de la capital del departamento, Popayán, que es la población con mayor número de habitantes en el departamento y con la mejor perspectiva de accesibilidad pues allí es donde se encuentran las instalaciones del CRAS dependencia de la Secretaría Departamental del Cauca. Siguen en orden de frecuencia, la zona Sur y la zona Norte, zonas que pese a no tener un volumen importante de población si presentan ventajas de accesibilidad por la presencia de la carretera Panamericana que atraviesa de norte a sur el departamento y otorga facilidad de transporte a los potenciales usuarios de la central de autorizaciones. En las zonas restantes de procedencia por su menor número de población y mayores barreras de acceso, se explica su escasa aparición en los resultados de la encuesta. Según datos oficiales de la Gobernación del Cauca, así están conformadas las regiones del departamento, proyección año 2010: Zona Central: Compuesta por aquellos municipios que su territorio conforma la meseta de Popayán y sus áreas circunvecinas. Se encuentra dividida en seis unidades territoriales municipales (Cajibío, El Tambo, Morales, Piendamó, Timbío y Popayán); la extensión total de esta zona alcanza a cubrir el 17.3% aproximadamente del área departamental y su población participa con el 31.5% del total del Departamento. Esta zona es la única mayoritariamente urbana, por el fenómeno de Popayán, ciudad capital que alberga en su zona urbana el 16.6% del total de la población departamental. Zona Norte: Ubicada en el sector caucano del valle geográfico del río Cauca en límites con el Departamento del Valle. Presenta en su territorio ocho municipios (Buenos Aires, Caloto, Corinto, Miranda, Puerto Tejada, Padilla, Santander de Quilichao y Suárez), con una extensión de su superficie que representa el 8.3% del Departamento y aporta el 22.2% de la población. Zona Indígena: Consistente en aquellos municipios que presentan porcentaje mayor al 80% de su población perteneciente al grupo étnico indígena. No presenta continuidad territorial y su consideración como tal se da más como un componente de orden étnico cultural y la forma de acceso y uso de recursos naturales. Esta zona

participa con el 16.22% de la población total del Departamento y el 17% del territorio. Su composición étnica incluye grupos Paeces, Guambianos, Yanaconas Totoros y Coconucos distribuidos en los municipios de Caldono, Inzá, Jambaló, Páez, Puracé, Silvia, Toribío y Totoró. Macizo Colombiano (Zona Oriente): Abarca la totalidad del ecosistema estratégico donde nacen los grandes ríos de Colombia, como el Magdalena, el Cauca, el Caquetá y los afluentes que conforman el río Patía. Representa el 17% de la del territorio Departamental y su población el 8.9% de la del Departamento. Los municipios que conforman esta zona son Almaguer, La Sierra, La Vega, Rosas, San Sebastián, Santa Rosa y Sotará. Valle del Río Patía y áreas aledañas (Zona Sur): Ubicada en el sector limítrofe con el Departamento de Nariño, presenta una alta concentración de población afrocolombiana. Superficialmente abarca el 9.5% del Cauca y su población representa el 13.9%. Componen la zona del Patía los siguientes municipios: Argelia, Balboa, Bolívar, Florencia, Mercaderes y Patía. Sector Pacífico (Zona Occidente): Representado por los municipios de López de Micay, Guapi y Timbiquí, con un 25.3% del área total del Departamento y un 6.6% de la población. Piamonte: Representa el piedemonte amazónico, con un 5.2% del área y un 0.46% de la población.

La población objeto del estudio, según la muestra corresponde en la mayoría a población rural encontrándose que por cada 3 procedentes de área rural, hay 2 del sector urbano. Estos datos encontrados coinciden plenamente con las estadísticas globales del departamento en cuanto a población rural y urbana. Según los datos del último censo general de población, realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) en el 2005, el Cauca es una de las unidades territoriales del país donde predomina la población rural, un 63% viven en las zonas rurales y el 37% restante es áreas urbanas. La proporción de población rural a nivel nacional es muy diferente: la República de Colombia contaba en el año 2005 con 42.888.594 habitantes, de los cuales 31.886.602 (74,3%) habitan en las cabeceras municipales o distritales y 11.001.990 (25,7%) en el sector rural, según el mismo censo.

Según su página oficial, el SISBEN es un sistema de identificación de beneficiarios potenciales para los programas sociales, que mediante encuesta clasifica a las personas en función de las características físicas de las viviendas donde habitan y de

sus características sociodemográficas y económicas, significa esto que entre menor sea el nivel de clasificación más precarias serán las condiciones del encuestado. En el estudio encontramos que la gran mayoría de los encuestados pertenecen al nivel I, en una razón de 4 a 2 con respecto a los otros dos niveles. Este resultado concuerda con el nivel socioeconómico del departamento, según Planeación Nacional para 2005 un 61% de las personas en el Cauca presentan índices elevados de necesidades básicas insatisfechas (NBI), considerado éste grupo como pobre, siendo Popayán el municipio con menor porcentaje con el 31% de su población y Jambaló el de mayor NBI con el 99% de la población. Finalmente según la misma fuente con corte febrero de 2012 la población total sisbenizada en el departamento del Cauca es de 796.421 personas que corresponde al 60.38% del total de la población, cifra muy similar a la referencia anterior publicada en el 2003 por Departamento Nacional de Planeación, Dirección de Desarrollo Social y Misión Social del Ministerio de Salud, resultado encuesta de evaluación SISBEN, donde el porcentaje fue del 60.5%, es decir no ha habido incrementos. Según la misma encuesta la población en condiciones de pobreza medida por el índice de Condiciones de Vida (ICV), para el Cauca es del 46.2%. Dicha encuesta también reveló que del total de población registrada en el SISBEN el 41% corresponde al nivel I, 39% corresponde al nivel II y el 20% corresponde al nivel III. No se encontró información más reciente referente a la distribución de los sisbenizados por niveles.

De acuerdo con la tabla No. 1, la edad promedio de los usuarios del CRAS que hicieron parte de la muestra es de 41.44 años y una desviación estándar de 11.2. Esta media encontrada podría no corresponder a la realidad ya que todos los encuestados fueron mayores de edad lo que no significa que sean los que más utilizan los servicios del CRAS. De hecho la población con mayor morbilidad y mayor demanda de servicios de salud es la población infantil, pero por razones obvias las autorizaciones a que hubiere lugar son gestionadas por sus padres o acudientes. Según datos extraídos de la Secretaría Departamental de Salud en términos de la morbilidad general del departamento, como primera causa se tienen “las infecciones respiratorias agudas” y quizá a razón de que la población más afectada en este estado de morbilidad es la población infantil. La media encontrada en este estudio refleja más bien la morbilidad presentada en el otro extremo de la vida en la que también se incluyen las enfermedades

respiratorias, las enfermedades cardiovasculares y las asociadas a los procesos degenerativos propios de la edad. A propósito el DANE en el censo del año 2005 encontró que la morbilidad infantil es de 39.2 por mil niños nacidos vivos en los centros urbanos y cabeceras municipales y de 73.5 por mil en las zonas rurales, situación que está distante de los promedios del país, que corresponden a 27.2 por mil para zonas urbanas y 54.0 por mil en las áreas rurales. En una aproximación a las condiciones de salud del Departamento del Cauca se encuentra que las neumonías y enfermedades bronco-respiratorias se registran con una alta representación 5.18% del total, lo que permite comentar que estas patologías respiratorias pueden ser muy persistentes en los dos extremos de la población: infantil y adulta y mayor.

El rango de edad con mayor frecuencia es el de 30 a 45 años. Según las proyecciones del DANE para la población del Cauca 2010, ese quinquenio no es el de mayor población, según esa proyección el mayor grupo poblacional para ese mismo año es el de 10 a 14 años con 142.197 personas. Hay que tener en cuenta que la encuesta se efectuó en quienes se encontraban tramitando autorizaciones en las instalaciones de la secretaría por lo que se encuentra lógico que no hubieran menores de edad en dicho lugar, como consta en la misma tabla ni un solo menor de edad contestó una encuesta.

Según los resultados obtenidos la mayor proporción de usuarios del CRAS son mujeres, en razón aproximada de 4 a 1 con respecto a los hombres. El resultado obtenido no puede explicarse por la estructura demográfica del departamento ya que según el DANE censo 2005, del total de la población del Cauca el 49,7% son hombres y el 50,3% mujeres, guarismo similar al del nivel nacional el cual es así: El 51,4% son mujeres y el 48,6% hombres. La enorme diferencia puede ser explicada primero por razones de percepción, según el estudio: *Desigualdades en Salud: ¿Es Diferente la Percepción de Morbilidad de Varones y Mujeres?*, publicado en [scielo.org.ar](http://scielo.org.ar), Buenos Aires 2006 se propusieron las siguientes conclusiones: Los hombres consultan menos que las mujeres; la consulta por problemas que requieren tratamiento es la principal causa en ambos sexos, si bien entre los hombres es más pronunciada; los hombres refieren en menor medida que las mujeres enfermedades de tratamiento prolongado; la percepción del estado de salud es más positiva en los varones; la frecuencia de la consulta aumenta con la edad de los entrevistados de ambos sexos; los jóvenes de ambos

sexos son los que mencionan con mayor frecuencia la presencia de síntomas o enfermedad como motivo de la consulta al médico; la consulta por prevención es más frecuente en las mujeres con mayores niveles educativos y en los varones con mayores niveles de ingreso. En segundo lugar se explica por razones de morbilidad, pues las enfermedades propias de la mujer y las relacionadas con el periodo reproductivo elevan el uso de los servicios de salud y por ende la posibilidad de uso de los servicios del CRAS. De esta forma según el sistema de indicadores de género del Ministerio de Protección Social 2011, las principales causas de morbilidad femenina por egreso hospitalario están relacionadas con el embarazo, parto y abortos. Finalmente se debe tener en cuenta que la encuesta se realizó entre las personas que se encontraban haciendo gestión de servicios por el CRAS lo cual no descarta que se estuvieran solicitando servicios para terceras personas u otros miembros de la familia y ese sentido hay mayor probabilidad de encontrar mujeres en ese lugar ya que hay una mayor proporción de ellas fungiendo como amas de casa, cabezas de familia, menor empleo formal y mayor sentido de responsabilidad con sus hijos.

Los resultados muestran que el tipo de usuario teniendo en cuenta el sistema de afiliación, en su mayoría corresponde a personas con subsidio total, en un porcentaje de 85,3%. Encontramos entonces que la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda sólo representa el 7.4% del total de la muestra. Lo anterior se puede explicar al creciente número de afiliaciones al régimen subsidiado del último año. Según la Superintendencia Nacional de Salud a corte 31 de Diciembre de 2011, el porcentaje de cobertura de afiliación al sistema de salud es del 91.1 % de los cuales el 78.21% corresponde al régimen subsidiado. Que la mayor población solicitante de servicios del CRAS corresponda al subsidiado total supone que la mayoría de autorizaciones gestionadas por dicha dependencia corresponda a lo no cubierto por el actual POS subsidiado y la menor proporción a la gestión de los servicios demandados por la población pobre no cubierta o mal llamados vinculados.

En cuanto al nivel educativo, se observa que la mitad de los encuestados ha cursado únicamente la primaria y sólo un 4% de la población ha realizado estudios universitarios. Estos resultados concuerdan con las estadísticas demográficas para nivel educativo en el Cauca publicadas por el DANE censo de 2005: El 50,4% de la población

residente en el Cauca, ha alcanzado el nivel básico primario y el 23,9% secundaria; el 3,8% ha alcanzado el nivel profesional y el 0,8% ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 12,5%. Del censo también se destacan los siguientes resultados: El 42,6% de la población de 3 a 5 años asiste a un establecimiento educativo formal; el 89,1% de la población de 6 a 10 años y el 70,1% de la población de 11 a 17 años. El 85,0% de la población de 5 años y más del Cauca sabe leer y escribir. Se deduce entonces que el nivel educativo de los usuarios del CRAS son fiel reflejo del encontrado en la población general del Cauca.

## **7.2 Posibles causas de insatisfacción antes de la atención de los usuarios por el CRAS**

En el presente estudio se detecto que el 13,4% del total de la muestra utilizo la tutela como una herramienta para acceder a la atención requerida, mientras que el 77% de los encuestados decidieron no insistir en los trámites de autorización. Según el estudio realizado por la Defensoría del Pueblo, en los años de 2003 a 2005, expone que los trámites administrativos a los que son sometidos los usuarios, las barreras explícitas al acceso y la falta de control y vigilancia por parte de los organismos encargados de esa tarea han llevado a que la acción de tutela para reclamar derechos de salud, se convierta en un “prerrequisito de trámite” para las autorizaciones. Desde 1999 hasta el 2005, las solicitudes por este concepto han aumentado cerca del 280%, mientras que el crecimiento de la tutela en general fue del 160% en el mismo período. En este orden de ideas, en el año 2005 más de la tercera parte de las acciones de tutela (36,12%) interpuestas en Colombia, demanda el derecho a la salud (81.017 tutelas). Éstas se originan por la negación de servicios, la falta en la entrega de medicamentos y realización de cirugías, por falta de oportunidad en citas médicas con especialistas, por mala interpretación del Plan Obligatorio de Salud tanto el Régimen Subsidiado como en el Contributivo, por autorizaciones parciales, por negligencia de las EPS, por la entrega de planes de beneficios incompletos y por falta de determinados especialistas en algunas regiones con problemas en la accesibilidad, entre otras. El porcentaje de afiliados a una EPS que el mismo periodo interpusieron acción de tutela para reclamar derechos fue del

17.8%. Según lo anterior es posible inferir que una de las razones por las cuales el presente estudio tiene un indicador bajo en número de tutelas y derechos de petición, se deba a que la mayoría de la población reside en la zona rural, en estas regiones se dificulta el acceso y el seguimiento oportuno de las vías legales de hecho. Por otro lado la desinformación y el bajo nivel socioeconómico abordado en la primera parte de la discusión son también factores que inciden en este hecho. Otra razón corresponde a la percepción de los usuarios que el Régimen Subsidiado es limitado o que se reconoce como gratuidad del Estado y no como un derecho. Finalmente la gente reconoce más a las secretarías Departamentales de Salud como instituciones del Estado y no las relaciona como Empresas Promotoras de Servicios de salud.

Las Secretarías de Salud Departamental o Municipal son las entidades más tuteladas según la Defensoría del Pueblo, con el 85%, seguida por las alcaldías municipales. Las solicitudes más frecuentes son: Exámenes (26,4%), cirugías (17,5%), citas médicas con especialistas (12,9%), tratamientos (12,3%) y medicamentos (11,2%). Hay que anotar que las dependencias que administran el SISBEN son las áreas más tuteladas en los municipios.

La presente investigación, evidenció que el 89,6% de los encuestados se encontraron satisfechos con la ubicación del CRAS, las razones para ello corresponden a la ubicación equidistante de la central de autorizaciones con respecto a la distribución de los barrios de la ciudad de Popayán, además los usuarios refieren que las instalaciones son amplias y se encuentran dentro de la Secretaría de Salud Departamental, situación favorable en caso que se requiera realizar otros trámites de tipo administrativo en la misma secretaria. Según el estudio de percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México del año 1998, se expone que para los usuarios, la calidad está representada por las condiciones relativas a la accesibilidad, en un 16%. A nivel nacional el estudio Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009 realizado por la defensoría del pueblo encontró a nivel nacional que el componente de acceso a los servicios prestados por las EPS obtuvo una calificación de 74 puntos según un índice de escala 0 a 100. Comparado con este referente la ubicación del CRAS puede considerarse por encima del promedio aceptado a nivel nacional.

Otro constituyente de la accesibilidad corresponde a la información que el CRAS debe dar acerca de la red de prestadores de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca. La información sobre la red tiene un porcentaje de 58.2% si agrupamos los conceptos de bueno y excelente. Sólo un 3 % de los encuestados calificó como deficiente la información sobre la red de prestadores. En el estudio nacional de las EPS del 2009 se encontró para ese año que la información sobre red de prestadores obtuvo un valor 51.86 en escala de 0 a 100 guarismo análogo al obtenido en el presente estudio. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en el Acuerdo 415 de 2009, artículo 19, ordinal 4°, establece la obligación de las EPS del régimen subsidiado de informar a la población sobre la red prestadora de servicios. La Corte Constitucional encontró, deficiencias en la información sobre red de prestadores, razón por la cual estableció la obligación que tienen las EPS de informar a los usuarios, al momento de su afiliación, la red con la que cuentan. Las razones de la pobre información sobre la red de prestadores encontrada son similares a las del estudio nacional por lo que relacionamos como principales causas de desinformación, los cambios de IPS sin previo aviso, cambios en los contenidos de los contratos ya que en ocasiones no son informados y solo se enteran cuando solicitan directamente el servicio en la institución, lo que ocasiona que el usuario no sea atendido oportunamente.

Según los resultados del actual estudio, la Secretaría Departamental de Salud del Cauca no informa sobre los derechos a que tienen los usuarios (83.6%). El porcentaje de quienes si recibieron esa información sólo es de 16.4%. Al respecto, el Ministerio de la Protección Social emitió la Resolución 1817 de 2009, en la cual se definen los lineamientos de la Carta de Derechos de los Afiliados y de los Pacientes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. También emitió la Resolución 2818 de 2009 con la cual el Ministerio modificó parcialmente la Resolución 1817 precisando que la información sobre red de prestadores debe ser completa, actualizada y de fácil comprensión, si no es así, el usuario tiene la posibilidad de trasladarse de EPS. De esta forma por reglamentación oficial el estándar para este ítem debe ser 100%. En la Encuesta realizada por la Defensoría del Pueblo en la Evaluación de los servicios de salud que brindan las EPS, en el año 2009, se encontró que el 44.3% de los encuestados manifestó que nunca o casi nunca han sido informados respecto de los servicios de salud

a los que tienen derecho y el 17.2% registra que algunas veces. Esto hace que la calificación de la Secretaría Departamental del Cauca en este ítem esté por debajo del mínimo aceptable. Esta falta de información de derechos es mayor en el Régimen Subsidiado dado que las EPS deben suministrar información más amplia a los usuarios sobre las limitantes existentes en el plan de beneficios y sobre las coberturas que complementan los entes territoriales. Dentro de las posibles causas para estas falencias se tuvo en cuenta que el personal que labora en la secretaría es insuficiente y en muchas ocasiones se encuentran en ocupaciones más apremiantes como la elaboración de órdenes de apoyo y lo relacionado a la entrega de información de derechos a los usuarios, queda relegada.

La información presentada posterior a la de derechos de los pacientes en la tabla número 2, no constituye por sí misma, causas de insatisfacción, pero es necesario tenerla en cuenta para posteriormente hacer el análisis y discusión de las causas de insatisfacción durante la atención del CRAS particularmente en lo que tiene que ver con las autorizaciones

### **7.3 Posibles causas de insatisfacción durante de la atención de los usuarios por el CRAS**

En cuanto a la generación de autorizaciones de servicios de salud, se encontraron los siguientes resultados: Las citas con médico especialista se autorizaron en un 100%. Se generaron órdenes de apoyo también al 100% de los usuarios tanto para ayudas diagnósticas como para los servicios de odontología especializada. A la mayoría de los usuarios, el CRAS les autorizó la cirugía en razón de 9 a 1 respecto a los que no se les autorizaron. La autorización para servicios de laboratorio se dio en un 94.9%. Los referentes nacionales para autorizaciones de servicios de salud por parte de las EPS son los siguientes: Citas con médico especialista 74.98%, autorización para ayudas diagnósticas 82.53, autorización de cirugía 84.07%, autorización de exámenes de laboratorio 85.61% y para autorización de servicios de odontología especializada no se encontraron referencias. Indiscutiblemente en el actual estudio, en estos cinco ítems se obtuvieron resultados ideales y obviamente, por encima de los estándares nacionales. Se infirió como causa de estos resultados el hecho de que la mayoría de estas

autorizaciones al corresponder a lo no cubierto por el POS del régimen subsidiado, es muy bien conocido que el estado debe asumir esas atenciones y sus costos derivados, por lo que la secretaria obligatoriamente no tiene margen para negar dichos servicios. Al respecto en la página oficial del POS, se aclaran aspectos normativos derivados del POS vigente en Colombia (Acuerdo 029 2011): “El Estado debe garantizar la atención de las personas en condiciones de pobreza y vulnerabilidad que aún no se encuentran afiliadas al Régimen Subsidiado de Salud. Así mismo, se debe encargar de la atención de los servicios en lo no cubierto por el POS Subsidiado”. Aclara además lo siguiente con respecto a la población llamada vinculada: “La atención en salud de la población del territorio nacional que cumple con las características de pobreza y vulnerabilidad, pero que aún no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud es responsabilidad del Estado y debe ser atendida en las instituciones públicas o en aquellas privadas contratadas por éste, con cargo a los llamados recursos de oferta”. Y finalmente aclara en lo referente a lo no POS subsidiado. “Al igual que en el caso anterior, es responsabilidad del Estado y en este sentido los servicios no cubiertos por el POSS deben ser prestados en las instituciones públicas o en aquellas privadas contratadas por las entidades territoriales (municipios, departamentos o distritos), con cargo a los llamados recursos de oferta”. Se entiende entonces los argumentos que la Secretaría a través del CRAS tiene para autorizar todos estos servicios. Finalmente la Secretaria Departamental de Salud del Cauca a diferencia de las EPS no posee una auditoría fuerte en lo referente a la pertinencia a través de la cual pudiera “regular” dichas autorizaciones, por lo que básicamente autoriza la inmensa mayoría de las órdenes presentadas, incluidas las que demandan los usuarios llamados vinculados (Población pobre y no cubierta).

En cuanto al tiempo para la generación de autorizaciones de servicios de salud, en el estudio se obtuvieron los siguientes resultados: A la mayoría de los usuarios se les generó autorizaciones para la atención con médico especialista el mismo día o al día siguiente en un 86.9%, la media obtenida fue de 3.73. Sólo a un usuario la autorización se demoró más de un mes. Al 75.4% de los usuarios se les autorizó los procedimientos quirúrgicos en el mismo día o al siguiente día y solo tres autorizaciones se demoraron más de un mes. Se debe recalcar que estos resultados corresponden sólo al tiempo que

demoró la autorización y no al tiempo transcurrido hasta la obtención del servicio (Oportunidad). A nivel nacional existe reglamentación sobre los tiempos aceptados para la generación de autorizaciones. La Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social, que trata de las Relaciones entre IPS y EPS en su artículo 7 “formato y procedimiento para la respuesta de autorización de servicios electivos” afirma: “Para la respuesta de autorización de servicios electivos de que trata el artículo 16 del Decreto 4747 de 2007 se adoptará el formato definido en el Anexo Técnico No. 4 que hace parte integral de la presente resolución. Las entidades responsables del pago deben dar respuesta a la solicitud de autorización de servicios, dentro de los siguientes términos: La respuesta positiva o negativa a la solicitud de autorización de servicios deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por la entidad responsable del pago, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud. En el caso de que el servicio requerido sea de carácter prioritario, la respuesta a la solicitud deberá ser comunicada al usuario y enviada al prestador por parte de la entidad responsable del pago dentro de los dos (2) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud”. También algunas EPS tienen referencias al respecto. Por ejemplo Caprecom EPS en su página web informa: “Las Autorizaciones se demoran 2 o 5 días según la pertinencia médica”. Teniendo en cuenta la reglamentación y las referencias de las EPS, los usuarios se encontrarían satisfechos con la prestación de los servicios del CRAS de la Secretaría Departamental de Salud, ya que en la gran mayoría de los casos se generó la correspondiente orden de autorización y además de ello se encontró que el tiempo máximo de espera para la autorización de los servicios previamente referenciados fue en su mayoría de 1 a 2 días. Importante condicionante para estos resultados lo constituye la actual política de la Secretaría de Salud de dar las órdenes de apoyo el mismo día de su solicitud.

Otro ítem evaluado como posible causa de insatisfacción corresponde al de opción de selección del médico especialista. El resultado obtenido fue que la mayoría de los usuarios no tiene la opción de elegir al médico especialista en porcentaje del 82.2%. La Ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, establece la libre escogencia como un principio del SGSSS en virtud del cual se establece como obligación de las EPS

garantizarlo. Los afiliados al sistema tienen el derecho de elegir libremente la entidad promotora de salud que les preste servicios. Así mismo, pueden escoger las instituciones prestadoras de servicios y los profesionales adscritos o con vinculación laboral a la EPS, dentro de las opciones por ella ofrecidas. A nivel nacional el estudio Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009 realizado por la defensoría del pueblo encontró a nivel nacional que la libertad de escoger médico especialista es del 18.02% cifra casi idéntica a la obtenida en el actual estudio (17.8%), si bien este dato es similar al del promedio nacional, en realidad es muy bajo a lo pretendido por la normatividad que idealmente según la ley 1438 debe acercarse lo más posible al 100%. Entre las razones por las cuales La Secretaría Departamental de Salud está lejos del estándar aceptado lo genera el hecho de que tiene que gestionar citas con las especialidades no POS del régimen subsidiado principalmente, es decir las especialidades no básicas y la subespecialidades y en una ciudad pequeña como Popayán muchas de estas ramas de la medicina cuentan con un solo especialista en las IPS con las que tiene contrato o incluso a veces es el único especialista de toda la ciudad. Los inconvenientes de escogencia disminuyen con las especialidades básicas que debe gestionar para los vinculados (Población pobre y no cubierta)

La atención recibida por el CRAS fue calificada principalmente como buena en un 57.4%, como mala sólo en un 1.6%. Excelente y regular obtuvieron calificaciones intermedias. A nivel nacional el estudio Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009, las Calificaciones del componente de percepción según variables en el ítem “Calificación de la entidad” (EPS) se obtuvo una calificación de 72.58 en una escala de 0 a 100. Otro referente importante es la tercera encuesta de percepción de IPS sobre EPS del régimen subsidiado realizada por la Asociación de Clínicas y Hospitales (2009) y publicada en su página web. En ella se encontró ninguna de las 30 EPS evaluadas alcanza una calificación mínima de 60 puntos sobre 100. Según esto la calificación dada por los usuarios al CRAS de la Secretaría Departamental de Salud sería similar a la calificación general obtenida por las EPS del país, ya que en conjunto la calificación de bueno y excelente suman 72.2%. Las razones para la obtención de este resultados están dadas por las buenas calificaciones obtenidas por la Secretaria Departamental del Cauca en lo referente a Accesibilidad (Ubicación del

CRAS), Oportunidad (Autorización de citas y servicios, tiempos de autorización y tiempo de cita con médico especialista), Continuidad (forma de entrega de medicamentos). Se debe aclarar que los usuarios también tuvieron en cuenta a la hora de calificar el servicio, lo correspondiente a la calidad humana o la atención humanizada por parte de los empleados del CRAS. En general este fue un punto a favor. Una de las razones por las que el trato es bien calificado lo constituye el hecho que ha disminuido notoriamente la cantidad de usuarios por atender por parte del CRAS debido a la ampliación de coberturas del régimen subsidiado por ejemplo la unificación del POS en menores de 18 años y mayores de 60 años. Esto reduce las gestiones de lo no POS para estos grupos poblacionales. Otra de las razones que explica la disminución de usuarios por atender, es la disminución importante de la población pobre y no cubierta, esto debido a la ampliación de afiliaciones hacia el régimen subsidiado en un afán del estado para que toda la población del país pertenezca al SGSSS. En este caso la administración de servicios de salud deja de ser responsabilidad de la Secretaría Departamental de Salud y se traslada a las EPS subsidiadas.

#### **7.4 Posibles causas de insatisfacción después de la atención de los usuarios por el CRAS**

Se encontró en el estudio que los usuarios fueron atendidos por el especialista con una oportunidad media de 32.97 días y además el rango de 11 a 30 días fue el de mayor frecuencia. Se debe tener en cuenta que una vez autorizada la cita para especialista por el CRAS, la oportunidad de atención depende mas ya de la IPS de la red, es decir las demoras pueden endilgarse mas a los prestadores que a las EPS o en este caso a la Secretaria Departamental de Salud, aunque esta última si verifica que hay demoras en la atención tiene mecanismos para exigir a las instituciones contratadas, las acciones pertinentes para corregir esas falencias. Para el análisis de la información de este estudio, se tomó como referente para determinar los tiempos oportunos de atención, los establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular 056 de 2009, según este documento el tiempo de espera en consulta médica especializada de Medicina Interna debe ser máximo de 30 días, el tiempo de espera en consulta médica especializada de Ginecología debe ser máximo de 15 días, el tiempo de espera en

consulta médica especializada de Pediatría debe ser máximo de 5 días, el tiempo de espera en consulta médica especializada de Cirugía General debe ser máximo de 20 días, el tiempo de espera en consulta médica especializada de Obstetricia debe ser máximo de 5 días y en promedio entonces para estas especialidades básicas máximo de 15 días. Otra información nacional de referencia se encuentra en el observatorio de calidad del Ministerio de la Protección Social el cual recomienda hacer comparaciones con estándares históricos de cada institución. El Sistema de Información para la Calidad, a través de la Circular 30 de 2006 contempla los Indicadores de Calidad que son de obligatorio reporte por IPS y entre ellos se encuentran la oportunidad de cita con especialista. El mencionado documento instruye sobre la forma de creación del indicador y la periodicidad de reporte pero no fija estándares de referencia. Las EPS ha hecho un consenso basados en datos históricos y se ha fijado la oportunidad de cita con medico especialista en 15 días. Como ejemplo la EPS Salud Total publica en su pagina Web la siguiente información: “La oportunidad de cita, por consulta externa con especialista, es de 15 días como máximo ya que, generalmente, este tiempo es el adecuado para la espera de valoración por un especialista de consulta externa. En caso de haber necesidad de valoración de urgencia, no se realiza por consulta externa. Dependiendo de la patología y las condiciones clínicas de cada paciente si el Médico general considera manejo urgente será remitido a ese servicio.” Francisco Álvarez Heredia en su libro Instrumentos de Auditoría Médica 2008, propone como estándares de calidad la oportunidad de cita para especialidades básicas en 3 días hábiles y con las demás especialidades 5 días. Teniendo en cuenta todos los anteriores referentes se puede deducir que la oportunidad de cita con especialista gestionada por el CRAS a juzgar por el rango de días más frecuente de atención, no está alejada de los estándares comúnmente aceptados. A nivel nacional el estudio Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009 realizado por la defensoría del pueblo encontró a nivel nacional Oportunidad en citas con medicina especializada de 75.86 días. Este resultado se encuentra por encima de los topes establecidos por la Supersalud y al compararlo con los resultados obtenidos en esta investigación, el CRAS tendría mucha mejor oportunidad para cita con especialista que el promedio nacional.

Con relación al tiempo de autorización de medicamentos, se encontró que a la mayoría de usuarios se les autorizaron sus medicamentos en un plazo de 0 a 2 días con una razón de 4 a 1 con respecto a los otros rangos y una media 2.86. También se encontró que el mayor porcentaje de usuarios recibieron sus medicamentos en un plazo máximo de 2 días (57.1%), y sólo el 5.7% de ellos debió esperar más de un mes para la entrega respectiva. La media obtenida fue de 6.9. A este respecto la Resolución 1403 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, en su artículo 4º numeral 10, establece la obligación que tienen estos servicios de suministrar los medicamentos con la debida oportunidad, además del suministro de la información que se requiera. Según este documento El servicio farmacéutico garantizará la distribución y/o dispensación de la totalidad de los medicamentos prescritos por el facultativo, al momento del recibo de la solicitud es decir con una oportunidad de 1. Además a los usuarios mayores de 62 años, según la Ley 1171 de 2007, la EPS les debe entregar de inmediato los medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, en su defecto, la EPS tienen un plazo para enviárselo a su domicilio dentro de las 72 horas siguientes, salvo si es de extrema urgencia en el momento de la solicitud por parte del usuario, situación en la cual la entrega debe ser en el menor tiempo posible. Al comparar con estos referentes, la gestión de entrega de medicamentos por parte del CRAS presenta un retraso evidente. Como atenuante se debe tener en cuenta que como el CRAS gestiona servicios principalmente al régimen subsidiado, de este régimen solo podría gestionar medicamentos no POS, que generalmente son de costo elevado, de menor producción por parte de los laboratorios y en algunos casos incluso, de difícil trámite de importación, por lo que su dispensación sería más difícil. Además luego del proceso de autorización, la dispensación está a cargo de terceros por lo que la oportunidad depende en buena medida de estas empresas. No obstante la responsabilidad no puede trasladarse, ya que la secretaría debe tomar medidas de auditoría y corrección si detecta fallas en la prestación de servicios ofrecidos por su red.

En el estudio encontramos que al 82.9% de los usuarios se les entregó sus medicamentos en su totalidad y de ellos al 58.6% se les entregó en el mismo día. Al 14.3% de la población, los medicamentos se entregaron parcialmente y en ninguno de los casos se dejaron de entregar. En el referente nacional: Estudio Evaluación de los

Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009 realizado por la defensoría del pueblo se encontraron los siguientes resultados teniendo en cuenta la forma como se entregaron los medicamentos: El 85.7% de los usuarios manifestó que recibió en su totalidad la fórmula completa de medicamentos y de ellos el 77.8% en el mismo día. Igualmente, el 22.1% indicó que dicha entrega fue parcial o que nunca se los entregaron. Hay similitud entonces entre los datos obtenidos en el presente estudio y los encontrados en las EPS a nivel nacional en lo referente a la forma como se entregaron los medicamentos.

El 60% de los usuarios califican como buena la ubicación del sitio de entrega de los medicamentos y solo el 5.7% de los usuarios la califican como malo. El antes referenciado estudio sobre evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud en las calificaciones del componente de acceso a los servicios según variables en cuanto al lugar de entrega de medicamentos se calificó como buena en el régimen contributivo 88.63% y 85.9% en el régimen subsidiado. En este sentido la calificación del sitio de entrega de medicamentos (Accesibilidad) obtenida en el presente estudio está por debajo del referente nacional. Como causa se puede inferir que las tres empresas adscritas a la red de la Secretaría departamental del Cauca y que dispensan medicamentos se encuentra dispersas en la ciudad y además alejadas de la central de autorizaciones.

## **8. Conclusiones**

- El perfil sociodemográfico de la población que utiliza los servicios del CRAS corresponde a un adulto medio, de sexo femenino, procedente de la zona central y rural del departamento. Con estudios primarios, clasificado en el nivel I del SISBEN y que con afiliación al régimen subsidiado.

- La utilización de la tutela como una herramienta para acceder a la atención requerida tras la irresolutividad del CRAS se dio en el 13,4% del total. Las razones del no uso de esta vía legal se asocian a factores de accesibilidad geográfica, bajo nivel socioeconómico y de escolaridad. En otro aspecto, solo el 16,4% de los encuestados recibió información completa con respecto a sus deberes y derechos, similar falencia se presentó en la información sobre la red de prestadores contratada por la secretaría, ubicándose ambos ítems por debajo del mínimo aceptable. Se hace necesario el seguimiento a estos parámetros, de acuerdo a los lineamientos de la Corte Constitucional.

- Una posible causa de insatisfacción se presentó en la dificultad para la libre escogencia del medico especialista, situación acaecida en el 82% de la población. Este resultado está directamente relacionado con la falta de información de este derecho, y por lo tanto representa una falla grave en la prestación de una atención con calidad.

- Los usuarios fueron atendidos por el médico especialista con una oportunidad media de 32,97 días, resultado que se encuentra por encima del valor de oportunidad a nivel nacional aceptado, según el referente nacional contenido en la Circular 056 de 2009 y según la Encuesta de Satisfacción realizada a las EPS, en el 2009. Esto representa causal posible de insatisfacción.

- La entrega de medicamentos presenta retraso al compararlo con los referentes de la norma nacional; Resolución 1403 de 2007 del Ministerio de la Protección Social, según la cual la oportunidad debe ser lo más cercana a 1. En el presente estudio se obtuvo una media de 6.9. Este hecho sumado a la regular calificación dada por los usuarios al sitio de entrega de medicamentos constituyeron posible causa de insatisfacción.

## **9. Recomendaciones**

Para el desarrollo de las recomendaciones del presente estudio se tuvo en cuenta el Decreto 1011 de 2006 mediante el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del SGSSS. De dicho documento se usaron como referentes las características del SOGC para formular las siguientes recomendaciones:

### **Continuidad**

Se sugiere realizar seguimiento de todos los procesos realizados por el CRAS. La herramienta principal para este cometido lo constituye el reporte oportuno de los indicadores de calidad al Sistema de Información para la calidad. A través de este proceso que además es obligatorio se genera control de la calidad de los servicios, con el fin de que la Secretaría de Salud Departamental realice el monitoreo y ajuste del SOGC.

### **Oportunidad**

Es importante que la Secretaría de Salud Departamental del Cauca a través del CRAS, ajuste los tiempos para la entrega de ordenes de apoyo, de tal manera que estos se adapten de manera completa a los tiempos estipulados por la Resolución 3047 de 2008 del Ministerio de la Protección Social.

### **Pertinencia**

Es de vital importancia que los funcionarios del CRAS, se ajusten a un perfil profesional óptimo para el desarrollo de sus funciones, además de que reciban capacitaciones de manera periódica, con el fin de generar información veraz a los usuarios agilizando los trámites administrativos, evitando errores en el diligenciamiento de las ordenes de apoyo, y por ende propendiendo por la disminución de la tramitología y evitando de esta manera barreras en el acceso a la atención de salud.

### **Accesibilidad**

Es necesario que se generen mecanismos para mejorar las dificultades en el acceso geográfico y cultural a los servicios, para ello es necesario diseñar estrategias de atención al usuario teniendo en cuenta los problemas de acceso geográfico de los

municipios del Cauca, y de acuerdo a lo anterior, se plantea ampliar los horarios de atención para la entrega de ordenes de apoyo y de medicamentos además de la utilización de la tecnología disponible en el Secretaria de Salud Departamental, con el fin de evitar el desplazamiento de muchos usuarios en algunos casos puntuales. En el aspecto cultural se sugiere la utilización de traductores para los casos de comunidades indígenas que manejan otros dialectos.

### **Seguridad**

Aunque el parámetro de seguridad según el decreto 1011 de 2006, esta enfocado hacia la minimización de eventos adversos en salud, a través del presente estudio es posible relacionar la seguridad con la disminución de dificultades o incidentes en los procesos administrativos de salud. Para lo anterior es de vital importancia que la Secretaria de Salud Departamental, establezca un plan que permita el mejoramiento de la información que se imparte a los usuarios, facilitando la continuidad de esta y generando datos veraces claros y actualizados a los usuarios y haciendo una mayor claridad en lo que corresponde a los deberes y derechos, así como en la red de servicios que se tiene contratada.

### Referencias bibliográficas

- Álvarez, F. (2009). *Instrumentos de auditoria Médica*. Bogotá, Colombia: Ecoe Ediciones Ltda.
- Avance Total Barrido Sisbén III - Corte febrero de 2011*. Recuperado de <http://sisben.gov.co>
- Caprecom. *Mecanismos de acceso en salud*. Caprecom. Recuperado de <http://www.caprecom.gov.co>
- Colombia. Congreso de la República. (19 de enero, 2011) *Ley 1438*. Bogotá D.C.
- Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (29 de mayo, 2009). *Acuerdo 415*. Bogotá D.C. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co>
- Colombia. Corte Constitucional (31 de julio, 2008). *Sentencia T- 760*. Bogotá D.C. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co>
- Colombia. Ministerio de la Protección Social (14 de Agosto, 2009). *Resolución 1817*. Bogotá D.C. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co>
- Colombia. Ministerio de la Protección Social (14 de Mayo, 2007). *Resolución 1403*. Bogotá D.C. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co>
- Colombia. Ministerio de la Protección Social (3 de abril, 2007). *Decreto 1011*. Bogotá D.C. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co>
- Colombia. Ministerio de la Protección Social (7 de diciembre, 2007). *Decreto 4747*. Bogotá D.C. Recuperad <http://www.minsalud.gov.co>
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. (14 de Agosto, 2008). *Resolución 1403*. Bogotá D.C. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co>
- Colombia. Ministerio de la protección social. (8 de mayo, 2006) Resolución 1446. Bogotá D.C. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co>
- Colombia. Superintendencia Nacional de Salud (19 de mayo, 2006). *Circular 030*. Bogotá D.C. Recuperado de <http://www.supersalud.gov.co>
- Colombia. Superintendencia Nacional de Salud (6 de octubre, 2009). Circular 056. Bogotá D.C. Recuperado de <http://www.supersalud.gov.co>

- Correa, N. O. (2010). *Diseño de un instrumento para la evaluación de la percepción de la calidad de la atención en la consulta de homeopatía en la ciudad de Bogotá*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia
- DANE. (2005). *Censo general 2005 Perfil Cauca*. Bogotá, Colombia
- DANE. (2010). *Proyecciones nacionales y departamentales de población 2005 -2020*. Bogotá, Colombia.
- Departamento Nacional de Planeación. (2003). *Resultados de la encuesta de evaluación del Sisbén a nivel municipal*. Bogotá, Colombia
- Departamento Nacional de Planeación. *Dirección de Desarrollo Social*. Recuperado de <http://www.dnp.gov.co>
- Gobernación del Cauca. *Municipios*. Rcuperado de <http://www.cauca.gov.co/>
- Llinás, A. (2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. *Revista Salud Uninorte*. Barranquilla. Volumen 26
- Lopez, E. & Findling, L. (abril, 2006). Desigualdades en salud: ¿Es diferente la percepción de morbilidad de hombres y mujeres? *Revista Salud Colectiva*. México. Volumen 2
- Pérez, V.A. (2005). Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud. Defensoría del Pueblo. Bogotá, Colombia
- Pérez, V.A. (2007). *La tutela y el derecho a la salud 2003-2005*. Bogotá, Colombia: Defensoría del Pueblo
- Pérez, V.A. (2009). *Evaluación de los servicios de salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud*. Bogotá, Colombia: Defensoría del Pueblo
- Ramírez, T. & Aguilar, P. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en Mexico: perspectiva de los usuarios. *Revista de Salud Publica de Mexico*. Volumen 40.
- Secretaría de Salud del Cauca. CRAS. Recuperado de <http://www.saludcauca.gov.co>
- Velandia, F. (noviembre, 2001). Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia. *Revista Gerencia y políticas de salud*. Bogotá Volumen 1