



ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS EPS



Objeto contractual: revisar y ajustar el diseño técnico, realizar el levantamiento en campo, la validación y la tabulación de los resultados de la Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS, por parte de los usuarios, en el régimen contributivo y subsidiado”

INFORME FINAL

CONTRATO DE CONSULTORÍA N° 405 DE 2.016

Ministerio de Salud y Protección Social – Oficina de Calidad

Bogotá, D.C. Diciembre 31 de 2.016

ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS EPS

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL EQUIPO TÉCNICO DE LA OFICINA DE CALIDAD

Wilman Carlos Bonett Molina

Supervisor del proyecto

María Lucía Grueso Angulo

Camilo Andrés Matajira Gaitán

Eric Barney Iglesias

EQUIPO TÉCNICO PROYECTAMOS SAS

DIRECCIÓN GENERAL

Edgar Rodríguez Ospina

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Coordinador General: Andrés Mauricio Mendoza

Coordinador Nacional: Luis Gabriel Bohórquez Sánchez

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Edgar Rodríguez Ospina

Martha Elena Romero Urrego

Edwin Mauricio Parra Rodríguez

Juliana Moreno Bustamante

DISEÑO DE MUESTRA

Julián Andrés Yaya Bravo

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	10
2. ANTECEDENTES	12
3. MARCO CONCEPTUAL.....	15
3.1. Evaluación de la calidad.....	15
3.2. Percepción de la calidad de la atención en salud, relacionadas con las cualidades a la experiencia de atención.....	18
3.3. Atributos de la calidad relacionados con la experiencia de atención del usuario.....	19
4. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	24
4.1. Población y muestra	24
4.1.1. Población Objeto de estudio.....	24
4.1.2. Tipo de muestra y tamaño.....	24
4.1.3. Precisión de la muestra	26
4.1.4. Definición y descripción del marco de muestreo que se utilizó para la selección de la muestra.....	26
4.2. Procedimientos para la recolección de datos	27
4.2.1. Prueba Piloto	27
4.2.2. Estructura y diligenciamiento del formulario	28
4.3. Tratamiento de la información	28
4.4. Cálculo de indicadores	29
5. RESULTADOS	30
5.1. PERFIL DEL USUARIO.....	30

5.1.1. Características Demográficas	31
5.2. ACCESO	41
5.2.1. Indicador global de percepción de facilidad de acceso a los servicios de salud.....	42
5.2.2. Indicadores de restricción de servicios de salud	44
5.2.3. Accesibilidad	45
5.2.4. Formas de acceder a los servicios	54
5.2.5. Servicio de urgencias	59
5.2.6. Medicamentos	61
5.2.7. Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ..	66
5.2.8. Barreras de acceso	70
5.2.9. Agendamiento	73
5.2.10. Tutelas para acceder a los servicios	78
5.3. OPORTUNIDAD	81
5.3.1. Percepción de espera y tiempos de espera	86
5.3.2. Autorizaciones.....	89
5.4. TRATO	92
5.4.1. Proporción de personas que percibieron buen trato por parte del personal médico y no médico.....	92
5.4.2. Información adecuada (útil) y suficiente	98
5.5. EFECTIVIDAD GLOBAL PERCIBIDA	103
5.5.1. Proporción de usuarios que percibieron que la atención recibida fue efectiva en la resolución de la necesidad que tenían cuando ingresaron a la entidad.....	103
5.6. SATISFACCIÓN	105
5.6.1. Satisfacción global.....	106

5.6.2. Satisfacción para cada servicio	109
5.6.3. Indicadores de quejas de los usuarios	112
5.7. EVALUACIÓN DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL SERVICIO.	117
5.7.1. Cálculo Indicador Importancia	118
5.7.2. Cálculo Indicador de Satisfacción.....	118
5.7.3. Puntos de corte que delimitan los cuadrantes.....	118
5.8. LEALTAD A LA EPS.....	128
5.8.1. Proporción de usuarios de la EPS que manifiestan estarían dispuestos a recomendarla y a mantenerse en ella	128
5.9. CORRESPONSABILIDAD DEL USUARIO	134
5.11. PROTECCIÓN FINANCIERA.....	136
6. SECTOR RURAL	138
6.1. Uso de tecnologías de la información y las comunicaciones.....	140
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	141
7.1. CONCLUSIONES.....	141
7.2. RECOMENDACIONES	144

Índice de Tablas

<i>Tabla 1. Distribución Grupo de edad por Sexo.....</i>	<i>33</i>
Tabla 2. Indicador Facilidad Acceso a servicios de salud a través de su EPS por Régimen y Percepción de salud.....	44
Tabla 3. Motivos de Negación de Servicio por Régimen.....	45
Tabla 4. Indicador Información de derechos y deberes por Tipo de afiliado.	48
Tabla 5. Indicadores de Información sobre carta de derechos y deberes, y red de servicios por Zona	49
Tabla 6. Indicadores de Información sobre carta de derechos y deberes, y red de servicios por Nivel de educación	50
Tabla 7. Indicadores de ACCESO A LOS SERVICIOS por Régimen	52
Tabla 8. Forma de solicitud de citas por zona.	55
Tabla 9. Forma de solicitud de citas por estado de salud	57
Tabla 10. Forma de solicitud de citas por Motivo de escogencia del canal para la solicitud de citas.....	58
Tabla 11. Motivos de Urgencias por Régimen.....	61
Tabla 12. Forma de Entrega de medicamentos por Régimen y Zona	64
Tabla 13. Forma de Entrega de medicamentos por Estado de salud.....	65
Tabla 14. Servicios de prevención de salud brindados por EPS por Régimen	68
Tabla 15. Utilización programas de prevención de salud por Régimen y Zona.....	69
Tabla 16. Indicadores sobre Trámite de autorizaciones Y SU FACILIDAD por características del usuario.....	71
Tabla 17. Indicadores sobre Información de no agenda por características del usuario	74
Tabla 18. Información de no agenda por Régimen	76
Tabla 19. Mecanismos extremos para acceder a los servicios	79
Tabla 20. Favorabilidad de la Tutela por Régimen.....	79
Tabla 21. Indicadores de OPORTUNIDAD A LOS SERVICIOS por Régimen	84
Tabla 22. Promedio de días de espera por tipo de servicio según régimen	87
Tabla 23. Calificación Global de información por régimen	100
Tabla 24. Conocimiento de la información por régimen y Zona	101

Tabla 25. Indicadores sobre Utilización de la información por características del usuario	101
Tabla 26. Percepción efectividad por Tipo de afiliado	104
Tabla 27. Experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS por características de usuario.....	107
Tabla 28. Satisfacción servicios de salud 2.014-2.016.....	111
Tabla 29. Número de cuadrante en mapa de fortalezas y debilidades por EPS, Departamento, Régimen, Zona y variables Socio – demográficas.....	¡Error!
Marcador no definido.	
Tabla 30. Sugerencias de mejora de los usuarios sobre los servicios por Régimen.	130

Índice de Gráficas

Gráfica 1. Distribución por Grupo Etario.....	32
Gráfica 2. Distribución por Grupo étnico	34
Gráfica 3. Distribución por Nivel educativo.....	35
Gráfica 4. Distribución Nivel educativo por Grupo etario	35
Gráfica 5. Distribución Nivel educativo por Sexo.....	36
Gráfica 6. Distribución Nivel educativo por Estrato socioeconómico.....	37
Gráfica 7. Distribución Ocupación por Sexo.....	38
Gráfica 8. Distribución Tipo de afiliado por Sexo.....	39
Gráfica 9. Distribución Tipo de afiliado por Grupo etario	40
Gráfica 10. Acceso global a servicios de salud por Régimen.....	43
Gráfica 11. Indicador Facilidad de Acceso a servicios de EPS por categoría de municipio	44
Gráfica 12. Calificación a la Información de derechos y deberes entregada por la EPS por Régimen.....	50
Gráfica 13. Forma de solicitud de citas por régimen	55
Gráfica 14. Evolución de solicitud de citas de manera presencial.....	56
Gráfica 15. Forma de Entrega de medicamentos.....	63
Gráfica 16. Motivos de Queja o Derecho de Petición por Régimen	115
Gráfica 17. Oportunidad en Autorizaciones por Grupo étnico	90
Gráfica 18. Oportunidad en Autorizaciones según percepción de salud	90
Gráfica 19. Indicadores sobre el trato a los usuarios por Régimen	93
Gráfica 20. Indicadores sobre el trato a los usuarios por Zona	93
Gráfica 21. Indicadores sobre el trato a los usuarios por percepción de salud	94
Gráfica 22. Indicadores sobre el trato a los usuarios por Grupo étnico.....	95
Gráfica 23. Indicadores sobre mejoras a su EPS por Tipo de Afiliado	96
Gráfica 24. Indicadores sobre mejoras a su EPS por Grupo étnico	96
Gráfica 25. Indicadores sobre posibilidad de escogencia por Régimen	97
Gráfica 26. Indicadores sobre posibilidad de escogencia por Estrato socioeconómico.....	97
Gráfica 27. Indicador de Satisfacción con los servicios de salud por régimen	110

Gráfica 28. Consideración de Queja o derecho de petición por Régimen.....	113
Gráfica 29. Interposición de Queja o derecho de petición por Régimen	114
Gráfica 30. Resultado del mapa nacional sobre importancia vs satisfacción con cada factor.....	¡Error! Marcador no definido.
Gráfica 31. Indicadores sobre CONFIANZA - RECOMENDACIÓN afiliarse a su EPS por Régimen.....	128
Gráfica 32. Indicadores sobre CONFIANZA - RECOMENDACIÓN afiliarse a su EPS por Zona.....	129
Gráfica 33. Deseo de cambiarse de EPS por Régimen	132
Gráfica 34. Indicadores sobre utilización de recursos propios por características del usuario por Régimen	136
Gráfica 35. Indicadores sobre utilización de recursos propios por características del usuario por Estrato	137

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo principal del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia es generar las condiciones que protejan la salud de sus habitantes. Para esto, es necesario contar con un servicio que tenga calidad, pertinencia y oportunidad. En relación a ello, el país cuenta con el Sistema de Información para la Calidad (SIC), el cual permite realizar el seguimiento y evaluación a la gestión de la calidad de la atención en salud, en el marco del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC). El SIC, dentro de sus componentes, considera indicadores cuyo origen es la “Experiencia del usuario” y ofrece la información a los usuarios para elegir libremente a sus proveedores en salud teniendo en cuenta la calidad de los servicios; de manera que estos puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

La Encuesta de Evaluación de los Servicios de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), que anualmente realiza el Ministerio de Salud, indaga la manera en que los usuarios perciben la EPS a la cual están afiliados., ya sea en el régimen contributivo o subsidiado. Ofrece parte de los insumos para la referenciación por calidad entre los diferentes actores del sistema, y se ha consolidado como la herramienta que permite la elaboración del Ranking de EPS. Con él, los usuarios pueden tener mejor información para elegir su Administradora de Planes de Beneficios (EAPB). Finalmente, la encuesta es parte del proceso de consolidación de un sistema de seguimiento periódico de la percepción de los usuarios con respecto a la EPS en la que se encuentran afiliados.

Como lo establece la Resolución 256 de 2.016 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social:

El objetivo general de esta encuesta es conocer la percepción de la calidad que tienen los ciudadanos desde la perspectiva de su experiencia en el uso de los servicios que ofrece la EPS a la cual están afiliados. Se espera que provea

conocimiento para el mejoramiento de la calidad en salud, información para desarrollar estrategias que permitan mejorar el desempeño de las EPS. (Resolución 256 de 2.016).

Para su realización, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) entregó una versión inicial que fue desarrollada, con algunos ajustes, por la firma ejecutora.

Para la presentación de los resultados, la información se organizó de acuerdo a siete capítulos. El primero sobre las características demográficas de los usuarios de las EPS en los últimos seis meses. A continuación, seis capítulos sobre las diferentes dimensiones y atributos de la percepción de calidad de EPS: Acceso, oportunidad, buen trato e información, efectividad, satisfacción global y corresponsabilidad del usuario. Finalmente, se incluye un capítulo de conclusiones y recomendaciones finales.

Este informe pretende ser una herramienta que promueva el mejoramiento continuo de la calidad en salud y ofrezca información útil al servicio de la toma de decisiones a nivel gerencial. El documento presenta de manera resumida la metodología estadística utilizada en el diseño de la encuesta, los hallazgos principales comparando cuando fue posible con resultados anteriores, y la presentación de las conclusiones y recomendaciones para la discusión.

2. ANTECEDENTES

Son varios los esfuerzos que ha realizado Colombia para medir la percepción global que tienen los usuarios de la atención en salud. Por una parte, se tiene información suministrada por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y por otra parte, se encuentra esta medición de percepción global de satisfacción que se realiza de manera directa a los usuarios. Las IPS reportaron un 87% de satisfacción entre 2.006 y 2.009. Referencia Informe INCAS 2.009

En los años 2.006 y 2.008 se realizó otra medición de la percepción global de satisfacción, en este caso con la aplicación de la encuesta PECASUSS. En ella la información proviene de una muestra de 48 IPS públicas y muestra que los usuarios calificaron el grado de satisfacción en cada año respectivo (satisfecho y muy satisfecho) con un 79% y 85 % respectivamente. No se encontraron diferencias por régimen.

Respecto a la satisfacción global que perciben los usuarios frente a su EPS, éstas reportaron en el período 2.006 - 2.009 un índice general de 81%. En este caso sí se encontró diferencia por régimen, si era del régimen subsidiado la satisfacción se incrementaba hasta el 89%. La tendencia de los valores de satisfacción en IPS y EAPB se mantuvo estable en el periodo evaluado.

Otro antecedente es el estudio realizado por la Defensoría del Pueblo en el año 2005. Mostró una proporción de satisfacción global con las EAPB del 84%, con contributivo en un nivel de 83% y subsidiado en 87%.

Indicadores sobre la valoración final que hacen los usuarios sobre la EPS a la que están afiliados se manifiesta tanto en su intención de considerar su traslado como en los traslados efectivos realizados. Con relación a este último, existe información sobre el total de afiliados, que deben reportar las EPS al sistema de información para la calidad del MSPS. Esta información será contrastada en el capítulo de resultados.

En los años 2.014 y 2.015, se realizaron las Encuestas de evaluación de los servicios de las EPS con una metodología parecida a la del 2.016. La Encuesta del 2.014 se realizó en una muestra de 85 municipios de 32 departamentos y el Distrito Capital. Fue diseñada para representar la población mayor de 18 años que ha utilizado por lo menos uno de los servicios de las EPS en los últimos seis meses. En el informe los investigadores manifiestan que estos resultados no son comparables con los estudios realizados por el Ministerio en los años anteriores pues en esta ocasión, a diferencia de las anteriores, se hace una medición de satisfacción general que no se había previsto en las mediciones anteriores, y de otra parte el plan de muestreo utilizado fue diferente.

En el año 2.015, la firma encuestadora manifestó que para la comparación de los datos entre 2.014 y 2.015, era necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones que hacen que no se pueda realizar una comparación estricta: El universo de estudio fue ampliado para el 2.015, con la inclusión de los menores de edad que no fueron evaluados en 2.014; se realizó un diseño de muestra que permite analizar resultado a nivel la variable Departamento, la cual en 2.014 no podía ser analizada; la encuesta se realizó en 73 municipios de 32 departamentos y el Distrito Capital. Finalmente afirman que los servicios de salud, así como las comunicaciones de las EPS dependen de la cantidad de usuarios que hayan hecho uso de las mismas.

Las tres encuestas tienen muy buen tamaño de muestra a nivel Nacional. Sin embargo, existen algunos cambios en el diseño de la muestra y en la población objeto, que pueden complicar las comparaciones. La encuesta 2.016 abarca toda la población, mientras que en el 2.014 estaba dirigida a mayores de 18 años. Los tamaños de muestra fueron los siguientes: 20.361 encuestas efectivas en 2.014, 29.761 encuestas efectivas en 2.015 y 26.502 encuestas efectivas en 2.016. No se sabe finalmente como se manejaron los factores de ponderación de las muestras en el 2.014 y 2.015, lo cierto es que hay diferencias en algunos indicadores, cuando se presentan los datos del 2.014 en forma independiente y luego cuando se hacen comparaciones. También hay algunas diferencias con los datos del

informe INCAS del 2.015; es posible que las diferencias que se presentan se deban a cambios en la metodología de los pesos de ponderación.

Por ejemplo, en el año 2.014, el 75% considera el servicio de medicina que utilizó a través de su EPS como bueno o muy bueno, siendo 71% en el régimen contributivo y 79% en el subsidiado. En cuanto a los tiempos de espera, van principalmente de menos de 1 día (30% para el régimen contributivo y 43% para el subsidiado) y entre 1 y tres días (29% para el régimen contributivo y 22% para el subsidiado).

Para el 2.015, en términos generales, no hay mayor variación. La población evalúa muy bien los servicios que reciben de su EPS. De acuerdo con los resultados, el 70% considera el servicio de medicina general que utilizó a través de su EPS como bueno o muy bueno, siendo 71% en el Régimen Contributivo y 79% en el subsidiado. Para el 2.015, en las conclusiones del informe aparece 70%; sin embargo, consultando las tablas de resultados la cifra correcta es que el 74% considera el servicio de medicina que utilizó a través de su EPS como bueno o muy bueno. Es decir, una diferencia de 1%; El régimen contributivo se mantuvo en 71% y el subsidiado bajo al 77%. ¿Cómo explicar un descenso del 79% al 77%? Las diferencias no son importantes, aunque estadísticamente son significativas, con tamaños de muestra grandes estos dos puntos en el porcentaje seguro lo son. ¿Se debe al cambio en el plan de muestreo o son verdaderos cambios? ¿Qué ocurrió en las EPS del régimen subsidiado para que impactara la percepción en esos porcentajes?

A lo largo del informe se hacen comparaciones de los indicadores globales más utilizados por el MSP con los datos publicados de las encuestas de 2.014 y 2.015. Sin embargo, esto se hace como referencia, pues las diferencias metodológicas impiden explicar cambios menores en estos indicadores.

3. MARCO CONCEPTUAL

Este estudio se enmarca dentro del SIC en sus distintas dimensiones y tomo como definición de calidad: "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" (Ministerio de la Protección Social, Decreto 1011 de 2006).

El mencionado concepto de calidad incorpora los atributos de los servicios producidos por los sistemas de salud: Acceso, equidad y eficiencia y se une a los atributos que son inherentes a las cualidades de los productos y servicios de salud que genera el sistema, como son la efectividad, seguridad y satisfacción. Estos dos conjuntos de atributos configuran el conjunto completo de dimensiones que permiten hacer una aproximación a la definición de calidad. De otra parte, dentro de las políticas del *Ministerio de Salud y Protección Social* está la garantía del cumplimiento de las condiciones de calidad por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS). La integralidad y continuidad en la prestación de los servicios, así como los resultados en términos de desempeño de la atención, son prioridad para el Ministerio. Por lo anterior, y en cumplimiento a lo ordenado por el artículo 111 de la Ley 1438 de 2011, es responsabilidad del Ministerio desarrollar un Sistema de Evaluación y Calificación de los actores (SEA), con el propósito de dar a conocer públicamente la información relacionada con la calidad en la atención en salud y la satisfacción del usuario frente a estos actores del SGSSS y de manera particular, en este caso, con las EPS.

3.1. Evaluación de la calidad

Como se establece en la Resolución 256 de 2.016, el desempeño del Sistema de Salud es el resultado de tres dimensiones: Calidad de la atención, acceso y costo.

Dentro de la primera se encuentran a su vez la efectividad, la seguridad y gestión del riesgo y la experiencia de la atención. El presente estudio responde particularmente a esta última. Es por esto que se dirige a todos los usuarios del sistema de salud e indaga sobre los distintos atributos que tiene esta atención y su calificación a ellos.

Entonces, el foco de interés en la evaluación de la calidad se debe concentrar en la función del sistema de salud de prestación de servicios de atención en salud, que opera en la interacción entre las personas y poblaciones y los proveedores de atenciones en salud. Las interacciones en las que intervienen las EPS con poblaciones y prestadores, son consideradas en la medida en que estos entes articuladores comparten la responsabilidad sobre los resultados de la atención en salud.

Es importante recordar, que las EPS, (Entidades Promotoras de Salud) son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio (POS) a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el Título III de la Ley 100/93. Son una parte de las EAPB.

Las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud) son las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.

La percepción de la calidad del servicio de salud que recibió el usuario, es una percepción como función psíquica que permite al organismo recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno durante la experiencia de atención que contrastada con las expectativas preliminares y forma una valoración o percepción final de la experiencia durante la provisión del servicio.

La experiencia en la atención se crea a partir de un momento anterior a la interacción con el sistema que es contrastado con la atención recibida, como lo describe el siguiente diagrama. En un primer momento, el usuario se forma una expectativa a partir de su perfil de necesidades de salud, sus experiencias previas en esta atención, y el conocimiento y experiencias previas frente al servicio. Esta expectativa es comparada con las cualidades de atención observadas durante la interacción, dando paso a una percepción que realiza el usuario sobre esta experiencia.

Ilustración 1. Momentos en el desarrollo de la percepción de la calidad.
Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia

Ahora bien, la percepción final probablemente no sea una sola valoración. El usuario puede formarse un criterio global o integral de dicha experiencia, así como elaborar valoraciones frente a diferentes aspectos de sus expectativas y de la atención. Por ello, en el mapa conceptual, se presentan las percepciones agrupadas en percepciones globales. Estas categorías son: La percepción final acerca de la efectividad ¿Cómo califica la solución que le dio la EPS a la necesidad de Salud por la cual usted consultó la última vez?, la percepción de la satisfacción global ¿Pensando en los últimos 6 meses, ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS?; percepción global sobre la facilidad de acceso; por ejemplo, usted considera que acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue....

Algunos de los determinantes previos de la experiencia de atención que forman las expectativas de los usuarios son: el problema que el usuario requiere resolver es decir el tipo de necesidad; está sano y necesita mantenerse bien y estar mejor; está enfermo y necesita recuperarse; está discapacitado o con enfermedad crónica y necesita sentirse bien y evitar complicaciones; está en el momento final de la vida y necesita cuidado y apoyo frente al dolor y la muerte. De otra parte, la experiencia previa, que el usuario ha tenido con la EPS; la experiencia previa, que el usuario ha tenido con otras EPS; lo que otras personas le "han contado" sobre la EPS; y lo que la EPS le ha comunicado al usuario.

3.2. Percepción de la calidad de la atención en salud, relacionadas con las cualidades a la experiencia de atención

Una definición de la experiencia de atención de los usuarios, la ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 en la que señala "las formas de respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de la gente, no

sólo se expresa en términos de resultados en salud, sino en relación con aspectos como la satisfacción de las expectativas con respecto al trato que debería recibir; incluso en relación con las atenciones de salud pública (control de vectores, etc.)". Al respecto, la OMS hace una distinción entre dos perfiles de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud: Por un lado, están los elementos relacionados con el respeto a las personas, elementos en juzgados por el usuario. Por otro lado, están los elementos más objetivos relacionados con la garantía en que el sistema resuelve ciertas inquietudes expresadas por los usuarios y sus familiares en calidad de clientes del sistema de salud.

El respeto a las personas abarca lo siguiente: No humillar ni degradar a los usuarios, brindar una atención oportuna, es decir, una atención inmediata en situaciones de urgencia y espera razonable en casos que no sean de urgencia. Comodidades de calidad observada, como limpieza y espacio; Acceso a redes de apoyo social como familiares y amigos, para las personas atendidas y finalmente la selección del proveedor, enfocado a la libertad para determinar la persona u organización que proporcionará la atención.

La experiencia de atención brindada a los usuarios tiene una serie de características o cualidades como: Acceso, oportunidad, efectividad, información, trato digno y respetuoso, elementos tangibles, satisfacción y adherencia.

3.3. Atributos de la calidad relacionados con la experiencia de atención del usuario

El concepto de calidad considerado aquí incorpora, entonces, los atributos de los servicios producidos por los sistemas de salud: Acceso, equidad y eficiencia y se une a los atributos que son inherentes a las cualidades de los productos y servicios de salud que genera el sistema, como son la efectividad, seguridad y satisfacción; configurando el conjunto completo de dimensiones que permiten hacer una aproximación a la definición de calidad. Algunos conceptos que se

tuvieron en cuenta para la medición y análisis de esta evaluación de servicios de las EPS, cuya justificación aparece de manera amplia en el informe INCAS del 2.009, Decreto 1011 de 2006 y Resolución 256 de 2.016, fueron los siguientes:

Ilustración 2. Atributos de la calidad relacionados con la experiencia de atención del usuario.



Fuente: Elaboración propia

Capacidad de respuesta: Capacidad del sistema de salud para satisfacer las expectativas de atención. Sinónimo de "paciente - centrismo" o sistema "centrado en el paciente". Percepción global de capacidad en lograr resolver problemas a los usuarios. Condiciones con las que la EPS, logra generar una experiencia de atención trascendente para el usuario, donde se advierte su vocación por trabajar de forma eficiente, segura y con foco en el usuario.

Esta respuesta se integra por los siguientes atributos:

Acceso (accesibilidad) percibido: El usuario puede acceder a los servicios de una manera simple y rápida y sentir que la EPS desea sinceramente prestarle servicios, ayudar y solucionarle problemas. Es la percepción que tiene el usuario, sobre la capacidad de la EPS para permitir y facilitar los mecanismos necesarios para que los usuarios lleguen y puedan utilizar los servicios. La accesibilidad se define como

la facilidad de obtener un servicio, en lugares accesibles, sin retardo en filas y en horas convenientes.

Oportunidad percibida: Grado de percepción sobre el tiempo de espera para la atención. Percepción del usuario de que la EPS debe estar dispuesta para cumplir la promesa de valor con el tiempo de los usuarios y con el acceso expedito.

Trato digno y respeto: Es la percepción de que la EPS debe estar dispuesta a lograr empatía con el usuario incluido el buen trato y respeto. El usuario pueda recibir un trato digno y respetuoso y tener una comunicación e interacción personal positiva con los empleados y el personal asistencial de la EPS o de su red de servicios.

Tangibles del servicio: La EPS debe contar con una buena disposición física y amena que garanticen una experiencia de atención que le genere bienestar al usuario. Infraestructura física, equipos, personal y materiales de comunicación, deben tener un grado adecuado de calidad.

Evaluación global satisfacción: Es la percepción global de cumplimiento de satisfacción de necesidades y expectativas.

Valoración final adherencia: Percepción global de confianza en la EPS. Incluye la fidelidad y la lealtad.

Información – comunicación: La EPS debe estar dispuesta a suministrar la información necesaria para el usuario y su familia. Se espera que el servicio sea descrito de manera precisa y en términos fáciles de comprender por el consumidor.

Al final se obtiene un resultado *global de la atención*, cuando se comparan las expectativas que tiene el usuario con la experiencia vivida en la utilización de los servicios, obteniendo así una percepción de la *Satisfacción global de necesidades y expectativas*. El usuario esperaría que en su experiencia, la EPS tenga la disposición física y amenidades que garantizan una experiencia de

atención que le produzca bienestar, con trato amable y respetuoso; una percepción de que la parte "tangibile" de la EPS tenga un alto nivel de calidad, que proporcione un ambiente que genere una sensación agradable, y tenga un acceso fácil y rápido.

Para la interpretación y análisis de los atributos de Acceso y Oportunidad, en lo que se refiere a trámites con las autorizaciones y medicamentos, se tuvieron en cuenta las siguientes normativas.

Resolución 3951 de 2.016

Por la cual se establece el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC.

“Tiene por objeto establecer el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capacitación — UPC; fijar los requisitos, términos y condiciones para la presentación de recobros/cobros ante el Fondo de Solidaridad y Garantía — FOSYGA o quien haga sus veces y establecer el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro, cuando a ello hubiere lugar y dictar disposiciones relacionadas con las correspondientes acciones de control y seguimiento.”

Resolución 1604 de 2.013

Por la cual se reglamenta el artículo 131 del Decreto–ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

“Tiene como objeto establecer los lineamientos que se deben tener en cuenta para dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado cuando

este lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado. Se entiende que el plazo establecido de 48 horas comprende el tiempo transcurrido después que el afiliado reclama los medicamentos”

Resolución 1552 de 2.013

Por medio de la cual se reglamentan parcialmente los artículos 123 y 124 del Decreto-ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

4. ASPECTOS METODOLÓGICOS

4.1. Población y muestra

4.1.1. Población Objeto de estudio

La muestra se conformó por los habitantes de todo el territorio nacional, de las zonas urbanas y rurales de todas las regiones del país, pertenecientes a todos los niveles socio-económicos y de todas las edades, afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud que hayan usado los servicios de salud que les presta la EPS en los 6 meses previos a la aplicación de la encuesta. Se **excluyeron** los afiliados al régimen especial, los que actualmente tienen plan complementario, servicio de salud privado o medicina preparada.

4.1.2. Tipo de muestra y tamaño

La muestra utilizada en el presente estudio es probabilística, multietápica, estratificada y de conglomerados. Probabilística porque cada unidad de selección tuvo una probabilidad conocida diferente de cero; multietápica porque el proceso de selección se realizó en varias etapas; estratificada porque se clasificaron previamente a la selección, las diferentes unidades de muestreo y de conglomerados, porque en el proceso estratificación y de selección, se utilizan municipios y manzanas.

En la primera etapa se crearon tres estratos y de cada uno de ellos se seleccionaron los municipios. En el primer grupo las 32 capitales de departamento, que son de Inclusión forzosa; el segundo grupo formado por 106 municipios de

categoría 1 a 5 dada por DNP¹, se seleccionaron 23 municipios, con probabilidad proporcional al tamaño; y el tercer grupo, formado por 906 municipios de categoría 6 del cual se seleccionaron 40 municipios, también con probabilidad proporcional al tamaño.

Las variables que sirvieron para la estratificación de municipios, usando como información auxiliar fueron: Número de afiliados al régimen contributivo, residentes en zona urbana; número de afiliados al régimen subsidiado, residentes en zona urbana; número de afiliados al régimen contributivo, residentes en zona rural; número de afiliados al régimen subsidiado, residentes en zona rural; número de EPS con afiliados en el municipio; inverso de la distancia (en kilómetros) del municipio a la capital del departamento.

En la segunda etapa, dentro de cada municipio seleccionado (UPM), se seleccionaron las manzanas (USM), mediante un diseño proporcional a la cantidad de hogares, según censo 2005. En la tercera etapa: por cada manzana seleccionada, se listaron los inmuebles que están destinados a viviendas y se recorrió toda la manzana entrevistando todos los hogares. En cada uno de los hogares, se listaron a todos los miembros del hogar, se identificaron aquellos miembros objeto de estudio, y se seleccionó una persona a ser entrevistada de forma aleatoria (UTM). Si la persona seleccionada en esta tercera etapa era menor de edad, se solicitaba como informante de la encuesta a la persona mayor de edad que habitualmente acompaña al menor de edad a utilizar el servicio de salud de la EPS.

El tamaño final de muestra recolectada fue de **26.502** encuestas un **18%** más del tamaño fijado por el Ministerio de Salud. Para poder realizar la recolección y cumplir con las metas establecidas se requirió un total de **81.049** contactos de los cuales los rechazos fueron el 4%; encuestas incompletas 7%; no fueron

¹ Categorización municipal establecida en la Ley 617 del año 2.000

seleccionados por los filtros de aplicabilidad el 57% y las encuestas efectivas fueron el 33%

4.1.3. Precisión de la muestra

Para saber el nivel de precisión de los diferentes aspectos medidos en la encuesta, fue necesario calcular los errores de muestreo y los errores estándar relativos. La restitución de la muestra a la población objeto de estudio, se hizo utilizando un factor de ponderación para cada persona, este factor es el resultado del producto entre el inverso de la probabilidad de selección y un factor de ajuste poblacional.

4.1.4. Definición y descripción del marco de muestreo que se utilizó para la selección de la muestra.

Primera etapa: Para la selección de municipios: marco de lista de municipios del país, con la información de caracterización del municipio como: cantidad de afiliados, clasificación DNP, número de EPS con afiliados en el municipio, entre otras.

Segunda etapa: Para la selección de manzanas: marco de áreas de manzanas urbanas con base en la cartografía censal generada por el DANE para todo el territorio nacional, donde se describen los polígonos (sectores, secciones, manzanas) con la cantidad de viviendas, hogares y personas del censo general 2005. Se utilizó un listado de manzanas con la información poblacional correspondiente, con la codificación DANE de los polígonos a nivel de sector, sección y manzana. Para las áreas rurales, el marco de áreas fueron las manzanas urbanas en el caso de centros poblados de los municipios seleccionados.

Tercera etapa: Para la selección de personas: marco de lista de miembros en el hogar, con la información de caracterización de la población objeto de estudio. Este listado se identificó durante el proceso de recolección.

Año de actualización de la cartografía: la información se encontraba disponible para la vigencia 2012.

4.2. Procedimientos para la recolección de datos

Para realizar las entrevistas a las personas seleccionadas en cada hogar, se conformaron 9 Regiones cada una con un coordinador de campo; 20 grupos de trabajo cada uno dirigido por un supervisor. En total trabajaron 167 encuestadores, en su gran mayoría mujeres, todos con experiencia en la aplicación de encuestas y con disponibilidad de tiempo completo durante el período de recolección. Los supervisores recibieron 3 días de capacitación, mientras que los encuestadores lo hicieron por 2 días.

4.2.1. Prueba Piloto

El ensayo de la encuesta se realizó en Bogotá D.E., Bello (Antioquia) y Acacias (Meta). Se realizaron 120 encuestas y se cumplieron los siguientes objetivos: La evaluación del diseño y funcionalidad del formulario en relación con el lenguaje utilizado, la secuencia de las preguntas, los pases, las alternativas de respuesta, el tipo de letra y el diseño de las tarjetas. El establecimiento de los tiempos de entrevista para una mejor planificación del trabajo de campo; la adquisición de experiencia en el manejo de la encuesta y los procedimientos de campo, como la ubicación, el conteo de viviendas y los procesos de selección de las personas.

4.2.2. Estructura y diligenciamiento del formulario

En la encuesta se utilizó un formulario, aplicado cara a cara, diseñado de tal manera que las preguntas tenían preestablecidas las alternativas de respuesta, cada una de ellas con su correspondiente código o valor numérico. (Ver anexo 1). Si la persona seleccionada era menor de edad o tenía alguna condición de discapacidad, se solicitó como informante de la encuesta a la persona mayor de edad que habitualmente acompaña a la persona a utilizar el servicio de salud de la EPS. El formulario se aplicó en un 99% utilizando una tableta electrónica, que contenía un programa de captura inteligente, es decir que automáticamente hacía los saltos o pases y desplegaba la información necesaria.

4.3. Tratamiento de la información

Para la recolección se mantuvo una supervisión muy estricta por parte del Jefe de campo, de los investigadores y del supervisor del proyecto por parte de Ministerio de Salud. Dado el uso de la tableta y el diseño de su programa de captura “inteligente”, se pudo obtener una base libre de errores de diligenciamiento a pocos días de terminar el proceso de recolección. Se realizó además una verificación en campo por parte de los supervisores, durante y después de la encuesta garantizando mínimo un 10% de supervisión por encuestador, verificación telefónica de encuestas y cruces de información con la estructura poblacional del DANE y la base de afiliados según EPS, REGIMEN y Municipio.

El modelo de aplicación en terreno fue mediante una recolección simultánea en todo el país, por regiones, e iniciando por capitales departamentales, hasta obtener cerca del 50% de la muestra definida en esa capital, y posteriormente cubriendo áreas metropolitanas, municipios intermedios y finalmente municipios distantes de la capital departamental respectiva.

Para la recolección de la información en campo se utilizaron dispositivos Tablet's las cuales contaban con un programa de captura llamado Mobinet, el cual permite la realización de actividad de campo sin conexión a Internet (en desconexión o en modo offline) como también con conexión.

Este módulo de captura se escogió dada su especial caracterización de poder desarrollar actividad de campo en modo de desconexión, es decir sin tener una conexión continuada a Internet y por presentar sus validaciones de una forma automatizada y multiplataforma; además de contar con uno de los sistemas más seguros en cuanto a almacenamiento de información se refiere ya que cuenta con tres capas de almacenamiento (interna, externa y local) y con procesos de encriptación de la información almacenada, haciendo de esta un lugar seguro para los datos recolectados.

4.4. Cálculo de indicadores

La herramienta básica para el sistema de calidad son los indicadores, los cuales permiten tener una visión de la realidad que se pretende transformar con el proyecto o plan que se pondrá en marcha. Los indicadores permiten valorar las modificaciones de las características del problema que se quiere medir, es decir que permiten calcular las variaciones y dinámicas de la dimensión que se quiere monitorear y evaluar. Los indicadores que se propusieron fueron básicamente los utilizados por el Ministerio de Salud en sus informes, con unos adicionales dados por las preguntas nuevas que se incluyeron. En cada uno de los apartes de resultados se irán incluyendo, para que el lector pueda tener una referencia a la mano.

5. RESULTADOS

5.1. PERFIL DEL USUARIO

La experiencia del usuario en los servicios prestados por las EPS, incluye las percepciones subjetivas, influidas por condiciones propias del usuario y determinantes socioeconómicos externos al sistema de salud como tal. Factores demográficos (como el género, la edad, el grupo de identificación étnico cultural) o socioeconómicos (como el nivel de educación, la ocupación, estrato de residencia) afectan como tal las expectativas y percepciones que tienen los usuarios de los servicios médicos recibidos en el sistema de salud.

En Crow et al (2.009), partiendo de una concepción de la calidad como la diferencia entre las expectativas de la atención en salud y la realidad efectivamente percibida de los usuarios en la prestación de servicios, se identifican dos grupos de determinantes de la satisfacción en la atención:

- 1) Aquellos relacionados con las características de los usuarios.
- 2) Aquellos relacionados con las características de la prestación de los servicios de salud.

En el primer grupo se encuentran las características demográficas y socioeconómicas, mientras en el segundo se encuentran factores como instalaciones físicas, trato del personal médico, etc.

Así, si se asume que la satisfacción es una medida indirecta de la calidad percibida por los usuarios, entonces se puede establecer asociaciones entre las diferencias de satisfacción entre grupos demográficos y socioeconómicos como medidas de las diferencias en la calidad percibida por los mismos al momento de recibir atención médica.

El análisis de los estudios sobre la atención en salud señala la influencia del

género, la edad, la raza, y estatus socioeconómico en la satisfacción de los usuarios. Mientras los factores de género, muestran resultados mixtos que no permiten concluir diferencias significativas en la percepción de los usuarios entre grupos, la mayoría de estudios confirman la creencia convencional que los usuarios de mayor edad están relativamente más satisfechos que los jóvenes. El nivel educativo se dice que también tiene un efecto sobre la satisfacción, con altos niveles educativos asociados a una satisfacción menor. Así mismo, la relación entre la etnia y la satisfacción se confirma en la mayoría de los estudios con diferencias significativas en la percepción entre diferentes grupos étnicos. Si bien la literatura ofrece resultados variados, las investigaciones deben tener en cuenta la relación potencial que pueden tener las variables demográficas y socioeconómicas sobre los resultados de satisfacción, e incorporarlas rutinariamente como correlaciones en los diseños de los estudios (Crow, y otros, 2002).

Por lo tanto, la especificación de las características demográficas y socioeconómicas constituye un marco de análisis en la evaluación de la calidad desde el punto de vista de la experiencia del usuario. La importancia no se reduce solamente a las percepciones que puedan tener diferentes grupos en el proceso de atención en salud, sino también a las frecuencias de uso de los servicios, es decir, a la demanda de los servicios de salud, y por lo tanto a las necesidades diferenciales de los usuarios del sistema de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009).

5.1.1. Características Demográficas

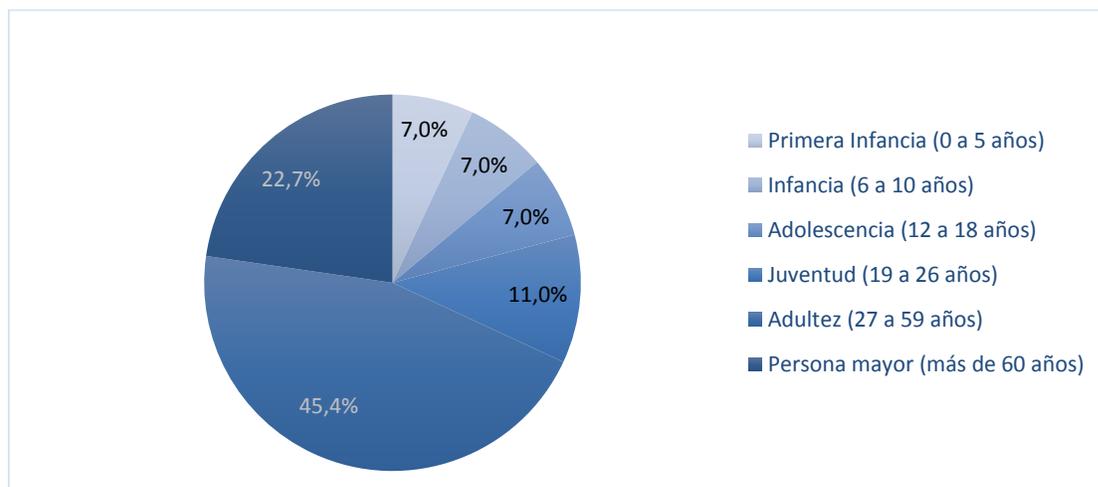
La distribución del total de encuestados muestra que el 33.5% son hombres y 66.5% son mujeres. El hecho de que las mujeres sean mayoría indica tienen una frecuencia de uso de los servicios de las EPS mayor a los hombres, lo cual está

en concordancia con otras mediciones acerca de la percepción calidad de los servicios de salud².

5.1.1.1. Distribución por grupo etario

Por lo general los jóvenes se enferman menos, por lo tanto, los datos de la muestra se distribuyen entre los menores de 27 años, y los adultos mayores de 27 años. En la estructura por edades se observa que la mayoría de los usuarios pertenecen a la población adulta con un 45,4% de los encuestados, y personas mayores de 60 años con 22,7%. Los usuarios de rangos de edades más jóvenes (primera infancia, infancia, adolescencia, y jóvenes) presentan una frecuencia de uso del servicio de EPS del 31,9% de los encuestados. Esto indica que los servicios de las EPS son utilizados en mayor medida por personas adultas mayores a 27 años que representan un 68,1% del total de usuarios.

Gráfica 1. Distribución por Grupo Etario



Fuente: Elaboración propia.

En cuanto al estado civil, la mayoría de los usuarios ser declaran casados o en unión libre con un 46,1% del total de usuarios, seguidos de los solteros con 42,9% y los separados o viudos con 14%. El tamaño de la población soltera se debe a la

² Véase (Petracci, Manzelli, Necchi, & Cerrutti, 2004) para el caso de Argentina y (Hamui, Fuentes, Aguirre, & Ramírez, 2013) para México.

población infantil y adolescente que casi en su totalidad pertenecen a esta categoría, y junto con los jóvenes representan el 67,2% de los solteros. Las personas en unión libre, casados, están conformados en su mayoría por la población adulta con un 79,3% y 97,6% respectivamente, al igual que los divorciados con 98,5% de adultos y adultos mayores. Las personas viudas por su parte son en su mayoría a adultos mayores con un 81,5%, y en menor medida por personas adultas con un 18,4%.

Las mujeres son mayoría en los grupos de mayor frecuencia de uso de los servicios de salud. Estas representan el 74,6% del grupo de adultos entre 27 y 59 años, y el 64,6% del grupo de personas mayores de 60 años. En los grupos de primera infancia, de 0 a 5 años, e infancia de 6 a 11 años, se presenta una distribución más equitativa, con 56,8% de hombres y 43,2% de mujeres, y 55,9% de hombres y 44,1% de mujeres respectivamente, mientras que en la adolescencia predomina claramente el sexo femenino con un 61,7%. Esto indica que después de la infancia se presenta un mayor uso de los servicios de salud por las mujeres.

Tabla 1. Distribución Grupo de edad por Sexo

Grupo de Edad por Sexo	SEXO	
	Masculino	Femenino
"Primera Infancia (0 a 5 años)	56.8%	43.2%
Infancia (6 a 11 años)	55.9%	44.1%
Adolescencia (12 a 18 años)	38.3%	61.7%
Juventud (19 a 26 años)	31.0%	69.0%
Adultez (27 a 59 años)	25.4%	74.6%

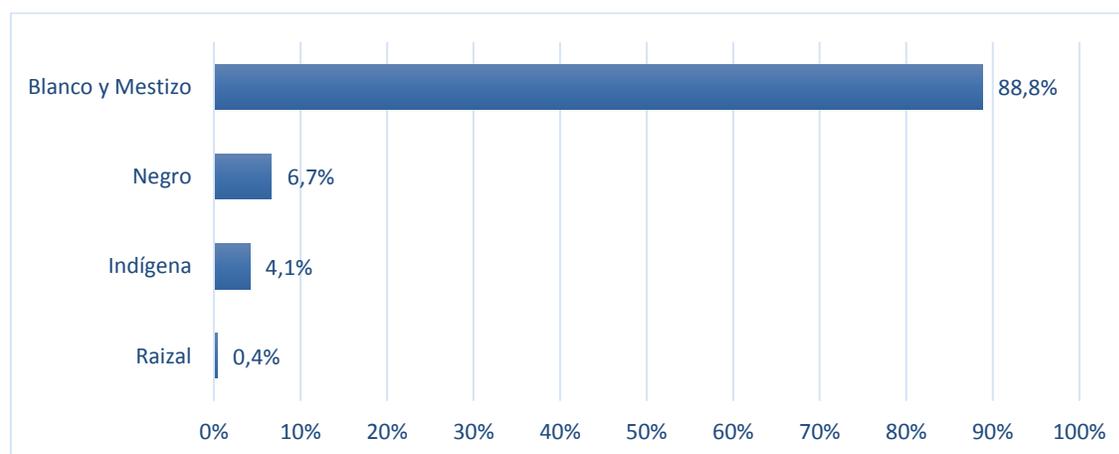
Persona mayor (más de 60 años)	35.4%	64.6%
--------------------------------	-------	-------

Fuente: Elaboración propia

5.1.1.2. Distribución por Identificación Étnico cultural

Así mismo, en la identificación étnico cultural se espera poder contrastar diferencias en las percepciones de satisfacción entre distintos grupos. Como se observa, predomina la población mestiza con 88,8% de los encuestados, seguido por negros o mulatos con 6,6% y los indígenas con 4,1% y. Los usuarios raizales del representan menos del 1% provenientes del municipio de San Andrés.

Gráfica 2. Distribución por Grupo étnico

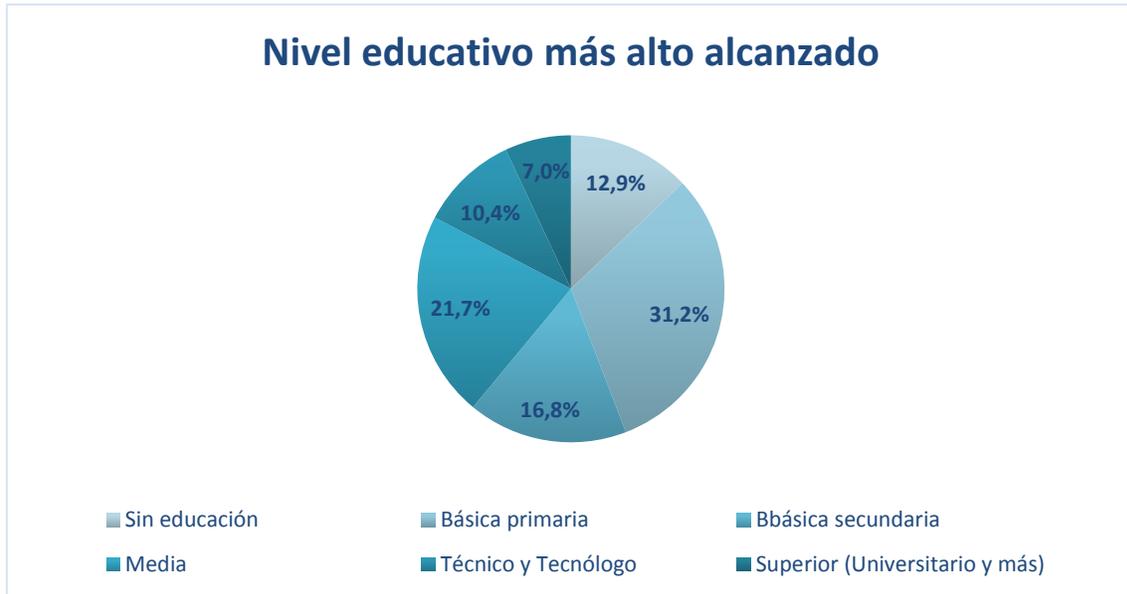


Fuente: Elaboración Propia.

5.1.1.3. Distribución por Nivel Educativo

Los usuarios en su mayoría tienen niveles de educación no profesionales o sin educación. La distribución por nivel educativo muestra que el 82,7% del total de los usuarios tiene un nivel igual o inferior a la educación media (10° y 11°), y el 12,9% figura como sin educación. Es decir, que el 17,3% ha tenido acceso a niveles de educación superior (técnicos, tecnólogos, profesionales, posgrados). Los técnicos y tecnólogos suman un 10,4% de los usuarios encuestados, los universitarios con y sin título un 6,5%, y solo un 0,5% ha realizado o está realizando un programa de posgrado.

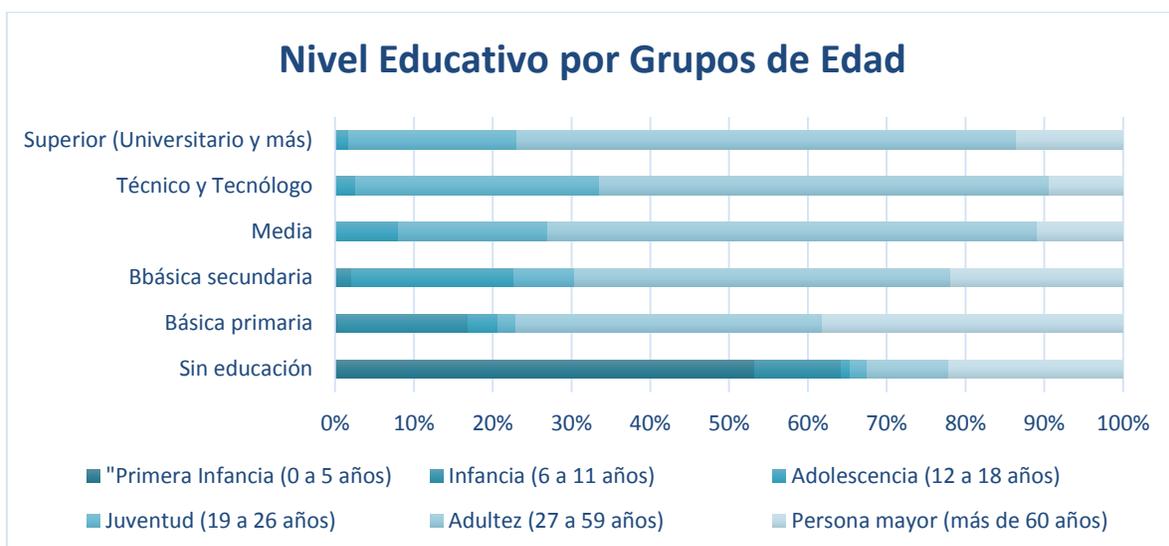
Gráfica 3. Distribución por Nivel educativo



Fuente: Elaboración propia

La razón de los bajos niveles de educación se explica porque la población infantil (0 a 10 años) y adolescente (12 a 18 años) se encuentra en los niveles de preescolar, primaria, básica, media, y todavía no acceden al sistema de educación superior.

Gráfica 4. Distribución Nivel educativo por Grupo etario

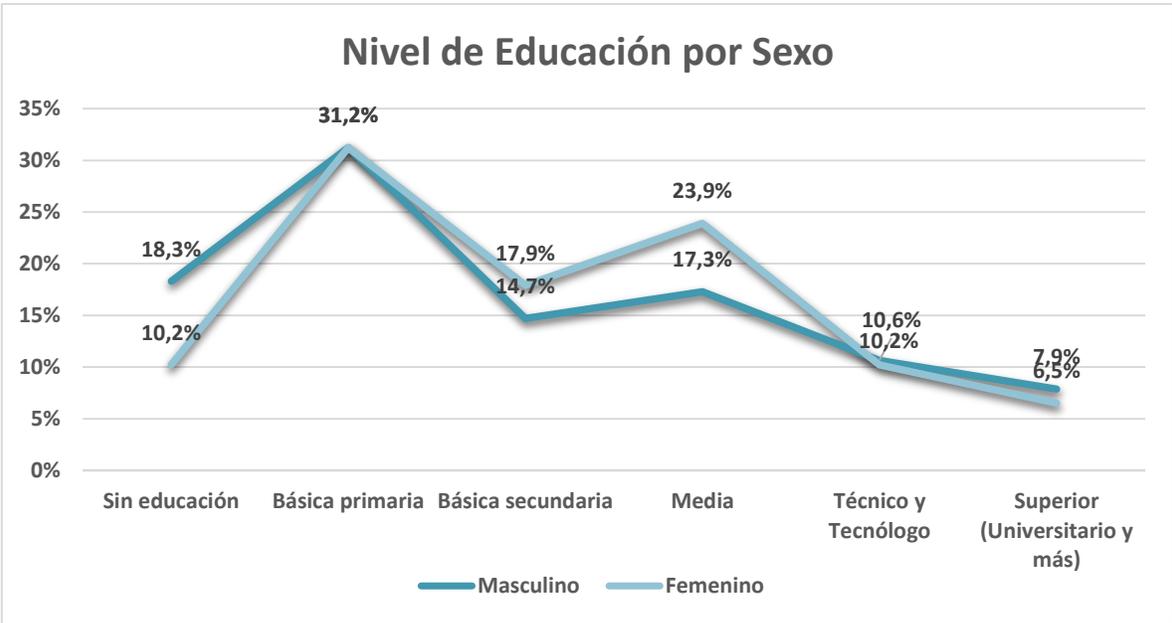


Fuente: Elaboración propia.

Los universitarios con y sin título están conformados en su mayoría por la población joven y adulta, mientras que los que han realizado estudios de posgrado se componen principalmente de adultos y adultos mayores.

No se presentan diferencias significativas en el nivel educativo por sexo, aunque en los niveles de educación no profesionales (media, básica secundaria, básica y primaria) se observa una mayor proporción femenina, lo que señala un mayor grado de escolaridad en las mujeres. Los niveles profesionales (universitario, posgrado) y técnicos o tecnológicos se distribuyen equitativamente entre hombres y mujeres. Esto puede indicar mayores dificultades de acceso a la educación superior para las mujeres.

Gráfica 5. Distribución Nivel educativo por Sexo

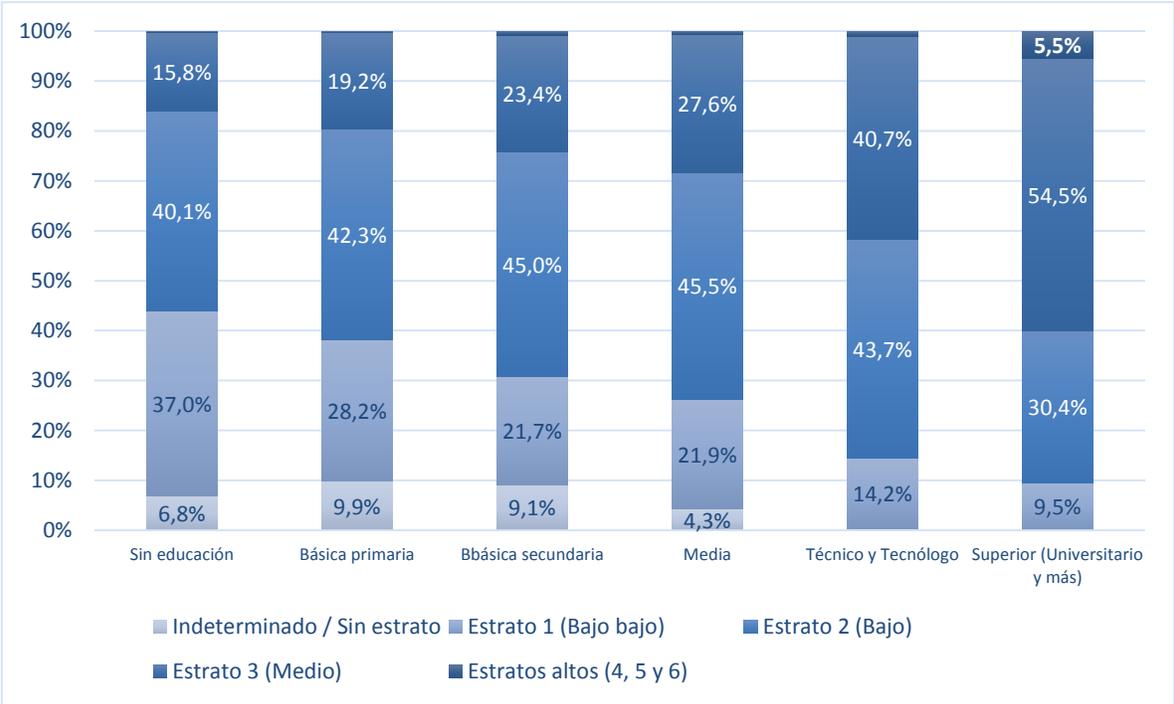


Fuente: Elaboración propia.

En la distribución de nivel educativo por estrato socioeconómico, a medida que aumenta el nivel de educación, disminuye la proporción de personas pertenecientes a estratos bajos. Así, si bien en todos los niveles de escolaridad predominan los usuarios que hacen parte de los estratos 1, 2, y 3, las personas con niveles de educación universitaria y de posgrado tienen una mayor participación de estratos altos (4, 5, y 6).

A nivel de ocupación, los usuarios de los servicios de salud se dedican en mayor medida trabajar y actividades del hogar. La distribución muestra que se encuentran trabajando un 40,1%, se dedican a actividades del hogar un 37,2%, estudian un 11,3%, están desempleados un 4,5%, pensionados un 4,8%, y están retirados un 2,1%. Se observa que los hombres se dedican en mayor medida a trabajar con un 57,3% del total de hombres, mientras que las mujeres se dedican principalmente a actividades del hogar con un 50,8% del total de mujeres. Como proporción, los hombres se dedican a estudiar en un 16,1% del total de hombres y las mujeres en un 11,3% del total de mujeres. También, se observa una mayor proporción de hombres desempleados, retirados y pensionados.

Gráfica 6. Distribución Nivel educativo por Estrato socioeconómico

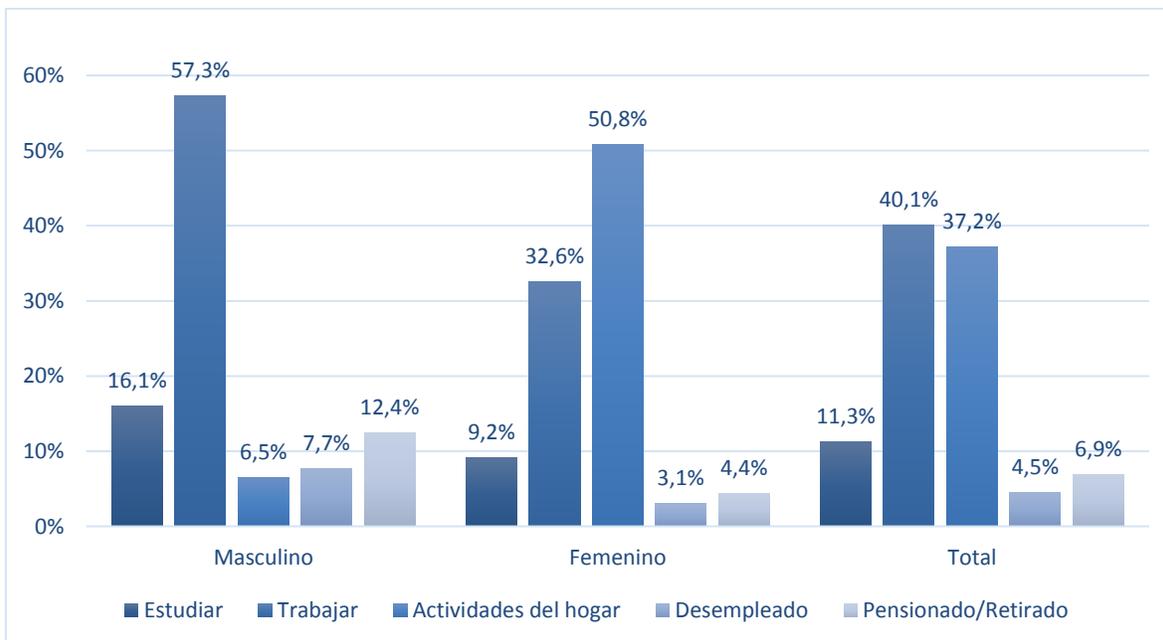


Fuente: Elaboración propia.

El 96,9% de los usuarios que estudian se encuentra entre los 6 y los 26 años de edad, lo que indica que los más jóvenes se dedican en mayor proporción a estudiar. Por otro lado, el 85,5% de los usuarios que trabajan pertenecen a la población adulta, lo que puede señalar una asociación entre las necesidades de atención en salud y las condiciones laborales de los usuarios, debido a la

importancia que tienen los trabajadores adultos y adultos mayores en el total de los encuestados.

Gráfica 7. Distribución Ocupación por Sexo



Fuente: Elaboración propia.

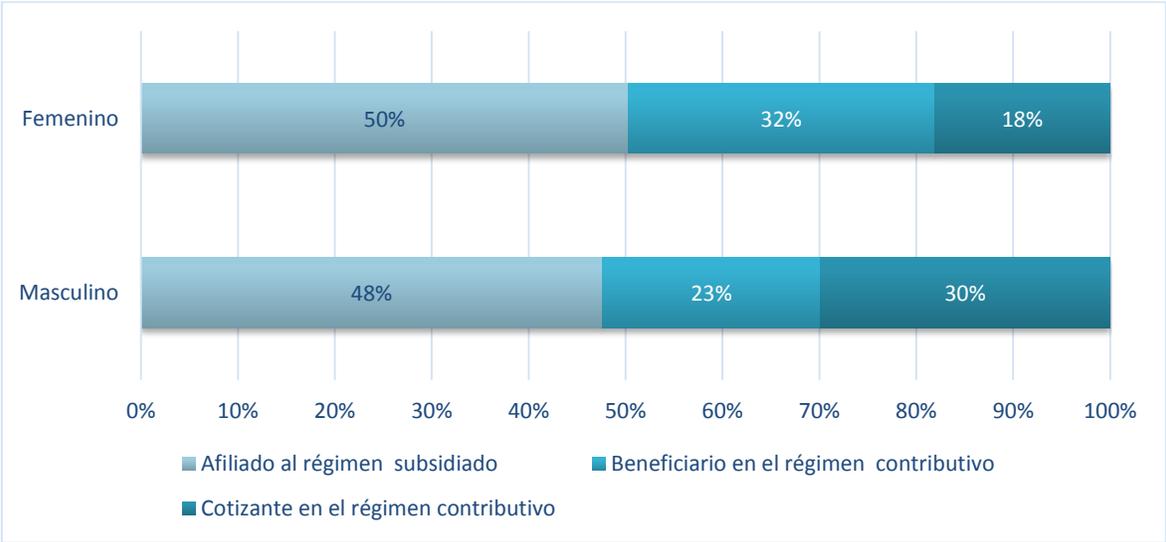
Los usuarios pertenecen en un 49,4% al régimen subsidiado, y el 50,6% al régimen contributivo en el momento de la atención en la EPS. A su vez los usuarios del régimen contributivo son en un 43,4% cotizantes y un 56,6% beneficiarios, representando el 22% y el 28,7% del total de usuarios respectivamente. De las 42 EPS evaluadas, 30 son en su mayoría de usuarios del régimen subsidiado y 12 son en su mayoría de usuarios del régimen contributivo. La EPS que concentra mayor cantidad de usuarios del régimen subsidiado es COOSALUD E.S.S. (9,8%), seguida de ASMET SALUD (9,6%) y EMSSANAR E.S.S. (8,5%). En Las EPS que poseen mayor cantidad de afiliados del régimen contributivo son Cafesalud EPS (22,3%), Coomeva EPS (12,1%), NUEVA EPS (13,3%), y Salud Total (10,4%).

La distribución de régimen por sexo no presenta diferencias significativas, con una mayoría de hombres en el régimen contributivo y de mujeres en el régimen

subsidiado. El 35.2% de los hombres hacen parte del régimen contributivo, mientras que en las mujeres esta proporción fue de 33.1%. De la misma manera, 69.9% de las mujeres se encuentra en el régimen subsidiado, y en los hombres el 64,8% hace parte del mismo.

No obstante, al hacer un análisis por tipo de afiliado se encuentra que, como proporción, los hombres cotizan en mayor medida que las mujeres. Un 30% de los hombres es cotizante del régimen contributivo, frente a un 18% de las mujeres. Así mismo, las mujeres son más beneficiarias como proporción que los hombres, con un 32% de mujeres beneficiarias, y 22% de hombres beneficiarios.

Gráfica 8. Distribución Tipo de afiliado por Sexo



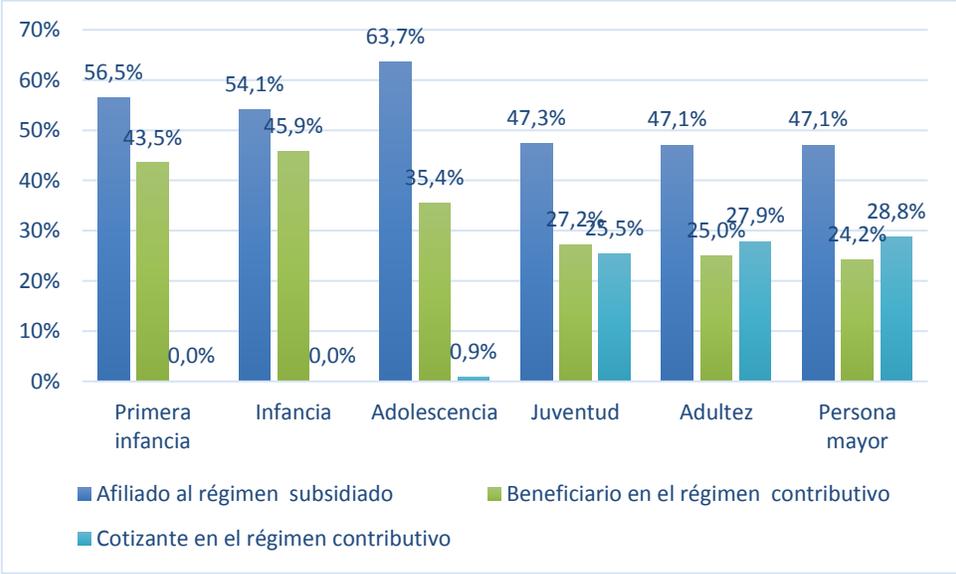
Fuente: Elaboración propia.

A nivel de edades, existe una alta proporción de afiliados del régimen subsidiado en todos los grupos de edades, especialmente primera infancia, infancia y adolescencia (como es de esperarse), seguido de beneficiarios del régimen contributivo. En los grupos de edades más jóvenes el régimen subsidiado representa entre el 54% y el 62%, y los beneficiarios del régimen contributivo entre el 37% y 46% del total de usuarios de cada grupo.

Los grupos de edades adultas tienen una mayor proporción de usuarios del

régimen contributivo dada por los cotizantes tanto hombres como mujeres, que como se observa, soportan una gran cantidad de población beneficiaria y subsidiada. Los cotizantes del régimen contributivo representan una cuarta parte de los grupos de edad en capacidad de trabajar, al igual que los beneficiarios del régimen contributivo.

Gráfica 9. Distribución Tipo de afiliado por Grupo etario



Fuente: Elaboración propia.

5.2. ACCESO

En Colombia, de acuerdo a la Ley 100 de 1993 en su Artículo 152, se considera que el SGSSS tiene como objetivo crear las condiciones de acceso de toda la población al servicio de salud. El acceso a la atención individual en salud frente a los médicos y prestadores se refiere a la capacidad de la oferta de servicios para permitir el uso directo de los servicios tan pronto como las personas la necesiten.

Este capítulo describe los elementos del acceso a los servicios, organizados por subcapítulos de acuerdo algunas condiciones asociadas al acceso. Inicialmente, se describirá el indicador trazador: calificación del acceso a los servicios. Este, indicador que ha sido tenido en cuenta para la creación del ranking de las EPS y mencionado por todos los informes de calidad del Ministerio de Salud. Luego se evaluará si el usuario recibe la información pertinente para posibilitar su acceso a los servicios. Es decir, si la carta de derechos y deberes fue entregada y si el usuario recibió información sobre la red de instituciones prestadoras de servicios de salud a las que puede asistir. La forma como solicita el acceso a la prestación de la atención en salud da también información importante. Luego se consideran las distintas barreras administrativas como autorizaciones, dificultades de agendamiento y las medidas “extremas” para poder acceder a los servicios como tutelas o derechos de petición.

Otros factores que condicionan las posibilidades de acceso son la localización geográfica, medios de comunicación y transporte, capacidad funcional, o los relacionados con aspectos culturales y de comportamiento. Las variables de régimen, tipo de afiliado, zona de residencia y características sociodemográficas como el nivel educativo se utilizan dentro del capítulo para aproximar estas otras condicionantes del acceso a los servicios.

5.2.1. Indicador global de percepción de facilidad de acceso a los servicios de salud

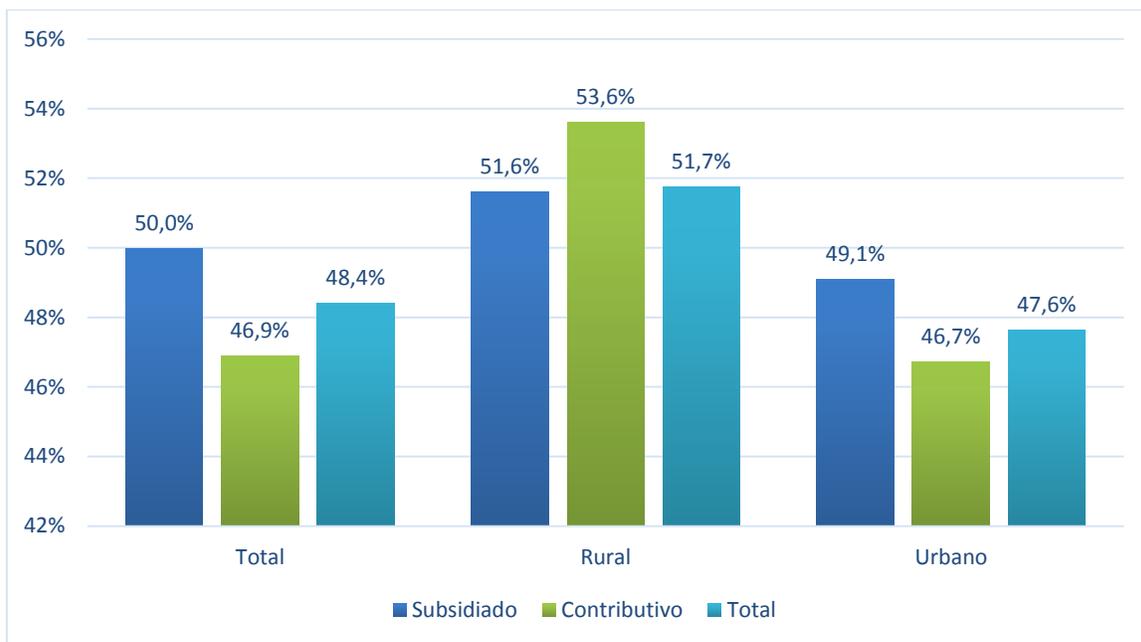
En términos de acceso, se midió un indicador que da cuenta de la percepción que tienen las personas respecto a si es fácil o no acceder a los servicios de salud brindados por su EPS. Este indicador global permite evidenciar si la persistencia de barreras de acceso y los distintos mecanismos dispuestos para su superación están siendo apropiados por los usuarios en relación con la empresa que le presta los servicios.

No. Preg	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
2.016			
34	Calificación de acceso a servicios de salud de EPS	Indica la proporción de usuarios que considera fácil el acceso a los servicios de salud a través de su EPS	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Fácil" o "Muy fácil" a la pregunta: En general, en los últimos 6 meses, usted considera que acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta

Para el 2.016, la percepción de la facilidad de acceso a los servicios de salud fue del 48,4%. Es decir, solo un poco menos de la mitad de los usuarios consideró que fue fácil acercarse a su EPS y recibir respuesta de ella para la solución de sus necesidades de salud. Más aún, estos resultados tienen diferencias importantes entre los regímenes contributivo y subsidiado, pese a que, como se describirá más adelante, el régimen subsidiado tiene mejores indicadores en la percepción de calidad de algunos de sus servicios. Hay diferencias de facilidad de acceso entre zonas geográficas. La diferencia entre rural y urbano es de 4

puntos porcentuales siendo en las zonas rurales en total 51,7% frente a 47,6% en las zonas urbanas. Es decir, en lo rural mayor proporción de personas perciben facilidad en el acceso sin importar el régimen en el que se encuentran.

Gráfica 10. Acceso global a servicios de salud por Régimen



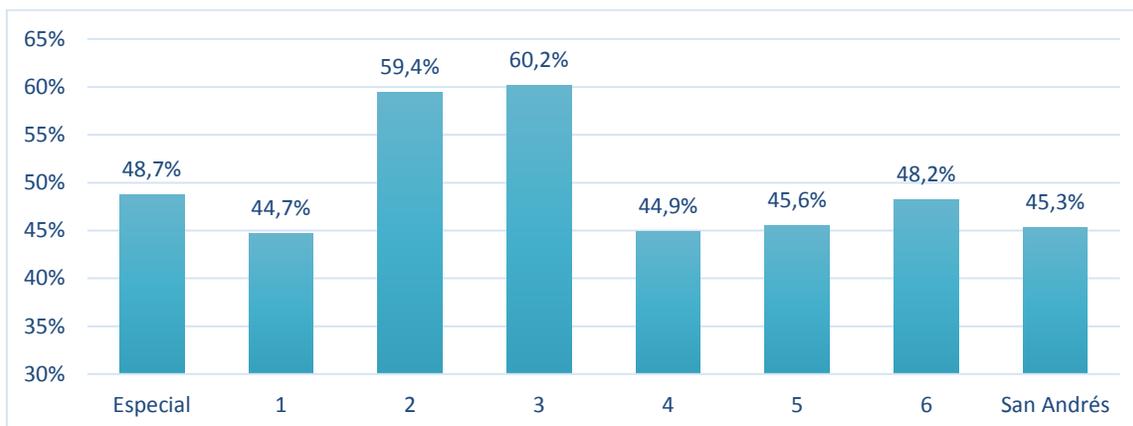
Fuente: Elaboración propia.

Por su parte, el régimen contributivo tiene mejor resultado que el subsidiado en zonas urbanas y más bajo en zonas rurales.

Adicionalmente, la facilidad de acceso definida por los usuarios aumenta conforme aumenta el tamaño del municipio hasta la categoría 2. Para categoría 1, que corresponde a ciudades y ciudades importantes disminuye de nuevo. Esto sugiere que, para los municipios con más demanda, la congestión afecta el acceso a los servicios de salud.

Finalmente, la percepción sobre el propio estado de salud es un factor importante en la idea que se crea el usuario sobre la facilidad de acceso a los servicios. Las personas que sienten estar en un estado malo perciben menos facilidad (35%), frente a aquellas que consideran estar bien de salud. Esta diferencia permanece para los dos regímenes.

Gráfica 11. Indicador Facilidad de Acceso a servicios de EPS por categoría de municipio



Fuente: Elaboración propia.

Respecto a los años anteriores, el indicador es menor al del año 2.014, donde el 54% de percibieron que hubo facilidad para acceder a los servicios brindados. Sin embargo, el indicador muestra una recuperación respecto al 2.015 cuando la percepción global de facilidad de acceso descendió a 43%.

Tabla 2. Indicador Facilidad Acceso a servicios de salud a través de su EPS por Régimen y Percepción de salud

Percepción estado de salud	Subsidiado	Contributivo	Total
Muy malo, malo y regular	34 %	36%	35%
Bueno o muy bueno	57%	51%	54%

Fuente: Elaboración propia.

5.2.2. Indicadores de restricción de servicios de salud

Complementando esta información, se preguntó a los usuarios si en los últimos seis meses su EPS le ha negado algún servicio y en caso de recibir respuesta afirmativa, cuál fue la razón por la cual se negó el servicio. El 6,2% del total de usuarios manifiesta que le negaron algún servicio, proporción que es similar a la presentada en el año 2.014, donde fue negado algún servicio al 5% de los

usuarios.

En el régimen contributivo hay una mayor proporción de usuarios a los cuales se les ha restringido algún servicio (7,2%), frente al régimen subsidiado (5,1%).

La principal razón por la que fue negado el servicio fue por no tener disponibilidad de servicio o medicamento (38,1%), seguido de la falta de contrato con el prestador (19,7%). Es importante resaltar que el 27.8% del total de usuarios desconoce la razón por la cual le fueron negados los servicios.

Tabla 3. Motivos de Negación de Servicio por Régimen

Motivos de Negación de Servicio	Régimen		
	Subsidiado	Contributivo	Total
Tasa de Negación del servicio	5,1%	7,2%	6,2%
No disponibilidad de servicio o medicamento	43,0%	34,7%	38,1%
Desconoce la razón	28,0%	27,6%	27,8%
Le informaron que no había contrato con prestador	18,2%	20,7%	19,7%
Servicio no incluido en el POS	10,4%	12,7%	11,8%
Por el no pago	0,4%	4,3%	2,7%

Fuente: Elaboración propia.

5.2.3. Accesibilidad

Adicionalmente, en este capítulo se valora la facilidad que tienen los usuarios en el acceso a los servicios. Es decir, se realiza una descripción de la accesibilidad de los mismos. Donabedian lo reconoce como pilar de la calidad y afirma que es imposible hablar de calidad sin incluirlo de alguna manera. Al respecto del acceso

menciona "podría debatirse largo y tendido sobre si la accesibilidad forma parte del concepto de calidad en sí misma, o se trata de una característica aparte de la atención. Para los potenciales pacientes, la capacidad de obtener asistencia cuando se requiere y obtenerla de manera fácil apropiada, es un factor importante de la calidad". (Donabedian, 1990).

El acceso apropiado incorpora, a su vez, el concepto de oportunidad como atributo, entendiendo este último como el balance entre la percepción sobre el tiempo que las personas consideran apropiado para ser atendido, luego de manifestar su intención de uso, y la pertinencia clínica de la atención, derivada del tiempo apropiado en el que es posible preservar los beneficios sobre el riesgo clínico.

En este sentido, en este apartado se hace un análisis de los indicadores información que otorga la EPS a los usuarios para tener acceso a los servicios de salud, accesibilidad a los servicios de salud, formas de acceso, barreras, y mecanismos alternativos de acceso.

5.2.3.1. Información que le dio a conocer la EPS para tener acceso a los servicios de salud.

Hay dos elementos de información que la EPS debe dar a los usuarios para posibilitar y hacer accesible su acercamiento a los servicios que ofrece:

- Información sobre derechos y deberes de los usuarios.
- Información sobre la red de servicios de la EPS.

No. Preg	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
2.016			
27	Conocimiento de la información	Indica la proporción de usuarios a los que la EPS le ha dado a conocer información en cada uno de los	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Sí" a la pregunta: Su EPS le ha dado a conocer información sobre ...? y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la

No. Preg	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
2.016		diversos aspectos	encuesta

28	Calificación de información	Expresa la proporción de usuarios que califica la información como buena en cada uno de los aspectos	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Buena" o "Muy buena" a la pregunta: califique la calidad de la información que le ha entregado su EPS sobre los aspectos que señaló haber recibido (opciones "a" a "r" P28) respectivamente... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta
----	-----------------------------	--	--

29	Utilización de la información	Indica la proporción de usuarios que han utilizado información en cada uno de los diversos aspectos encuestados	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Si" a la pregunta: ¿Ha utilizado dicha información? (opciones "a" hasta "r" P29) respectivamente, y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta
----	-------------------------------	---	---

30	Utilidad de la información	Muestra la proporción de usuarios que indica que la información proporcionada por la EPS le fue de alguna utilidad	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Medianamente útil", "Útil" o "Muy útil" a la pregunta: califique la utilidad de la información que le ha entregado su EPS (opciones "a" a "r" P30) respectivamente... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta
----	----------------------------	--	---

5.2.3.2. Indicadores sobre información de derechos y deberes

Los datos muestran que solo el 34% de los usuarios manifiestan haber recibido información sobre derechos y deberes. De los que recibieron información, el 81% consideran que fue buena o muy buena, y el 78% consideraron que fue útil o muy útil.

Tabla 4. Indicador Información de derechos y deberes por Tipo de afiliado.

Tipo de Afiliado Estudio	Carta de derechos y saberes		
	Conocer	Calificación de calidad	Utilidad
Afiliado al régimen subsidiado	30%	81%	78%
Beneficiario en el régimen contributivo	34%	83%	82%
Cotizante en el régimen contributivo	40%	79%	75%
Total	34%	81%	78%

Fuente: Elaboración propia.

Los afiliados del régimen subsidiado reciben en promedio menos información. La proporción de personas que responden haber recibido información sobre sus derechos y deberes es seis puntos porcentuales menos en este régimen que en el contributivo. Sin embargo, al indagar la calificación que se da a ella, el 81% responde haberla encontrado buena o muy buena, frente al 79% de los cotizantes en el régimen contributivo. Es decir, aunque recibe en menos proporción, la considera mejor que el régimen contributivo. Esta diferenciación es aún más llamativa al preguntar sobre si la persona hizo uso de la carta de derechos y deberes y si la encontró útil. En este caso hay una diferencia de 10 puntos porcentuales entre los dos regímenes, siendo más alta la respuesta en el subsidiado.

Con respecto a la información suministrada sobre la red de servicios, el 42% de los usuarios manifiestan haber recibido dicha información, la calificación de los que recibieron fue buena o muy buena en un 82%, el 76% manifestó que la utilizó y el 83% de los que la utilizaron consideraron la información como útil o muy útil. De nuevo el régimen subsidiado es el que menos información recibe, pero al que le parece mejor, la utiliza más y le ve más utilidad fácil o muy fácil.

Tabla 5. Indicadores de Información sobre carta de derechos y deberes, y red de servicios por Zona

Zona	Carta de derechos y deberes			Red de servicios		
	Conocer	Calificación de calidad	Utilidad	Conocer	Calificación de calidad	Utilidad
Rural	29%	85%	82%	26%	83%	88%
Urbano	35%	80%	78%	45%	81%	82%
Total	33%	81%	78%	42%	82%	83%

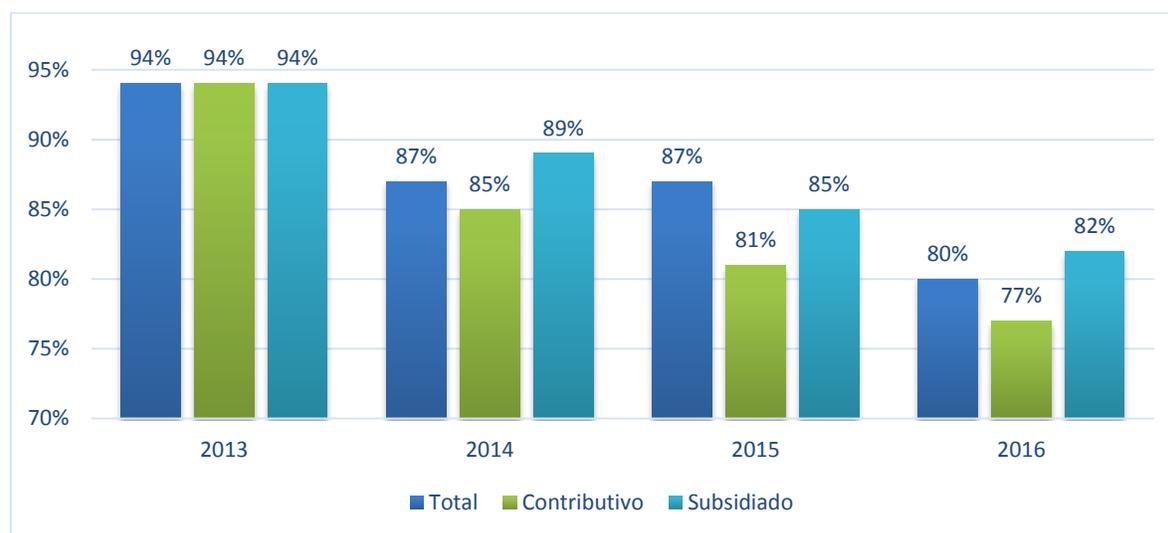
Fuente: Elaboración propia.

Al evaluarlo por zona geográfica, se observa un comportamiento similar. Los usuarios ubicados en zonas urbanas tienen más acceso a información tanto de sus derechos y deberes como de la red de servicios que ofrece su EPS. No obstante, la diferencia rural-urbano es mayor en la red de servicios que en la información de derechos y deberes, presentándose una brecha de 19% en cuanto al conocimiento de la información. Así mismo, la calificación de la calidad y la utilidad de la información son mayores para el sector rural.

En comparación con años anteriores, la proporción de usuarios que han recibido información sobre derechos y deberes no ha tenido cambio significativo desde el año 2.014 cuando el 33% del total respondía positivamente a esta pregunta.

Por el contrario, la percepción de calidad de esta información durante los tres años anteriores ha mostrado una tendencia decreciente. En el año 2014, el 87% de los usuarios encontraron que esta información era buena o muy buena, proporción que para el 2016 disminuyó a 81%. Aunque el régimen subsidiado valora más la información dada expresando una mayor calificación en cada año, esta disminución se ha dado por igual en los dos regímenes.

Gráfica 12. Calificación a la Información de derechos y deberes entregada por la EPS por Régimen



Fuente: Elaboración propia.

Es posible que las diferencias en la percepción sobre la calidad de la información entre zonas y entre regímenes respondan a diferencias en el nivel de escolaridad de los usuarios. Sin embargo, al evaluar por nivel educativo, como lo muestra la siguiente tabla, no hay variaciones importantes en la calidad ni la percepción de utilidad que se da a la información de red de servicio. Ello sugiere que las diferencias mencionadas anteriormente corresponden a características propias del (contributivo o subsidiado) o de la zona (urbana o rural), no de las características de los usuarios.

Tabla 6. Indicadores de Información sobre carta de derechos y deberes, y red de servicios por Nivel de educación

Nivel Educativo	Carta de derechos y saberes			Red de servicios		
	Conocer	Calificación de calidad	Utilidad	Conocer	Calificación de calidad	Utilidad
Ninguno	31%	86%	81%	38%	84%	83%
Básica primaria	28%	83%	82%	38%	83%	86%
Básica secundaria	38%	76%	75%	43%	80%	83%
Media	34%	79%	77%	44%	81%	82%
Técnica o tecnológica	40%	85%	80%	49%	81%	82%
Universitaria	43%	82%	75%	50%	83%	82%
Total	34%	81%	78%	42%	82%	83%

Fuente: Elaboración propia.

5.2.3.3. Indicadores de Accesibilidad a los Servicios de salud

A continuación, se describen los servicios a los que tuvieron acceso los usuarios de acuerdo a régimen. El servicio de medicina general significa la puerta de entrada de los usuarios de las EPS a los servicios que estas brindan, por lo cual la tasa de utilización del mismo es un indicador clave en el análisis de acceso. La proporción de usuarios que hicieron uso del servicio en los últimos 6 meses fue de 81%, siendo más alta la tasa en el régimen contributivo (83%) que en el régimen subsidiado (79%). Según datos de la Superintendencia de Salud en el primer semestre del año 2.016 el número de citas de medicina general llegó a 32'641.154, de las cuales 18'370.410 (56,3%) fueron del régimen contributivo y 14'270.744 (43,7%) del régimen subsidiado. Por lo tanto, se presenta un mayor acceso a los servicios de medicina general en el régimen contributivo y, por

consiguiente, a los demás servicios de salud que ofrecen las EPS.

En relación al año anterior el indicador presenta un aumento ya que pasó de 77,8% en 2.015 a 81% en 2.016. Esto representa una mejoría en el acceso general a los servicios de atención médica, con una mayor proporción de usuarios que hacen uso de los mismos vía consulta de medicina general.

Los siguientes servicios de mayor acceso para el total de usuarios son la entrega de medicamentos (62%), y los exámenes de laboratorio (37%), los cuales son derivados tanto de la consulta de medicina general como de otras consultas especializadas que requiere el usuario para tratar su situación de salud. Estos indicadores presentan una mejoría respecto al año anterior ya que la entrega de medicamentos había presentado una utilización de 31,9% y los exámenes de laboratorio de 25,6%, es decir, un aumento significativo en el acceso a estos servicios. De la misma manera, el uso de Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico tuvo un aumento al pasar de 9.6% en el año anterior a 16%.

Tabla 7. Indicadores de ACCESO A LOS SERVICIOS por Régimen

Servicios	Régimen		
	Subsidiado	Contributivo	Total
Consulta de medicina general	79%	83%	81%
Entrega de los medicamentos	63%	60%	62%
Exámenes de laboratorio	33%	40%	37%
Consulta de ginecología (citologías, y otros relacionados sin incluir embarazo)	26%	34%	30%
Odontología	27%	28%	27%
Urgencias	27%	27%	27%

Servicios	Régimen		
	Subsidiado	Contributivo	Total
Trámite para solicitar medicamentos	18%	24%	21%
Otras consultas de medicina especializada (por ejemplo cardiología, neurología y ortopedia)	15%	19%	17%
Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico	13%	20%	16%
Consulta de medicina interna (internista)	10%	13%	11%
Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PyP)	11%	12%	11%
Citas prioritarias (cita no programada)	5%	15%	10%
Hospitalización	8%	7%	7%
Consulta de pediatría	6%	8%	7%
Cirugía general	5%	6%	6%
Terapias en la EPS físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje	3%	6%	5%
Consulta de Obstetricia - control embarazo	5%	4%	4%
Suministro de oxígeno	1%	1%	1%
Tratamientos asistidos (quimioterapia-radioterapias-diálisis)	1%	1%	1%
Domiciliario (médicos, cuidados)	1%	1%	1%

Fuente: Elaboración propia.

Las consultas de medicina especializada presentan una tasa de uso menor. Entre los servicios de medicina especializada con mayor tasa de uso se encuentran la consulta de ginecología (30%), otras consultas (cardiología, neurología y ortopedia) (17%), consulta de medicina interna (11%), consulta de pediatría (7%), cirugía general (6%), y control de embarazo (6%). Este indicador es mayor al año anterior en donde la utilización de servicios de medicina especializada fue de 28%.

En general, las consultas de medicina especializada tienen una mayor tasa de utilización por los usuarios del régimen contributivo al igual que el año anterior, excepto en las consultas de control de embarazo en donde el régimen subsidiado hace uso del mismo en un 5% y el contributivo en un 4%.

5.2.4. Formas de acceder a los servicios

5.2.4.1. Citas médicas

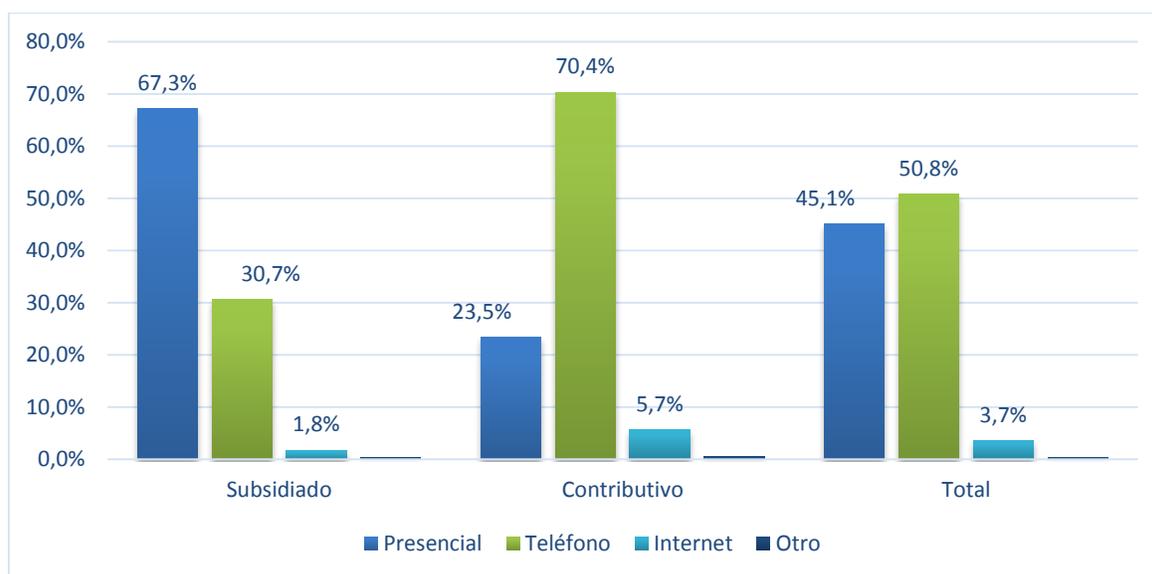
El inicio al acceso del servicio médico se hace, por lo general, a partir de una cita de medicina general. Las EPS han dispuesto distintos canales para su solicitud: Presencial, por teléfono o por internet. La encuesta midió la forma como los usuarios hacen regularmente para obtener sus citas médicas.

A nivel nacional se evidencia una preferencia de los usuarios por solicitar la cita de manera telefónica 50,8%, seguida de la forma presencial 45,1%. Finalmente, el medio menos usado es internet, tan solo el 3,7% del total de usuarios expresó preferir este medio para agendar sus citas.

Este comportamiento varía drásticamente al discriminar por régimen. En el contributivo, la forma más común de hacer las citas médicas es por teléfono con 70,4% de los usuarios de este régimen, mientras que en el subsidiado se prefiere solicitar las citas de manera presencial en un 67,3% de los usuarios del

régimen subsidiado.

Gráfica 13. Forma de solicitud de citas por régimen



Fuente: Elaboración propia.

Igualmente, en las zonas rurales las personas prefieren pedir sus citas acudiendo directamente al centro de salud, mientras en las zonas urbanas lo hacen de forma telefónica. La diferencia urbano-rural para el uso de internet es drástica, en zonas rurales el uso de este medio es cercano a cero.

Tabla 8. Forma de solicitud de citas por zona.

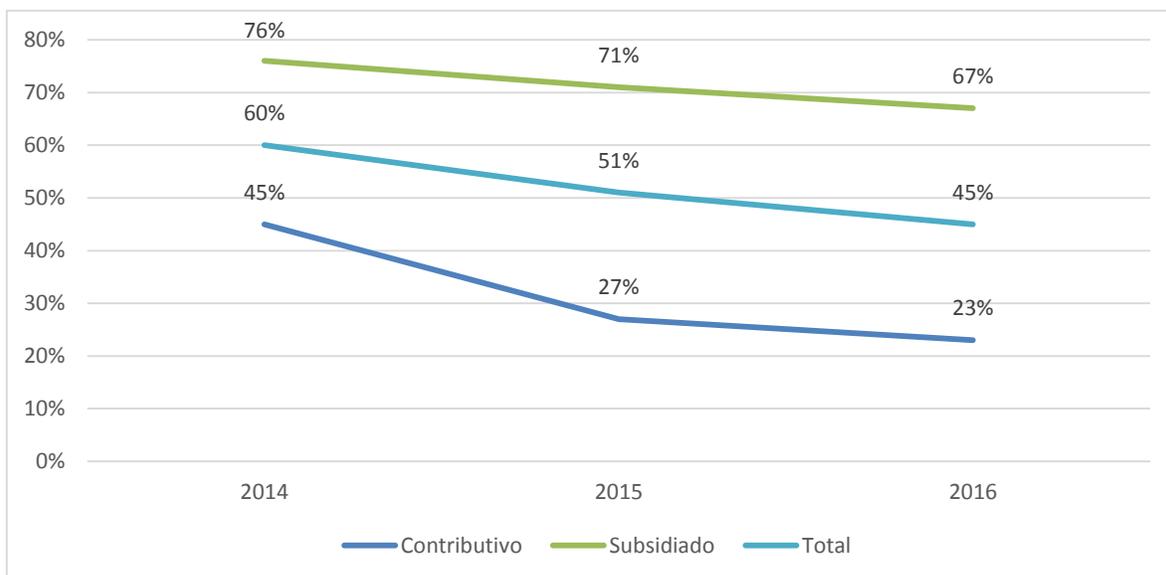
Zona	Forma de solicitud de citas			
	Presencial	Teléfono	Internet	Otro
Rural	73.7%	26.0%	0.1%	0.2%
Urbano	38.5%	56.5%	4.6%	0.4%

Fuente: Elaboración propia.

En comparación con años anteriores se ve una reducción importante en los

usuarios que prefieren el modo presencial. Ha cambiado del 60% en 2014 al 45% en el 2016. Dicha disminución se debe, mayoritariamente, al régimen contributivo, donde la proporción de personas que piden así sus citas disminuyó en 22 puntos porcentuales. En el régimen subsidiado hubo también una disminución, aunque menos importante, de 9 puntos porcentuales.

Gráfica 14. Evolución de solicitud de citas de manera presencial



Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, los datos de la siguiente tabla sugieren que la escogencia del canal está ligada al estado de salud del usuario. Es decir, los usuarios con mal estado de salud prefieren ir personalmente con un 53,5% de los mismos, frente a un 42% de los usuarios con buen estado de salud. Así mismo, los usuarios con mal estado de salud utilizan en menor medida los canales no presenciales, indicando que ante la necesidad de un acceso rápido y oportuno prefieren ir presencialmente.

Tabla 9. Forma de solicitud de citas por estado de salud

Estado de Salud	Forma de solicitud de citas			
	Presencial	Teléfono	Internet	Otro
Muy malo, malo y regular	53.5%	43.2%	2.8%	0.5%
Bueno o muy bueno	42.0%	53.7%	4.1%	0.3%

Fuente: Elaboración propia.

La variable de estrato socioeconómico también está relacionada con este indicador. El 75% Las personas que residen en viviendas de estratos superiores al 4 prefieren el uso del teléfono, sobre el 15.6% que prefiere asistir directamente al centro de salud. Igualmente, las personas que se identifican como parte de grupos étnicos indígenas, negros y raizales piden sus citas en persona. En promedio, en estos grupos étnicos el 73,8% de personas lo prefiere, mientras que en personas de identificación mestiza este porcentaje es de 42,8%. Ello puede responder a barreras de acceso a medios de comunicación en estos grupos. El nivel educativo, por su parte, no parece estar relacionado con esta preferencia.

5.2.4.2. Motivo de escogencia del canal para la solicitud de citas

Complementario al indicador anterior, se indagó con los usuarios la razón por la cual prefieren determinado canal de solicitud. La proporción más alta por la que escogen una forma es por la comodidad, el gusto - Por preferencias particulares. Una proporción importante 29.5%, de los que fueron de manera presencial opinan que las otras opciones no son efectivas De los que utilizan el teléfono, el 18.7% manifiestan que la EPS no da más opciones.

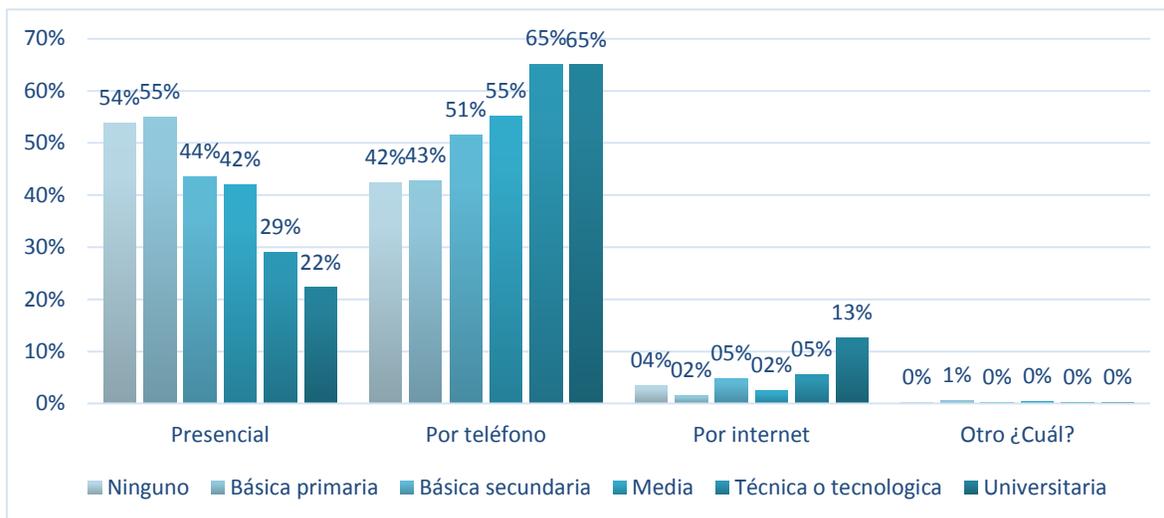
Tabla 10. Forma de solicitud de citas por Motivo de escogencia del canal para la solicitud de citas

Motivo de escogencia del canal para la solicitud de citas	Forma de solicitud de citas			
	Presencial	Teléfono	Internet	Otro
Por preferencias particulares (gusto, comodidad)	54,4%	68,9%	83,7%	37,0%
No sabe manejar las otras opciones	6,4%	4,8%	0,5%	5,0%
Las otras opciones no son efectivas	29,5%	10,2%	11,9%	3,3%
La EPS no me brinda otro canal	15,4%	18,7%	4,7%	5,1%
El usuario no tiene acceso a otros canales	3,8%	3,1%	2,7%	14,3%

Fuente: Elaboración propia.

Como lo muestra la siguiente gráfica, estas preferencias están ligadas al nivel de educación del usuario. Dentro del grupo de personas con estudios universitarios, por ejemplo, aquellos que prefieren asignar sus citas por internet son el 7,1%, lo cual está 5 puntos porcentuales por encima del total. La proporción de personas que prefiere asignar su cita a través de una llamada telefónica respecto a aquellas que prefieren asistir al centro de salud para hacerlo presencialmente también aumenta conforme aumenta el nivel educativo.

Gráfica 15. Forma de solicitud de citas por nivel educativo



Fuente: Elaboración propia.

Esto sugiere que, para aumentar la facilidad de acceso a través de estos medios, en especial en zonas rurales donde las facilidades de transporte dificultan la asistencia presencial al centro de salud, es necesario hacer un esfuerzo en términos pedagógicos de la mano de estrategias de alfabetización digital que mejoren la disponibilidad de los usuarios para el uso de medios alternativos.

5.2.5. Servicio de urgencias

Un poco más de una cuarta parte de las personas encuestadas asistieron a urgencias (27,1%) durante los últimos seis meses y esta asistencia no varía notablemente de acuerdo con el régimen al que hace parte el usuario. Para el contributivo es de 27,4% y para el subsidiado de 26,7%.

Dada esta alta proporción, es interesante evaluar el motivo por el cual los usuarios deciden asistir a dicho servicio y si éste es una puerta de entrada para tener acceso a la atención en salud que por otros canales tiene barreras. Para ello se midió un indicador sobre el motivo de urgencias:

INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
Motivos de urgencias	Muestra las razones de utilización del servicio de urgencias de los usuarios como proporción del Total de usuarios que utilizaron el servicio en los últimos 6 meses	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron entre las opciones "" hasta "f" (P14) respectivamente a la pregunta: ¿Por cuáles de las siguientes razones usó en los últimos seis meses el servicio de urgencias? y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje para cada opción - Utilizando factores de expansión de la encuesta

Como se puede ver en el siguiente cuadro, alrededor del 80% de los usuarios que asistieron a urgencias lo hicieron por una razón válida. Es decir, las razones para las cuales está diseñado este mecanismo dentro de la atención en salud. Dichas razones corresponden a las opciones: “Tuvo un Accidente de tránsito, laboral, atraco, peleas” y “sin que fuera un accidente, sintió que su estado de salud era grave o podía tener consecuencias graves”. Las demás razones pueden ser mecanismos que han usado los usuarios para evitar las barreras de acceso en otros servicios como la consulta externa. Dentro de los motivos que el usuario no considera asociados a un estado grave de salud que requiere una atención inmediata, los más importantes son: La falta de disponibilidad de citas prioritarias en los puntos de atención de la EPS, la falta de disponibilidad en citas médicas y finalmente para recibir en una sola visita la consulta, la realización de los exámenes de laboratorio y el control.

Tabla 11. Motivos de Urgencias por Régimen.

Régimen	Tuvo un Accidente tránsito, laboral, atraco, peleas	Estado de salud era grave o podía tener consecuencias graves	Razones no relacionadas a una urgencia
Subsidiado	8,5%	69,9%	21,6%
Contributivo	9,1%	73,4%	17,5%
Total	8,8%	71,7%	19,5%

Fuente: Elaboración propia.

No se presentan diferencias importantes entre la zona rural y la zona urbana ni otras variables como estrato de la residencia, identificación étnica o nivel educativo. En la zona rural la proporción de personas que acude al servicio por motivos válidos es de 81,4% mientras que en las zonas urbanas es del 78,9%.

En el año 2.014 el 88,2% de los usuarios de urgencias fueron por motivos válidos de estados graves de salud y en el 2.015 estas razones motivaron al 92% de los usuarios del servicio. No hay diferencias importantes de acuerdo al régimen.

5.2.6. Medicamentos

En cuanto al acceso a medicamentos, el 18% de los usuarios tuvo necesidad de realizar algún trámite para solicitar medicamentos. A ellos se les preguntó cómo había sido la entrega.

No. preg 2.016	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
10 g/h	Utilización servicio de entrega de medicamentos	Indica la proporción de usuarios de EPS que utilizaron el servicio de entrega de medicamentos	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Si" a la pregunta: ¿Cuáles de los siguientes servicios de salud ha utilizado usted a través de su EPS? (opciones "Trámite para solicitar medicamentos" y

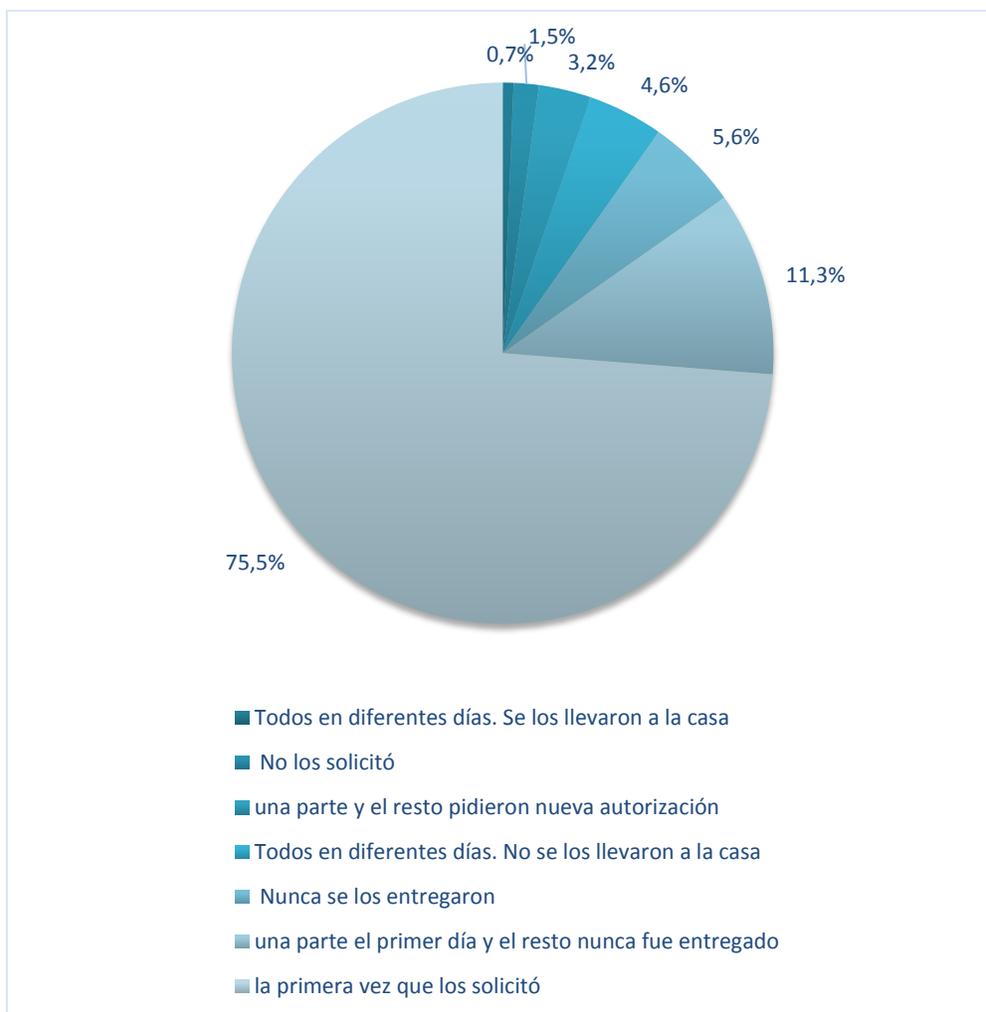
No. preg	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
2.016		en los últimos 6 meses	"Entrega de los medicamentos" P10)... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta
15	Forma de entrega de medicamentos	Muestra la forma de entrega de medicamentos de los usuarios como proporción del Total de usuarios que utilizaron el servicio en los últimos 6 meses	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron entre las opciones "1" hasta "7" (P15) respectivamente a la pregunta: La última vez que le formularon medicamentos...Como fue la entrega...? y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje para cada opción - Utilizando factores de expansión de la encuesta

De los usuarios que realizaron la solicitud, al 75,5% se le entregaron todos los medicamentos la primera vez que los solicitó, como es ideal. En total el 16,6% de estos usuarios requirió de más de una entrega para completar los medicamentos; al 11,3% le entregaron una parte el primer día y el resto nunca fue entregado; el 4,6% tuvo que esperar y luego recoger los medicamentos faltantes; mientras que solo al 0,7% le fueron llevados al domicilio los medicamentos que no estaban disponibles el día que los solicitó.

Respecto a este punto, debe tenerse en cuenta lo establecido por la Resolución 1604 de 2.013, mediante la cual se establece que, si el usuario lo autoriza, los medicamentos que no se encuentren disponibles en el momento de su solicitud deberán ser llevados en su lugar de residencia o trabajo en un plazo no mayor de 48 horas. De acuerdo con esta regulación, se espera que una alta proporción del 25% de usuarios a los que no fueron entregados la totalidad de los medicamentos solicitados en el primer día, respondan positivamente a la opción

“en diferentes días y lo faltante se lo llevaron a la casa”. Sin embargo, menos del 1% del total de usuarios afirma haber recibido los medicamentos lo que evidencia dificultades en el cumplimiento de lo requerido a las EPS en esta resolución. Adicionalmente, el tiempo transcurrido entre la entrega en el domicilio y la solicitud no se establece dentro de esta respuesta.

Gráfica 16. Forma de Entrega de medicamentos



Fuente: Elaboración propia.

Las razones menos frecuentes para la demora en la entrega de medicamentos están asociadas a la solicitud de una autorización adicional con 3,2% de los usuarios que los solicitaron, el 5,6% nunca recibió sus medicamentos y, finalmente, el 1,5% optó por no solicitarlos.

No se presentan diferencias importantes entre los dos regímenes. Únicamente, en la proporción de usuarios que hacen la solicitud y deciden no pedir sus medicamentos, que es ligeramente más alta en el régimen contributivo (2,2%), que en el subsidiado (0,9%). Por otro lado, la proporción de usuarios que recibe la totalidad de medicamentos el primer día que los solicita es un poco mayor en el régimen subsidiado (76,7%), 2 puntos porcentuales más alta que en el régimen contributivo (74,3%).

En zona geográfica, se reproduce igualmente esta diferencia. En las zonas rurales, son menos las personas que optan por no solicitar los medicamentos y mayor la proporción de quienes los reciben de forma completa por primera vez.

Tabla 12. Forma de Entrega de medicamentos por Régimen y Zona

Entrega de medicamentos	Subsidiado	Contributivo	Rural	Urbano	Total
La primera vez que los solicitó	76,7%	74,3%	80,1%	74,5%	75,5%
Una parte el primer día y el resto nunca fue entregado	11,2%	11,4%	9,7%	11,6%	11,3%
Nunca se los entregaron	5,3%	5,9%	6,5%	5,4%	5,6%
Todos en diferentes días. No se los llevaron a la casa	4,9%	4,3%	3,7%	4,8%	4,6%
Solo una parte y el resto pidieron nueva autorización	3,0%	3,4%	1,5%	3,6%	3,2%
No los solicitó	0,9%	2,2%	0,3%	1,8%	1,5%
Todos en diferentes días Le llevaron a la casa	0,5%	0,8%	0,4%	0,7%	0,7%

Fuente: Elaboración propia.

Otras variables geográficas como el estrato de la residencia o personales como

el nivel educativo y el grupo étnico no tienen diferencias importantes. Únicamente difiere para la percepción del estado de salud. De los que reciben el medicamento la primera vez que lo solicitaron, quienes perciben su estado de salud como bueno o muy bueno tienen una proporción mayor en 18 puntos porcentuales, sobre quienes perciben su estado de salud como malo o muy malo.

Para los que consideran estar en mal estado de salud esta proporción es significativamente menor, incluso en relación al promedio total de usuarios. El porcentaje de quienes nunca reciben el medicamento o a quienes piden una autorización se incrementa para este grupo. De acuerdo a esto, es posible que las restricciones en el acceso a medicamentos estén asociadas a enfermedades crónicas o enfermedades graves, características de este grupo de usuarios.

En cuanto a años anteriores, este indicador muestra mejoría respecto al año anterior en donde el 69,5% del total de personas recibió sus medicamentos la primera vez que los solicitó y al 4% no les fue entregado. Por otro lado, para el primer trimestre de 2.016 la Superintendencia de Salud, reportó que la oportunidad de entrega de medicamentos POS fue del 98,75%. Esto contrasta con la oportunidad percibida por los usuarios.

Tabla 13. Forma de Entrega de medicamentos por Estado de salud

Entrega de medicamentos	Muy malo, malo y regular	Bueno o muy bueno
La primera vez que los solicitó	62,8%	81,4%
Una parte el primer día y el resto nunca fue entregado	16,6%	8,8%
Nunca se los entregaron	9,3%	3,9%
Todos en diferentes días. No se los	7,5%	3,2%

Entrega de medicamentos	Muy malo, malo y regular	Bueno o muy bueno
llevaron a la casa		
Solo una parte y el resto pidieron nueva autorización.	4,7%	2,5%
No los solicitó	1,6%	1,5%
Todos en diferentes días. Le llevaron a la casa	1,1%	0,5%

Fuente: Elaboración propia.

5.2.7. Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad han sido espacialmente impulsados en las últimas décadas. A través de ellos, las personas reconocen cada vez más la necesidad de buscar de manera activa servicios de prevención como la vacunación o el tamizaje para cáncer de cuello uterino.

Los siguientes indicadores describen el acceso a estos programas para el año 2.016, tanto la disponibilidad e impulso de los mismos por parte de la EPS como la asistencia por parte de los usuarios.

No. preg 2.016	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
10 g/h	Servicios de prevención de salud brindados por EPS	Indica los servicios de prevención brindados a los usuarios por las EPS, como proporción del Total de usuarios que recibieron	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron entre las opciones "a" hasta "k" (P31) respectivamente a la pregunta: ¿Su EPS en los últimos 6 meses le ha brindado

No. preg	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
2.016		estos servicios	alguno de los siguientes programas y/o servicios? y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje para cada opción - Utilizando factores de expansión de la encuesta
15	Utilización programas de prevención de salud	Indica los servicios de prevención a los que han asistido los usuarios como proporción de los respectivos servicios de prevención brindados por las EPS	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron entre las opciones "a" hasta "k" (P32) respectivamente a la pregunta: ¿Y En los últimos 6 meses, asistió al programa de..? y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje para cada opción - Utilizando factores de expansión de la encuesta

El análisis de estas preguntas es complejo porque las EPS promocionan estos servicios a través de distintos canales que varían en términos de calidad y efectividad: desde la publicación de una campaña en una sala de espera hasta la realización de talleres y trabajo pedagógico con la comunidad. En este sentido, el usuario puede haber accedido al servicio al ver la información sobre él o pudo haber sido remitido por el personal médico.

La oferta a los programas de prevención es corta, tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo. Hay mayor proporción de usuarios con conocimiento de los programas en el régimen subsidiado que en el contributivo. Esto es cierto para todos los programas excepto para el programa de prevención de cáncer de seno, en donde la proporción de personas que saben de él en el contributivo es 4 puntos porcentuales mayor.

No hay diferencias importantes por tipo de afiliado, solo para programas de

vacunación y crecimiento y desarrollo. Esto es porque son programas dirigidos a menores, que no hacen parte del grupo de cotizantes.

Los programas más conocidos entre los usuarios de EPS son citologías, crecimiento y desarrollo, vacunación y aquellos relacionados con enfermedades crónicas como diabetes o problemas de riñón.

Tabla 14. Servicios de prevención de salud brindados por EPS por Régimen

Programa	Régimen		
	Subsidiado	Contributivo	Total
Citologías	34,5%	33,7%	34,1%
Crecimiento y desarrollo	31,1%	18,7%	24,0%
Vacunación	23,6%	21,8%	22,7%
Enfermedades crónicas	17,3%	16,3%	16,8%
Prevención cáncer de seno	12,2%	16,1%	14,1%
Acuerdo a su grupo de edad	13,1%	11,8%	12,5%
Planificación familiar	13,2%	11,8%	12,4%
Control prenatal	6,7%	6,4%	6,5%
Salud mental	5,3%	4,4%	4,8%
Promedio	17,4%	15,7%	16,4%

Fuente: Elaboración propia.

Ahora bien, la proporción de personas que asisten a este programa es también baja. Específicamente para el programa de crecimiento y desarrollo, el 27,7% de los usuarios menores de 10 años, utilizaron el programa de crecimiento y

desarrollo que le brindaba su EPS. La proporción varía de acuerdo al régimen siendo mayor en el subsidiado con 30,6% y en la zona rural con 32,8%. Es posible que esta mayor cobertura de programas de crecimiento y desarrollo en zonas rurales esté relacionada con la presencia de otros programas de protección y promoción social en estas zonas como la Red Unidos y Más Familias en Acción. Este último, en particular, puede influir pues el componente de salud está condicionado con la asistencia a controles de crecimiento y desarrollo. De la misma manera, en el programa de vacunación se presenta una mayor proporción en el régimen subsidiado sobre el contributivo, y en la zona rural sobre la zona urbana.

Tabla 15. Utilización programas de prevención de salud por Régimen y Zona

Programa	Subsidiado	Contributivo	Rural	Urbano	Total
Crecimiento y desarrollo	30,6%	23,6%	32,8%	26,1%	27,7%
Salud oral	19,0%	17,7%	18,7%	18,3%	18,4%
Vacunación	16,1%	12,2%	17,1%	13,5%	14,4%
Enfermedades crónicas	11,3%	10,0%	10,1%	10,9%	10,7%
Salud visual	9,6%	9,0%	9,8%	9,2%	9,3%
Mamografía	5,5%	9,2%	5,7%	7,6%	7,1%
Planificación familiar	5,5%	6,3%	5,6%	6,0%	5,9%
De acuerdo a su grupo de edad	4,3%	4,5%	3,6%	4,6%	4,4%
Control prenatal	2,9%	2,6%	1,5%	3,1%	2,7%
Citologías	2,9%	2,5%	1,5%	3,1%	2,7%

Programa	Subsidiado	Contributivo	Rural	Urbano	Total
Salud mental	1,3%	2,0%	0,8%	1,9%	1,6%

Fuente: Elaboración propia

5.2.8. Barreras de acceso

5.2.8.1. Autorizaciones

En la estructura del sistema de salud de Colombia las EPS brindan la protección financiera y deben representar a los usuarios frente a los prestadores. En este sentido, las autorizaciones para el uso de algunas atenciones fueron incorporadas para moderar y prevenir abusos de consumo. La encuesta midió la proporción de usuarios que habían solicitado una autorización en los últimos seis meses y el grado de facilidad para efectuar dicho trámite.

No. preg 2.016	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
34	Calificación de barreras de acceso (autorizaciones)	Indica la proporción de usuarios que han solicitado una autorización en los últimos seis meses.	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Sí" a la pregunta: En los últimos seis meses ha tramitado alguna solicitud? ... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta
21		Indica la proporción de usuarios que han solicitado una autorización en los últimos seis meses y la califican como buena o muy buena.	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Buena" o "Muy buena" a la pregunta: Cómo calificaría todo el proceso de las autorizaciones de los servicios de salud de su EPS? ... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la

No. preg	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
2.016			

encuesta

El 31,1% de los usuarios reportaron haber realizado por lo menos un trámite de autorización en los últimos 6 meses. Esta cifra es ligeramente inferior a la del indicador en años anteriores. Para el 2.014 el 33% de los usuarios tramitó alguna solicitud y en el 2.015 el 34% de los usuarios lo hizo. Para 2.016, la mayor proporción de estos trámites fue para exámenes o procedimientos que requerían de autorización, con 43% de los usuarios que tramitaron alguna autorización, y consulta especializada, con un 42,5% de los mismos.

Al evaluar con los usuarios la percepción de facilidad sobre este trámite, únicamente el 22,5% de ellos consideraron que el trámite les había sido fácil o muy fácil. Es decir, el 77,5% de las personas que deben solicitar una autorización para acceder a algún servicio de salud siente que este trámite no fue fácil y de alguna manera dificultó su acceso al servicio. Esta percepción de dificultad no muestra diferencias importantes entre el régimen, aunque sí por zona y la percepción del estado de salud.

Resulta importante, no obstante, resaltar que el indicador ha mejorado en los últimos años pues en el 2.014 únicamente el 10% de las personas que realizaron el trámite lo calificaron como fácil o muy fácil, porcentaje que en el 2.015 ascendió a 18%.

Tabla 16. Indicadores sobre Trámite de autorizaciones Y SU FACILIDAD por características del usuario

Variable	Categoría	Tramite de autorización	Facilidad
Régimen	Subsidiado	31,7%	21,0%
	Contributivo	30,6%	24,0%
	Total	31,1%	22,5%
Zona	Rural	28,6%	18,5%
	Urbano	31,7%	23,3%
Percepción estado de salud	Muy malo, malo y regular	47,6%	16,5%
	Bueno o muy bueno	24,9%	26,9%

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a este punto, algunas EPS han implementado mecanismos para lograr mayor agilidad en estos trámites. Por ejemplo, *Cruz Blanca EPS*, lanzó la campaña *No más filas*, que permite a sus afiliados hacer los trámites de solicitud de autorizaciones a través de correo electrónico garantizando una respuesta en un plazo de 48 horas.

Resolución 3951 de 2.016

Teniendo en cuenta que la Encuesta se aplica a los usuarios de los últimos seis meses, estos resultados corresponden al periodo aproximado de mayo a diciembre de 2.016. En ese sentido, pueden reflejar en alguna medida la Resolución 3951 de 2.016 que entró en vigencia a partir del 1 de Septiembre.

Esta resolución modifica la Resolución 1328 de 2.016 del MSPS, que tiene como objeto “establecer el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, garantía del suministro y análisis de la información de servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la unidad de

Pago por Capitalización (UPC)”. Con ella, las EPS que cuenten con la infraestructura tecnológica necesaria, deberán entrar a tramitar lo relacionado con medicamentos y procedimientos a través de una plataforma virtual, dispuesta por el MSPS para ello, sin tener que realizar los trámites de autorizaciones que se requerían hasta el momento.

Así, la Encuesta de percepción de los servicios de las EPS para el año 2017, podrá indagar sobre el efecto de esta nueva regulación. Se esperaría que la percepción del trámite de autorizaciones como barrera de acceso a los servicios disminuya, así como la oportunidad en servicios de medicina especializada, entrega de medicamentos y programación de cirugías. Es posible también que estos indicadores muestren para el próximo año diferencias para los anteriores indicadores entre el régimen contributivo y subsidiado. Lo anterior en razón de la diferencia en infraestructura tecnológica y capacidad de las EPS en ambos regímenes. Siendo probable que aquellas del contributivo puedan incorporar los cambios con mayor facilidad. El estudio de 2017 deberá indagar, entonces, el impacto de esta iniciativa del MSPS.

5.2.9. Agendamiento

El agendamiento se ha convertido en otra barrera al acceso pues los usuarios reciben respuestas de no disponibilidad de agendas al momento de solicitar sus citas médicas o agendar otros servicios de salud como citas de medicina especializada o procedimientos médicos. Para medirlo se utilizó el siguiente indicador:

No. preg	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
2.016			

No. preg 2.016	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
34	Calificación de barreras de acceso (agendamiento)	Indica la proporción de usuarios que fueron informados de que “no había agenda” al solicitar un servicio de salud.	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Sí" a la pregunta: En los últimos seis meses cuando usted solicitó que le prestaran un servicio de salud, se encontró una situación como que no había agenda? ... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta

La tabla siguiente muestra la proporción de usuarios que fueron informados de no disponibilidad de agenda para cada uno de los servicios. En total, el 27,4% de los usuarios recibió esta respuesta. La diferencia es marcada entre el régimen contributivo 33,4% y el régimen subsidiado 21,3%. En cuanto a la zona, en lo urbano se presenta una mayor proporción de usuarios que enfrentan esta barrera. El tamaño del municipio también es una variable importante. En los municipios categoría de 1, que corresponde a grandes ciudades, este indicador es del 33,6%, frente a 17,6% de los municipios categoría 6.

Tabla 17. Indicadores sobre Información de no agenda por características del usuario

Variable	Categoría	Información de no agenda
Régimen	Subsidiado	21.3%
	Contributivo	33.4%
	Total	27.4%
Tipo de Afiliado	Afiliado al régimen subsidiado	21.3%

Variable	Categoría	Información de no agenda
Estudio	Beneficiario en el régimen contributivo	33.7%
	Cotizante en el régimen contributivo	33.0%
Zona	Rural	15.8%
	Urbano	30.1%
Categoría de municipio	Especial	34.5%
	1	33.7%
	2	13.7%
	3	18.2%
	4	9.9%
	5	21.5%
	6	17.1%
	San Andrés	21.1%

Fuente: Elaboración propia.

En el año 2.015 fueron informados de falta de agenda el 41% del total de usuarios, con 51% en usuarios del régimen contributivo, y 32% en usuarios del régimen subsidiado. De los que contestaron que les habían informado la No agenda, se les preguntó el o los servicio(s) en los cuales ocurrió el evento. Los servicios con mayor problema de agendamiento son la consulta de medicina general 43,6% y otras consultas especializadas como cardiología, neurología y ortopedia 31,9%.

El artículo 1 de la Resolución 1552 de 2.013 establece que las EPS deben tener agendas abiertas para medicina especializada durante todo el año.

“Artículo 1°. *Agendas abiertas para asignación de citas. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), de ambos regímenes, directamente o a través de la red de prestadores que definan, deberán tener agendas abiertas para la asignación de citas de medicina especializada la totalidad de días hábiles del año. Dichas entidades en el momento en que reciban la solicitud, informarán al usuario la fecha para la cual se asigna la cita, sin que les sea permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida.*

En esta medida, se espera que la proporción de usuarios que responden positivamente a la pregunta: “¿Cuando usted solicitó que le prestaran el servicio se encontró con una situación como que no había agenda?” sea cercana a cero. Sin embargo, aún el 27,4% lo que indica que las EPS siguen presentando problemas en este aspecto, convirtiéndolo en una de las principales barreras al acceso de servicios de salud, siendo mayor esta proporción en los usuarios del régimen contributivo (33,4%) que en el subsidiado (21,3%).

La siguiente tabla muestra el porcentaje de usuarios a los que fue informado que no había agenda, por servicio. Los servicios donde más se presenta la ausencia de agenda como barrera de acceso son: consulta de medicina general, consultas de cardiología, neurología y ortopedia, odontología y medicina interna.

Tabla 18. Información de no agenda por Régimen

Servicios	Régimen		
	Subsidiado	Contributivo	Total
Consulta de medicina general	42,2%	44,4%	43,6%
Otras consultas de medicina	32,3%	31,7%	31,9%

Servicios	Régimen		
	Subsidiado	Contributivo	Total
especializada cardiología, neurología y ortopedia			
Información de no agenda	21,3%	33,4%	27,4%
Odontología	8,5%	8,4%	8,4%
Consulta de medicina interna internista	6,2%	7,1%	6,8%
Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico	4,5%	4,7%	4,7%
Consulta de pediatría	4,3%	3,3%	3,7%
Consulta de ginecología citologías, y otros relacionados sin incluir embarazo	3,4%	3,4%	3,4%
Cirugía general	3,7%	2,7%	3,1%
Exámenes de laboratorio	2,4%	2,1%	2,2%
Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PyP)	2,0%	2,2%	2,1%
Terapias en la EPS físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje	0,8%	2,1%	1,6%
Citas prioritarias cita no programada	0,7%	1,6%	1,3%
Entrega de los medicamentos	1,7%	1,0%	1,3%
Urgencias	0,9%	1,1%	1,0%

Servicios	Régimen		
	Subsidiado	Contributivo	Total
Consulta de Obstetricia - control embarazo	1,5%	0,2%	0,7%
Trámite para solicitar medicamentos	0,5%	0,3%	0,4%
Hospitalización	0,1%	0,2%	0,2%
Domiciliario médicos, cuidados	0,1%	0,2%	0,2%
Tratamientos asistidos quimioterapia-radioterapias-diálisis	0,1%	0,2%	0,2%
Suministro de oxígeno	0,0%	0,0%	0,0%

Fuente: Elaboración propia.

5.2.10. Tutelas para acceder a los servicios

Otro indicador interesante en cuanto a la restricción al acceso, es la medición de los mecanismos no cotidianos o extremos que se hicieron necesarios para poder acceder a los servicios, como la interposición de tutelas o derechos de petición. Los resultados muestran que el 2,1% de los usuarios interpusieron acción de tutela, porcentaje que es mucho mayor al 1% de los usuarios, en los dos años anteriores. Esta cifra ha venido aumentando desde el año 2.014 donde 1% de los usuarios acudió a este recurso y que en el año 2.015 ya alcanzaba el 2%. Este aumento puede responder al aumento de barreras de acceso a los servicios o al aprendizaje de los usuarios respecto a las formas de superar las barreras existentes. Los usuarios recurren a este mecanismo en mayor proporción en el régimen subsidiado y en las zonas rurales.

Tabla 19. Mecanismos extremos para acceder a los servicios

Variable	Categoría	Tutelas			
		Interponer tutela	Informa a Juez desacato	Otro	Ninguno
Régimen	Subsidiado	2,7%	0,1%	0,1%	97,1%
	Contributivo	1,6%	0,3%	0,3%	97,8%
	Total	2,1%	0,2%	0,2%	97,4%
Zona	Rural	3,8%	0,0%	0,1%	96,1%
	Urbano	1,7%	0,2%	0,3%	97,8%

Fuente: Elaboración Propia

En cuanto a la efectividad del mecanismo, de los que interpusieron tutela el 79,9% fue fallada a favor del usuario, pero de estas tutelas la EPS no cumplió totalmente la acción fallada por el juez en el 4,3% de los casos.

Tabla 20. Favorabilidad de la Tutela por Régimen

Favorabilidad de la tutela

Régimen	Sí	No, pero la EPS prestó servicio	No y la EPS no prestó servicio	No ha salido el fallo
Subsidiado	91,1%	1,0%	1,1%	6,8%
Contributivo	64,0%	8,9%	1,6%	25,4%
Total	79,9%	4,3%	1,3%	14,5%

Fuente: Elaboración propia.

5.3. OPORTUNIDAD

La oportunidad en los servicios de salud es otro atributo de su calidad. El presente estudio considera tanto medidas de tiempos de espera para el acceso a los distintos servicios de salud como la percepción de oportunidad de los usuarios dentro de este tiempo de espera. Adicionalmente, se incluye información particular sobre el trámite de autorizaciones.

La tabla siguiente muestra la percepción lo anterior definido como la proporción de usuarios que considera que el tiempo de espera fue “Muy CORTO” o “CORTO”. La unión de estas dos respuestas refleja la favorabilidad en la percepción del tiempo. Un indicador cercano a 1 indica que la mayoría de los usuarios reportan muy buena favorabilidad al tiempo de espera, mientras que en la medida que el indicador disminuya, se acerque a 0, nos muestra problemas en la favorabilidad.

No. preg 2.016	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
12a	Tiempo de espera servicio	Indica el tiempo de espera del servicio de medicina general	Se calcula como el cociente entre la sumatoria de los tiempos de espera de los usuarios de las EPS con base en la pregunta “Desde el momento en que usted comenzó a contactar a su EPS para solicitar el servicio de ¿Cuánto tiempo debió esperar para ser atendido? dividido entre el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta
13b	Percepción del tiempo de espera de medicina especializada	Muestra la proporción de usuarios que indicaron que el tiempo de espera les pareció largo después de solicitar el servicio de medicina especializada	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Largo" o "Muy largo" a la pregunta: ¿cómo le pareció el tiempo de espera para ser atendido en el servicio de _____? (opciones "b1" a "b6" P13)... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta

No. preg 2.016	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
13d	Percepción del tiempo de espera de urgencias	Muestra la proporción de usuarios que indicaron que el tiempo de espera les pareció largo después de solicitar el servicio de urgencias	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Largo" o "Muy largo" a la pregunta: ¿cómo le pareció el tiempo de espera para ser atendido en el servicio de _____? (opciones "c" a "f" P13)... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta
13 g/h	Percepción del tiempo de espera de entrega de medicamentos	Muestra la proporción de usuarios que indicaron que el tiempo de espera les pareció largo después de solicitar el servicio de entrega de medicamentos	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Largo" o "Muy largo" a la pregunta: ¿cómo le pareció el tiempo de espera para ser atendido en el servicio de _____? (opciones "g" y "h" P13)... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta
13 j	Percepción del tiempo de espera de Programas de prevención de salud y prevención de enfermedad	Muestra la proporción de usuarios que indicaron que el tiempo de espera les pareció largo después de solicitar el servicio de Programas de prevención de salud y prevención de enfermedad	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Largo" o "Muy largo" a la pregunta: ¿cómo le pareció el tiempo de espera para ser atendido en el servicio de _____? (opciones "i" a "o" P13)... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta
33 b	Calificación a necesidad de salud	Expresa la proporción de usuarios que califican la solución a sus necesidades de salud en los últimos 6 meses como buena	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Buena" o "Muy buena" a la pregunta: ¿Cómo califica la solución que le dio la EPS a la necesidad de Salud por la cual usted consultó la última vez? y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta

No. preg 2.016	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
34	Acceso a servicios de salud de EPS	Indica la proporción de usuarios que considera fácil el acceso a los servicios de salud a través de su EPS	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Fácil" o "Muy fácil" a la pregunta: En general, en los últimos 6 meses, usted considera que acceder a servicios de salud (exámenes, hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas y terapias) a través de su EPS fue... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta

La siguiente tabla muestra el indicador de acuerdo a cada tipo de afiliado para cada servicio. En cada servicio se puede comparar el tipo de afiliado con el indicador del total nacional para dicho servicio.

En general solo 5 de 20 servicios evaluados tuvieron una favorabilidad superior al 50%: Suministro de oxígeno (61,2%), entrega de medicamentos (53,5%), exámenes de laboratorio (57,6%), y odontología (51,6%). Para el caso de citas de odontología y entregas de medicamentos la favorabilidad en la percepción de oportunidad mejoró respecto a años anteriores. Por el contrario, la entrega de medicamentos redujo esta favorabilidad pasando del 64% en los años 2.014 y 2.015 al 53,5% en el 2.016.

Aunque se han realizado distintos esfuerzos para mejorar su oportunidad, las citas de medicina especializada continúan teniendo los índices más bajos de favorabilidad. Uno de estos esfuerzos es la Resolución 1552 de 2.013, en sus artículos 4 y 5, obliga a las EPS tanto de régimen contributivo como subsidiado a publicar de manera mensual, a través de diferentes canales de comunicación, información sobre los tiempos de espera en medicina especializada. Pese a que las EPS están siendo evaluadas en este aspecto, aún un porcentaje importante de los usuarios considera este servicio lento o muy lento.

Este año la encuesta desagregó esta categoría de medicina especializada preguntando específicamente por consulta de obstetricia - control embarazo, consulta de ginecología citologías y otros relacionados sin incluir embarazo; consulta de medicina interna, consulta de pediatría y otras consultas de medicina especializada por ejemplo cardiología, neurología y ortopedia. Salvo las consultas relacionadas a control de embarazo y obstetricia cuya oportunidad es percibida de manera favorable por el 40,6% de sus usuarios, las citas de medicina especializada como cardiología, neurología y ortopedia, se consideran oportunas por menos del 28,8% de los usuarios. Al observar el indicador por régimen se encuentra que las Terapias EPS físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje, tiene un mayor índice en el contributivo; de la misma forma Tratamientos asistidos (quimioterapia-radioterapias-diálisis) y Hospitalización.

Tabla 21. Indicadores de OPORTUNIDAD A LOS SERVICIOS por Régimen

Servicio	Régimen		
	Subsidiado	Contributivo	Total
Suministro de oxígeno	59,8%	62,9%	61,2%
Exámenes de laboratorio	57,1%	58,0%	57,6%
Entrega de los medicamentos	55,9%	51,1%	53,5%
Odontología	49,1%	53,9%	51,6%
Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (PyP)	46,8%	55,5%	51,4%
Consulta de ginecología (citologías, y otros relacionados sin incluir embarazo)	53,5%	49,6%	51,3%

Servicio	Régimen		
	Subsidiado	Contributivo	Total
Hospitalización	47,5%	54,0%	50,7%
Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico	45,1%	49,5%	47,8%
Terapias en la EPS físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje	34,2%	53,1%	46,8%
Domiciliario (médicos, cuidados)	28,3%	63,5%	44,7%
Consulta de medicina general	47,3%	41,5%	44,3%
Tratamientos asistidos (quimioterapia-radioterapias-diálisis)	34,6%	49,0%	43,3%
Consulta de Obstetricia - control embarazo	46,1%	34,5%	40,6%
Urgencias	45,6%	35,4%	40,4%
Trámite para solicitar medicamentos	40,6%	39,3%	39,8%
Citas prioritarias (cita no programada)	41,9%	37,9%	38,9%
Consulta de pediatría	34,8%	40,6%	38,1%
Cirugía general	32,1%	40,3%	36,5%
Consulta de medicina interna (internista)	27,3%	34,4%	31,3%
Otras consultas de medicina especializada (por ejemplo cardiología, neurología y ortopedia)	26,6%	30,5%	28,8%

Servicio	Régimen		
	Subsidiado	Contributivo	Total
Tiempo empleado en el trámite	21,8%	22,9%	22,3%

Fuente: Elaboración propia.

5.3.1. Percepción de espera y tiempos de espera

Para complementar la información sobre percepción de oportunidad en medicina interna, se estimó en promedio la cantidad de días en que eran atendidos las personas para cada una de las opciones de respuesta a la pregunta: “¿Cómo le pareció el tiempo de espera para ser atendido en el servicio de ... ?”

Los tiempos que se consideran cortos o muy cortos están asociados en promedio a 15 días y la percepción de espera larga corresponde a 60 días. Es decir, aunque el indicador sobre esta percepción tenga resultados favorables con altos porcentajes de favorabilidad, esto no necesariamente corresponde a tiempos de espera adecuados o ideales para el servicio. Puede haber, un aspecto cultural asociado a la adaptación de los usuarios a largos tiempos de espera en este servicio que los lleva a valorar como cortos tiempos de espera de 15 días.

La percepción de oportunidad de las consultas de medicina especializada presenta una mejora respecto a los años anteriores. En el 2.014 y 2.015 el indicador agregado para citas de medicina especializada tuvo el 23% y 25% respectivamente, mientras que en el año 2016 el indicador fue de 37,9%.

Los usuarios que pertenecen al régimen subsidiado dan mayor favorabilidad sobre los tiempos en consulta de medicina general, odontología, trámite para solicitar medicamentos y urgencias. De otra parte, en general, los cotizantes al régimen contributivo están más inconformes con los tiempos de espera que los beneficiarios.

La tabla siguiente muestra los promedios de día de espera, para cada uno de los

servicios estudiados. Si bien es cierto, que las distribuciones estadísticas de la mayoría de estos indicadores no sigue una distribución normal, son asimétricas y por lo tanto sería conveniente usar la mediana en lugar de la media aritmética, se calculó el promedio para efectos de comparación con las cifras reportadas por el Ministerio y por las EPS en sus reportes semestrales.

Tabla 22. Promedio de días de espera por tipo de servicio según régimen

Servicio	Régimen		
	Subsidiado	Contributivo	Total
Otras consultas de medicina especializada (por ejemplo cardiología, neurología y ortopedia)	34,92	36,57	35,86
Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (P y P)	36,39	31,96	34,07
Cirugía general	35,58	32,70	34,02
Consulta de medicina interna (internista)	30,77	28,36	29,39
Domiciliario (médicos, cuidados)	42,07	4,64	24,64
Consulta de Obstetricia - control embarazo	22,04	11,73	17,12
Consulta de pediatría	17,37	15,00	16,03
Tratamientos asistidos (quimioterapia-radioterapias-diálisis)	15,04	10,55	12,32
Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico	10,19	9,73	9,91
Terapias en la EPS físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje	9,37	9,05	9,16
Consulta de ginecología (citologías, y otros relacionados sin incluir embarazo)	6,57	8,37	7,60
Trámite para solicitar medicamentos	7,35	6,54	6,88
Consulta de medicina general	5,55	7,93	6,78
Odontología	5,03	6,76	5,93
Suministro de oxígeno	3,63	5,79	4,65
Exámenes de laboratorio	2,85	3,11	2,99

Entrega de los medicamentos	2,82	2,35	2,59
Hospitalización	2,30	2,21	2,26
Citas prioritarias (cita no programada)	2,87	1,60	1,92
Urgencias	0,22	0,30	0,26

Fuente: Elaboración propia.

La Resolución 1552 de 2.013, establece tiempos máximos de espera para servicios como medicina general y odontología y obliga a las EPS a monitorear y mejorar los tiempos de espera en consultas de medicina especializada.

Por ejemplo en el párrafo tercero del artículo 1, hace referencia al tiempo de espera para la asignación de medicina general y odontología. “**Parágrafo 3°.** *La asignación de las citas de odontología general y medicina general, no podrá exceder los tres (3) días hábiles, contados a partir de la solicitud, salvo que el paciente las solicite de manera expresa para un plazo diferente. Dichas entidades en el momento en que reciban la solicitud, informarán al usuario la fecha para la cual se asigna la cita, sin que les sea permitido negarse a recibir la solicitud y a fijar la fecha de la consulta requerida.*”

La percepción de oportunidad y tiempos de espera reportados por los usuarios para estas citas son en su mayoría superiores a los establecidos en esta normatividad. Para medicina general el promedio fue de 6,8 días es decir un poco más del doble de la normatividad.

En medicina especializada, la Resolución 1.552 de 2.013 no establece tiempos máximos de espera, salvo en casos de consulta de obstetricia y pacientes con diagnóstico de cáncer en los que se recomienda mayor celeridad. Sin embargo, los artículos 3, 4 y 5 obligan a hacer seguimiento a estos tiempos y adoptar planes de mejoramiento para hacer el servicio más oportunas.

Al evaluar los tiempos reportados por las EPS en sus sitios web, se observa que estos son, en general, menores a los que reportaron los usuarios. Aquí es importante tener en cuenta que la fuente de reporte de estos datos es distinta y no

necesariamente se espera que los tiempos coincidan. Las EPS hacen seguimiento a información reportada por sus registros administrativos y sistemas de información mientras que los usuarios responden según lo que recuerdan en el momento en que son encuestados. Aunque este último dato puede ser menos preciso porque depende de la memoria del usuario, refleja la percepción que el usuario tuvo de esa espera.

Cuándo se analizan las cifras por régimen, se encuentran unas grandes diferencias entre los dos regímenes, por ejemplo, en Consulta de Obstetricia - control embarazo, 22 días en el subsidiado frente a 11,7 días en el contributivo. El cuidado domiciliario (médicos, cuidados) es aún más grande la diferencia 42 días en subsidiado, mientras que en el contributivo solo son 4,6 días; diferencias importantes se muestran también en Tratamientos asistidos (quimioterapia-radioterapias-diálisis), 15 días versus 10,6 en contributivo.

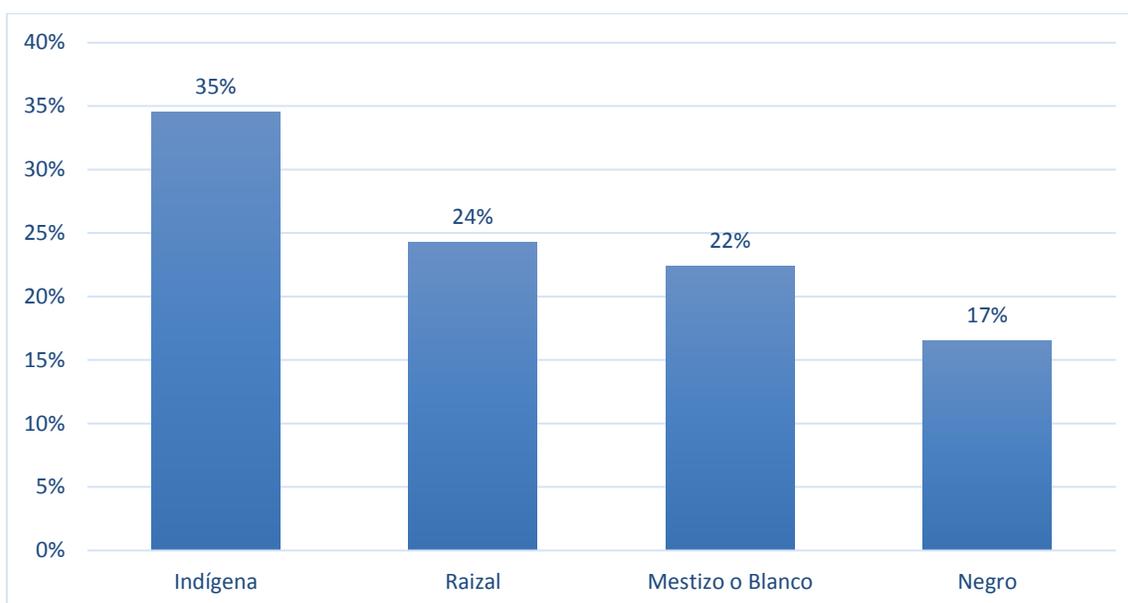
5.3.2. Autorizaciones

Otro indicador de la oportunidad es la calificación del proceso de autorizaciones. En este sentido, la encuesta preguntaba si en los últimos seis meses el usuario había tramitado alguna autorización, el tiempo de espera que transcurrió desde el momento en que el usuario radicó la solicitud y esta fue autorizada, el servicio que le autorizaron y la percepción el tiempo utilizado en este trámite en una escala que va desde “muy lento” a “muy rápido”. Para efectos de este aparte, se muestran los resultados de este indicador señalando la proporción de los usuarios que califican el tiempo uniendo las categorías rápido y muy rápido.

Los datos muestran que los usuarios perciben que el trámite fue rápido o muy rápido en un 22%. No se observa una gran diferencia por régimen, Tipo de afiliado, Zona, categoría del municipio. Por grupo étnico se muestran diferencias. Recordemos que el indicador era la unión de rápido o muy rápido, lo que significa que en la medida que este sea más bajo, indica una situación peor. Los

que más problema presentan son los Afrocolombianos, solo el 16.5% percibe como rápido o muy rápido el servicio de autorizaciones. Los que manifiestan una situación mejor, sin ser obviamente lo ideal, son los indígenas con una favorabilidad en este indicador de 34,5%.

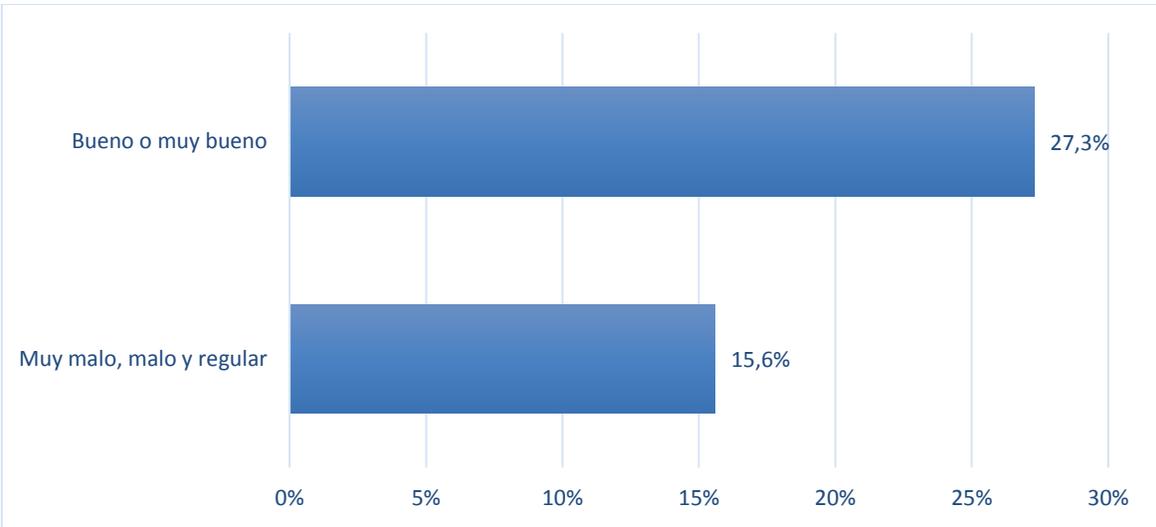
Gráfica 17. Oportunidad en Autorizaciones por Grupo étnico



Fuente: Elaboración propia.

La otra diferencia importante se presenta cuando se analiza percepción del tiempo de espera en relación con el estado de salud del usuario. Como se ha presentado en otros indicadores, el hecho de que considere su estado de salud como regular o malo modifica la percepción en la atención de los servicios de salud que recibe. En este caso la percepción del tiempo de espera varía de 15,6% a 27,3% cuando el usuario se siente bien o muy bien.

Gráfica 18. Oportunidad en Autorizaciones según percepción de salud



Fuente: Elaboración propia.

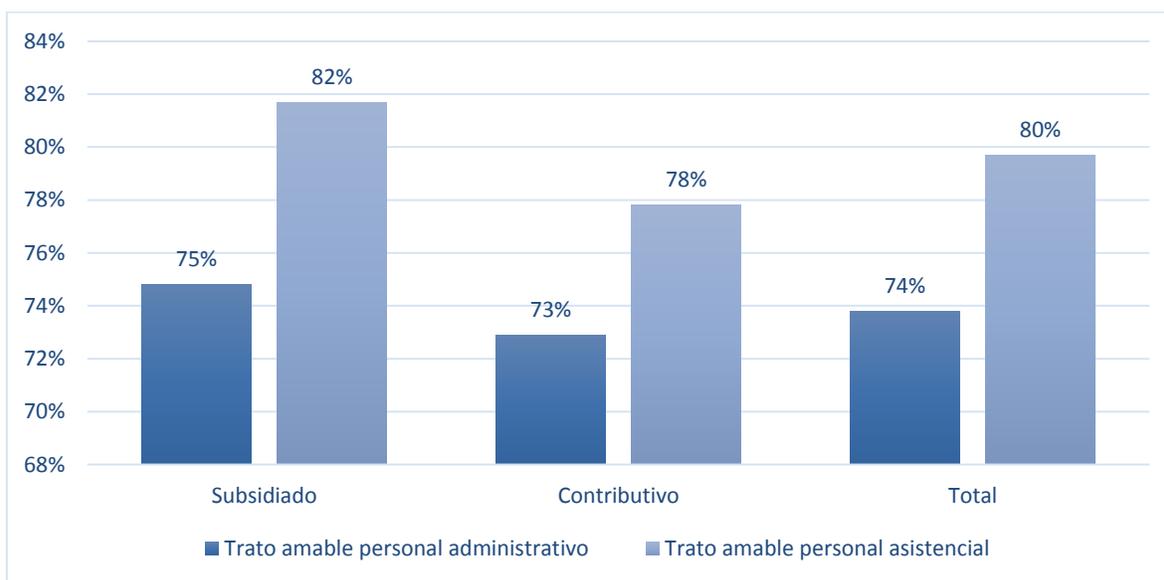
5.4. TRATO

En 1978, Donabedian propuso abordar la calidad de la atención en salud distinguiendo dos aspectos: "uno es la aplicación del conocimiento médico y de la tecnología de forma que se obtenga un máximo de beneficios con un mínimo de riesgos, teniendo en cuenta las preferencias de cada paciente. El otro aspecto es el manejo de la relación personal con el paciente, que debe ser conforme a los principios éticos, a las convenciones sociales y a las expectativas y necesidades legítimas del paciente". En este sentido, la responsabilidad de los sistemas de salud va más allá de la oferta de servicios de salud, comprometiéndose también al trato digno de las personas y a ofrecerles protección contra las pérdidas financieras derivadas de la pérdida de la salud, a través de diversos mecanismos centrados en modelos de seguros y fondos mancomunados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2009).

5.4.1. Proporción de personas que percibieron buen trato por parte del personal médico y no médico.

Siguiendo los mismos lineamientos del uso que el Ministerio ha realizado con la información analizada en años anteriores, se construyó un indicador a partir de las siguientes preguntas: ¿Cuál es su satisfacción con: El trato amable del personal administrativo (Oficinas de autorización, oficinas de atención al cliente, etc.)? y ¿Cuál es su satisfacción con: El trato amable del personal asistencial (médicos, enfermeras, terapeutas, etc.)? Se unieron las respuestas satisfecho y totalmente satisfecho, para calcular la proporción de usuarios que estaban satisfechos con el trato suministrado por el personal que intervino en la prestación del servicio.

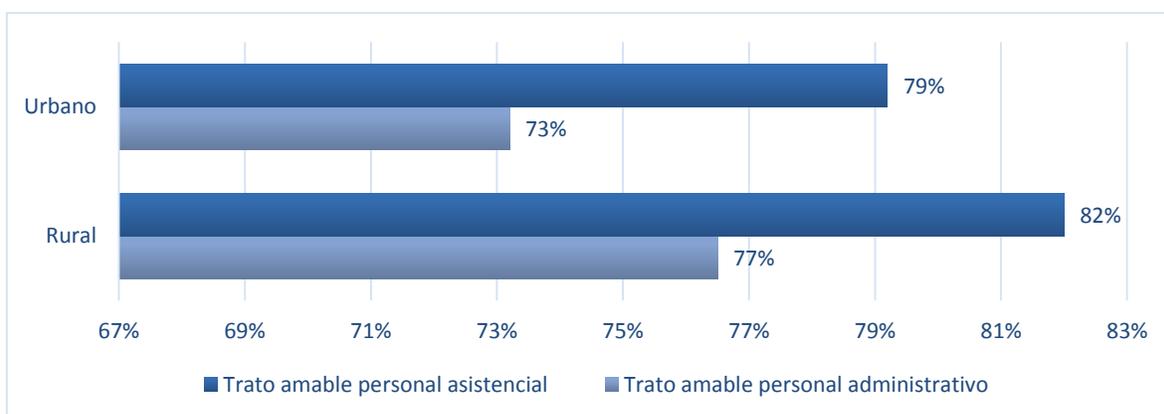
Gráfica 19. Indicadores sobre el trato a los usuarios por Régimen



Fuente: Elaboración propia.

Los datos muestran que hay un mayor grado de satisfacción con el trato de la personal asistencial, para el cual el 80% de los usuarios responde haber sido tratado de manera amable, comparado con el personal administrativo con 74%. Al igual que sucede con todas las otras variables que entraron en comparación, las personas afiliadas al régimen subsidiado se sienten bien tratadas en mayor proporción que aquellas vinculadas al régimen contributivo, en especial los cotizantes.

Gráfica 20. Indicadores sobre el trato a los usuarios por Zona



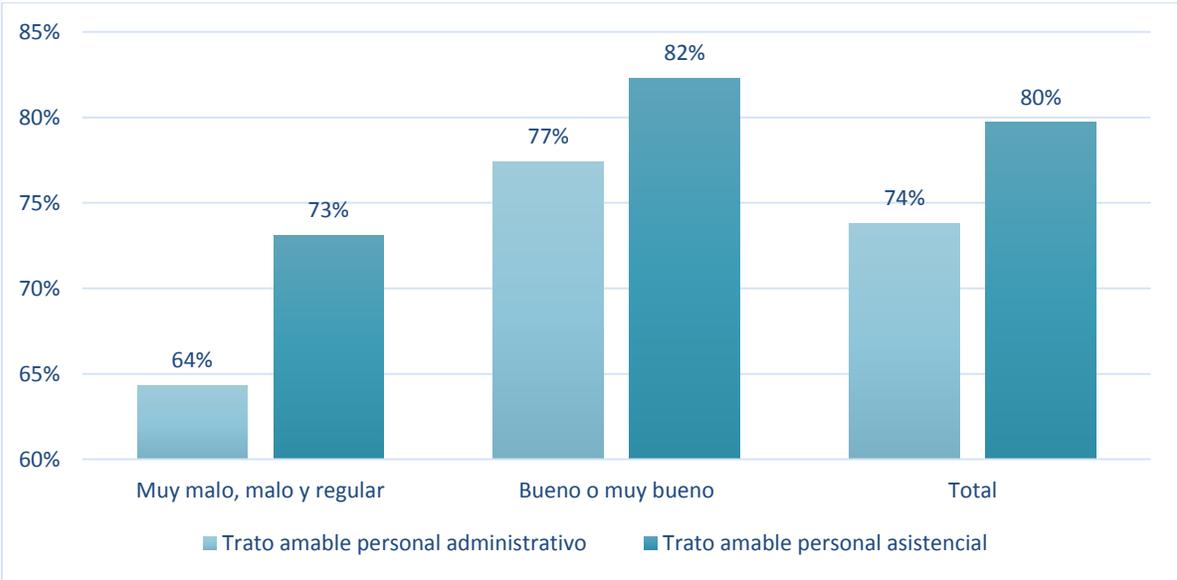
Fuente: Elaboración propia.

De manera similar, los usuarios de la zona rural presentan una percepción de trato amable más alta que los de la zona urbana, con 76,5% y 82% de favorabilidad en el trato del personal administrativo y asistencial respectivamente para la zona rural, mientras que la zona urbana reportó un 73,2% y 79,2% en los mismos rubros.

De nuevo, la percepción de los usuarios que consideran están en mejores condiciones de salud es superior a los que consideran que están en peores condiciones. El indicador de trato amable para los primeros fue de 77.4% para personal administrativo y 82.3% para personal asistencial, mientras que los que se consideran en malas condiciones de salud el indicador fue de 64.3% para personal administrativo y 73.1% para personal asistencial.

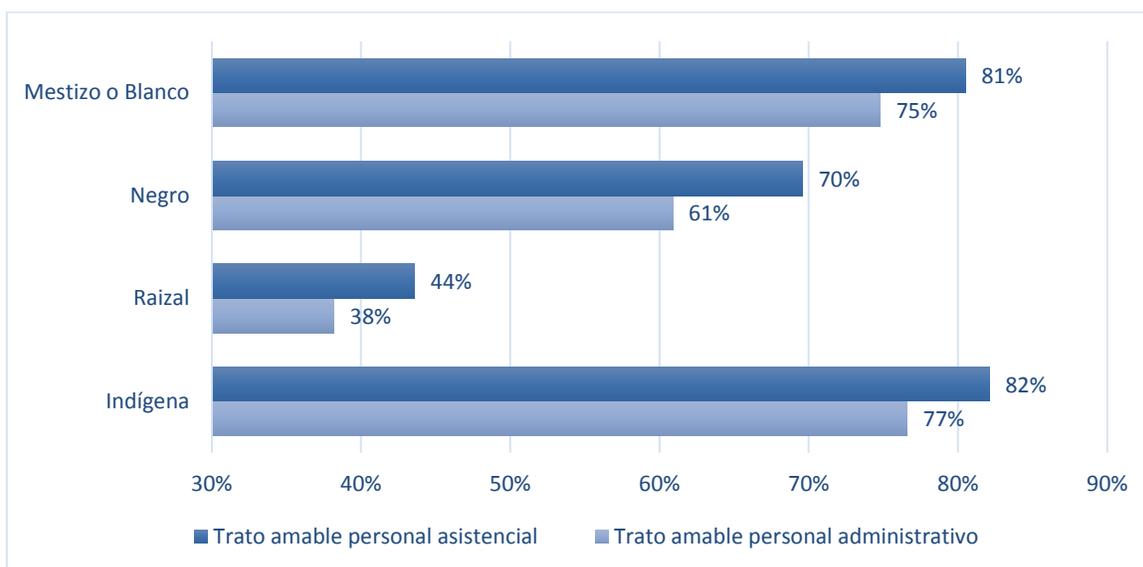
Ahora bien, se observan las diferencias más grandes, en la variable étnica. Los raizales manifiestan buen trato asistencial en el 44% de los usuarios de ese grupo y 38,2% en el trato del personal administrativo. Mientras que los Afrocolombianos alcanzan 70% y 61% respectivamente.

Gráfica 21. Indicadores sobre el trato a los usuarios por percepción de salud



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 22. Indicadores sobre el trato a los usuarios por Grupo étnico



Fuente: Elaboración propia.

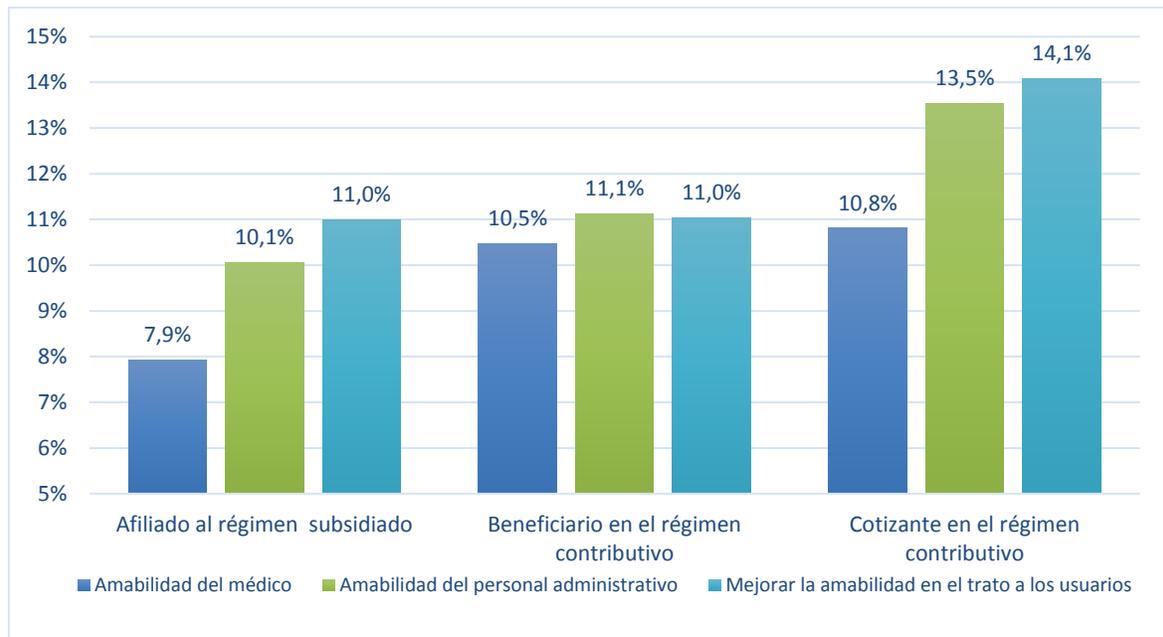
La encuesta también indaga sobre los aspectos que el usuario considera debe mejorar su EPS que muestra coherencia con la información anterior. Los cotizantes son quienes creen en mayor proporción que se debería mejorar el trato. En general mejorarían en un 14,1% la amabilidad en el trato con los usuarios. El grupo raizal, que se encuentra ubicado en su gran mayoría en San Andrés y Providencia, es el que manifiesta las mayores proporciones en los aspectos a mejorar: En la Amabilidad del médico 14,7%; Amabilidad del personal administrativo 26% y en Mejorar la amabilidad en el trato a los usuarios 28,6%. En el municipio de San Andrés el 46% piden que mejore la amabilidad en el trato a los usuarios.

En general los usuarios piden que mejoren más la amabilidad del personal administrativo, que la del personal médico y asistencial. Lo cual es coherente con lo señalado anteriormente en los indicadores de trato.

Se evaluaron algunos indicadores que permiten ver de manera indirecta el trato a los usuarios. Se midió si la EPS permite escoger el centro de atención básica al que asiste; si la EPS permite que lo atienda el mismo médico general; si la EPS permite escoger el centro de atención, cuando necesita una cita con médico

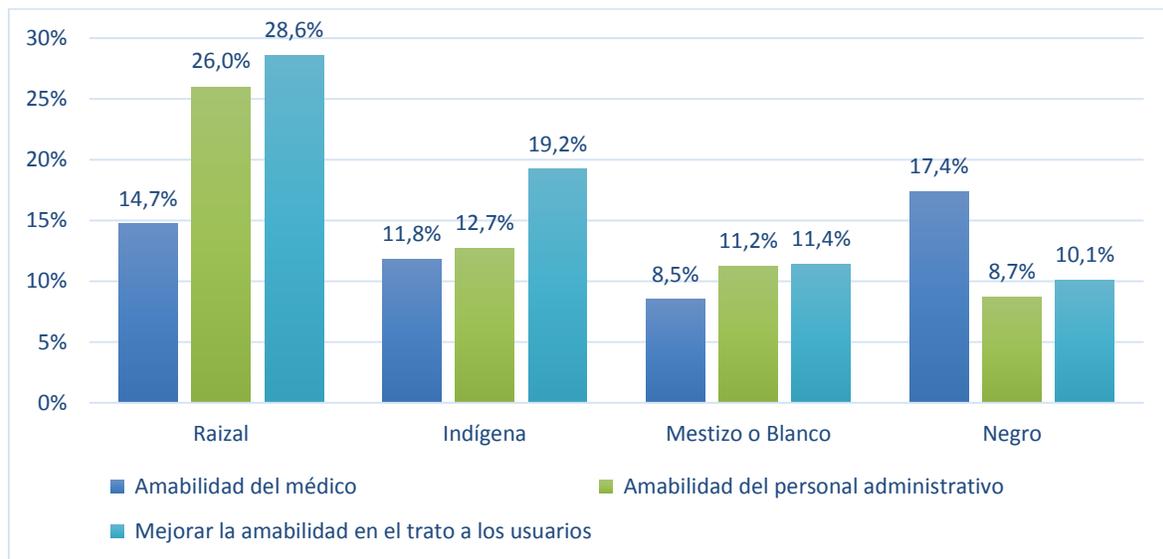
especialista y si la EPS le permitió escoger el médico especialista.

Gráfica 23. Indicadores sobre mejoras a su EPS por Tipo de Afiliado



Fuente: Elaboración propia.

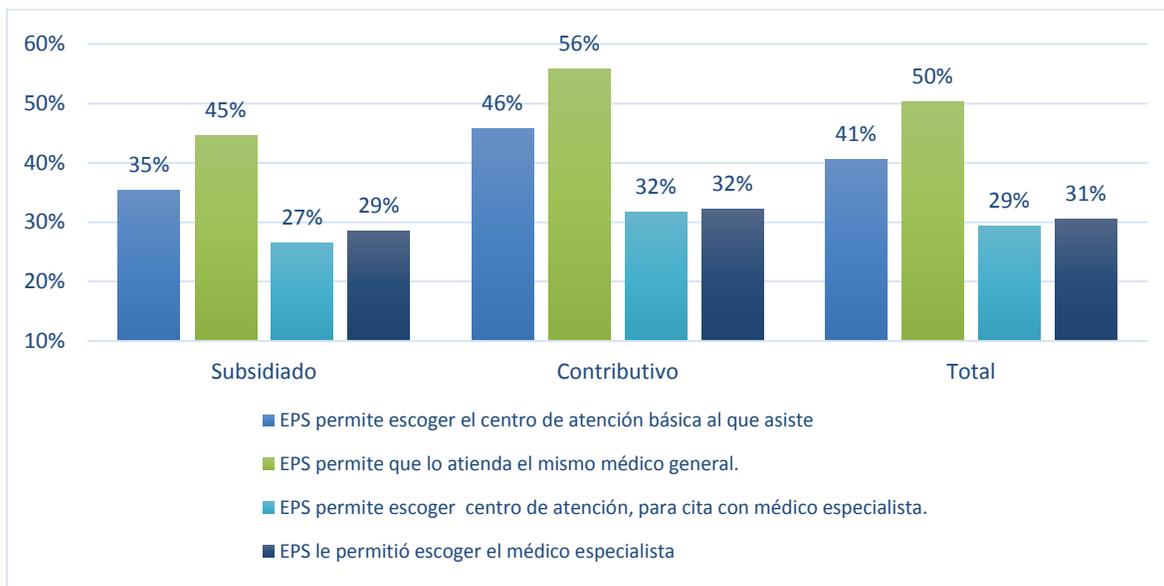
Gráfica 24. Indicadores sobre mejoras a su EPS por Grupo étnico



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica siguiente se puede ver que el máximo nivel de permisibilidad tiene que ver con que lo atienda el mismo médico con un 50,3% de los casos. El menor grado de escogencia del usuario se encuentra en la posibilidad de elegir el centro de atención para citas con médico especialista con 29,3% de los casos, y la posibilidad de elegir el médico especialista con 30,5% de los casos.

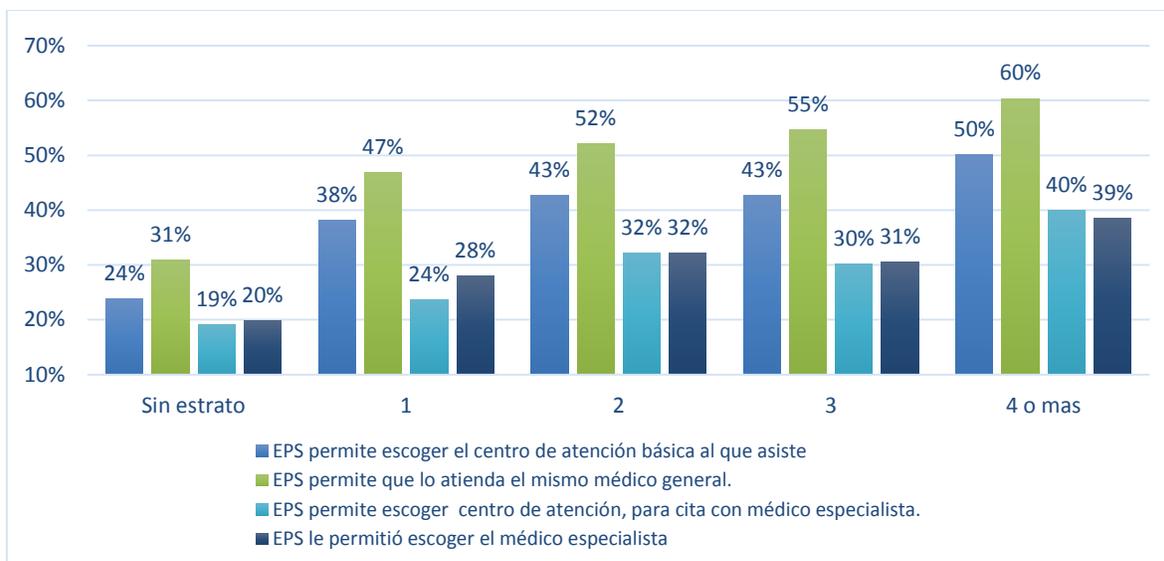
Gráfica 25. Indicadores sobre posibilidad de escogencia por Régimen



Fuente: Elaboración propia.

En general, la permisibilidad es más alta, tanto para la atención básica como especializada, para los grupos de usuarios de estratos más altos, usuarios del régimen contributivo, y usuarios de la zona urbana, lo que puede evidenciar un trato discriminatorio a los usuarios de condiciones más vulnerables por parte de las EPS.

Gráfica 26. Indicadores sobre posibilidad de escogencia por Estrato socioeconómico



Fuente: Elaboración propia.

5.4.2. Información adecuada (útil) y suficiente

Dentro del trato digno se considera también la información dada a los usuarios por parte de la EPS. En el capítulo de acceso se consideró la información relacionada con la carta de derechos y deberes, así como sobre la red de servicios porque se consideran aspectos facilitadores del acceso. Teniendo esto en cuenta, en esta sección se describen los resultados para otro tipo de información brindada por la EPS como el desempeño de la EPS en términos de calidad, los sitios y horarios donde se encuentran sus oficinas administrativas y cómo se solicitan los trámites de autorizaciones entre otros. Para cada uno de estos aspectos se evaluó también la calidad percibida respecto a lo informado, si el usuario la usó y qué tan útil la encontró. Adicionalmente, se incluye un indicador que da cuenta de cómo la persona percibe, en general, toda la información que le entrega su EPS.

No. preg 2.016	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
26	Comunicación EPS	Muestra la proporción de usuarios que califica la comunicación con	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Buena" o "Muy buena" a la pregunta: En general ¿Cómo califica a su EPS en la comunicación sobre los servicios que presta? ... y el número de usuarios que respondieron la pregunta,

No. preg 2.016	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
		su EPS como buena	por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta
27	Conocimiento de la información	Indica la proporción de usuarios a los que la EPS le ha dado a conocer información en cada uno de los diversos aspectos encuestados (opciones "a" hasta "r" P27)	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Si" a la pregunta: ¿Su EPS le ha dado a conocer información sobre? (opciones "a" hasta "r" P27) respectivamente, y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta
28	Calificación de información	Expresa la proporción de usuarios que califica la información como buena en cada uno de los aspectos encuestados (opciones "a" a "r" P28)	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Buena" o "Muy buena" a la pregunta: califique la calidad de la información que le ha entregado su EPS sobre los aspectos que señaló haber recibido (opciones "a" a "r" P28) respectivamente... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta
29	Utilización de la información	Indica la proporción de usuarios que han utilizado información en cada uno de los diversos aspectos encuestados (opciones "a" hasta "r" P29)	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Si" a la pregunta: ¿Ha utilizado dicha información? (opciones "a" hasta "r" P29) respectivamente, y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta

No. preg 2.016	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
30	Utilidad de la información	Muestra de usuarios que indica que la información proporcionada por la EPS le fue de alguna utilidad	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Medianamente útil", "Útil" o "Muy útil" a la pregunta: califique la utilidad de la información que le ha entregado su EPS (opciones "a" a "r" P30) respectivamente... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta

La calificación global sobre la información en años anteriores fue de 52% en el 2.014 y 47% en el 2.015. Para este año el 58,5% de los usuarios encontraron que la información dada por su EPS para los servicios que presta fue buena. No hay diferencia importante entre régimen para la calificación de la información recibida.

Tabla 23. Calificación Global de información por régimen

Régimen	Calificación Global información
Subsidiado	57,4%
Contributivo	59,7%
Total	58,5%

Fuente: Elaboración propia.

La carta de desempeño es el tipo de información que menos se ha suministrado a los usuarios, donde únicamente el 7.4% la recibe. Por régimen, el contributivo recibe esta información en un 8%, y en el régimen subsidiado esta proporción desciende a 6.8%. Es probable que esta información no llegue a los usuarios porque se da únicamente en el momento de la afiliación. Adicionalmente, el indicador ha disminuido respecto al año 2.014, donde el 10% del total de usuarios respondió conocer el desempeño de su EPS.

Tabla 24. Conocimiento de la información por régimen y Zona

Información	Régimen			Zona	
	Subsidiado	Contributivo	Total	Rural	Urbano
Desempeño de su EPS	6,8%	8,0%	7,4%	6,1%	7,7%
Carta de derechos y deberes	30,1%	36,7%	33,5%	29,3%	34,5%
Sitios y horarios de sus oficinas administrativas	39,0%	47,1%	43,1%	35,2%	44,9%
Red de instituciones prestadoras de servicios de salud	36,0%	48,2%	42,2%	26,3%	45,8%
Forma de solicitar o tramitar las autorizaciones	38,9%	48,7%	43,9%	32,3%	46,5%
Valor de los copagos o cuotas moderadoras	17,8%	51,3%	34,7%	13,2%	39,7%
Educación sobre hábitos saludables de vida y prevención de enfermedades	23,9%	34,3%	29,1%	17,1%	31,9%

Fuente: Elaboración propia.

En general, el régimen subsidiado recibe proporcionalmente menos información que las personas en el contributivo. A pesar de esto, consideran en mayor proporción que la información suministrada es buena, alcanzando niveles de hasta el 88% en educación sobre hábitos saludables de vida y prevención de enfermedades.

Tabla 25. Indicadores sobre Utilización de la información por características del usuario

Información	Subsidiado	Contributivo	Rural	Urbano	Total
sitios y horarios de sus oficinas administrativas	75,3%	69,8%	79,9%	70,9%	72,3%
educación sobre hábitos saludables de vida y prevención de enfermedades	74,7%	70,3%	82,2%	70,8%	72,1%
la carta de derechos y deberes	58,4%	48,9%	69,7%	49,9%	53,1%
el desempeño de su EPS	30,4%	38,6%	18,4%	38,0%	34,9%

Fuente: Elaboración propia.

Otro aspecto importante es observar la proporción de las personas que han utilizado la información y su calificación sobre el nivel de utilidad. La información que fue entregada sobre el desempeño de la EPS, solo fue utilizada por un poco más de tercera parte; mientras que la carta de derechos y deberes, fue utilizada por un poco más de la mitad de los usuarios. En general el grado de utilización de los usuarios del régimen subsidiado es mayor que los del régimen contributivo.

La información más utilizada por los usuarios del sistema en 2.016 fue la referida a ubicación y horario de las oficinas administrativas de la EPS. Por su parte, la información de desempeño fue utilizada solamente por el 34,9% del total de usuarios. En zonas rurales, incluso, la proporción de personas que usó esta información fue menor al 20%.

5.5. EFECTIVIDAD GLOBAL PERCIBIDA

5.5.1. Proporción de usuarios que percibieron que la atención recibida fue efectiva en la resolución de la necesidad que tenían cuando ingresaron a la entidad.

Este indicador se construyó a partir de dos preguntas: ¿Cómo califica la solución que le dio la EPS a la necesidad de Salud por la cual usted consultó la última vez? Con alternativas de respuesta en una escala de 1 a 5, dónde se unen las categorías 4 y 5 de “Buena” y “Muy buena” y la pregunta: ¿Considera que si llegara a estar gravemente enfermo(a), va a poder acceder de forma oportuna o a tiempo a través de su EPS a los servicios de salud necesarios? Cuyas respuestas en el extremo superior eran “definitivamente sí” y “probablemente sí”, las cuales se unieron para efectos de calcular el indicador.

Los datos muestran una mejor percepción de efectividad en los afiliados al régimen subsidiado. Mientras los usuarios del régimen subsidiado presentan un indicador de 75%, los cotizantes del régimen contributivo muestran un nivel de efectividad en la solución a su necesidad de salud en solo el 67%. Si se considera la segunda pregunta como un nivel de confianza sobre su EPS, esta alcanza un nivel del 86% en el total nacional y es también mayor para el régimen subsidiado que para el contributivo, en especial para los cotizantes. Para el año 2.014, esta satisfacción global fue del 70%, tres puntos porcentuales inferior a la de este año.

Tabla 26. Percepción efectividad por Tipo de afiliado

Percepción de efectividad en la atención	Tipo de Afiliado			
	Cotizante en el régimen contributivo	Beneficiario en el régimen contributivo	Afiliado al régimen subsidiado	Total
Solución que le dio la EPS a la necesidad de Salud por la cual usted consultó la última vez	71%	71%	78%	74%
Si llegara a estar gravemente enfermo(a), va a poder acceder de forma oportuna o a tiempo a través de su EPS a los servicios de salud necesarios	82%	83%	89%	86%

Fuente: Elaboración propia.

5.6. SATISFACCIÓN

La calidad es un atributo integrador de los resultados de los sistemas de salud, que incluye también la legitimidad y aceptabilidad. Si un sistema tiene un desempeño equitativo, accesible, eficiente y de la mejor calidad posible, entonces la atención en salud será para los usuarios, socialmente aceptada y legítima.

La satisfacción sobre la atención de salud depende de las cualidades de la atención objetiva, el 'deber ser' de sus atributos y la comparación entre ellas. Es decir, entre la realidad observada de dichas cualidades y su deber ser (evaluación de la calidad).

Para aclarar el concepto se puede utilizar la lógica básica de la teoría de sistemas, de la siguiente manera: Los servicios prestados por las EPS son procesos prestados por personal de la salud, por cuenta propia o a través de las IPS y por el personal administrativo. Es decir, aquellos sistemas sociales de producción a través de los cuales se cumple la finalidad de satisfacer alguna necesidad de un usuario, mediante la producción de un bien o servicio, que es resultado de un procedimiento de transformación de unos recursos humanos, físicos, financieros y de información, mediante la aplicación de un conocimiento previo que se tiene acerca de una determinada manera de hacer las cosas.

Cuando todos los involucrados en el proceso, usuarios y todas las personas involucradas en la producción, están de acuerdo con todas las cualidades del servicio, expresadas en atributos de aceptabilidad y legitimidad, se puede identificar el deber ser de la atención.

Estos procesos a través de los cuales se generan las atenciones en salud tienen cualidades, que determinan esta capacidad de satisfacción. Estas cualidades están directa e intrínsecamente determinadas por las características propias de los componentes del proceso, lo que significa que el resultado final de servicio o bien producido, frente al usuario, dependerá de: 1. La capacidad que tenga el

conocimiento utilizado en el proceso de generar un resultado deseado 2. Las características de los recursos utilizados en términos de disponibilidad y suficiencia. 3. Del perfil de necesidades en salud que tienen los usuarios como: Estar saludable, recuperar la salud frente a la aparición de la enfermedad, mantener la mejor salud y bienestar en problemas crónicos, recibir cuidado en el final de la vida y de sus expectativas previas frente a la atención que recibirá como el buen trato, respeto, prontitud e información apropiada.

Las cualidades de la atención esperadas por los usuarios dependen del conocimiento y experiencias previas que el usuario tiene frente al servicio. Los usuarios que hicieron aportes, es decir los cotizantes en el régimen contributivo se deben introducir en este balance, dado que tienen el potencial de modificar las cualidades tanto de las atenciones prestadas como de las esperadas. Por ejemplo, se esperaría que los niveles de satisfacción en general sean menores en los cotizantes del régimen contributivo, que en los beneficiarios del mismo régimen y los afiliados al régimen subsidiado. Dado que el cotizante aporta de su salario mensualmente un porcentaje del mismo, cuando recibe un servicio tiende a ser más exigente y más crítico, que el beneficiario o el subsidiado.

5.6.1. Satisfacción global

La satisfacción global responde a la valoración que hace el usuario de su experiencia integral en la EPS, luego de la prestación de servicios.

Se entiende que el cliente se encuentra satisfecho cuando hace una valoración positiva de su experiencia de atención. Ella se crea a partir del contraste entre sus necesidades expectativas y el contacto con el servicio de salud que recibió.

No. preg	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
2.016			
33 a	Calificación Experiencia Global servicios de EPS	Indica la proporción de usuarios que califica la experiencia global de los servicios de la EPS como buena en los últimos 6 meses	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Buena" o "Muy buena" a la pregunta: Pensando en los últimos 6 meses, ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS?... y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta

Se pregunta si la EPS provee integralmente un servicio que logre satisfacer las necesidades de atención en salud y las expectativas que traen los usuarios frente al servicio.

La encuesta incluyó la pregunta “Pensando en los últimos 6 meses, ¿Cómo calificaría su experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS? En una escala de 1 a 5, dónde 1 significa Muy mala y 5 Muy buena. Se unieron los ítems 4 y 5 para crear el indicador. De otra parte, para cada uno de los servicios recibidos en los últimos seis meses, se califica también en una escala desde “Muy mal servicio” hasta “Muy buen servicio”. Se unen las categorías 4 y 5 y se calculan las proporciones de la satisfacción de cada uno de los servicios.

Tabla 27. Experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS por características de usuario

Experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS		
Régimen	Subsidiado	75,7%
	Contributivo	68,6%
	Total	72,1%

Experiencia global respecto a los servicios de salud que ha recibido a través de su EPS

Tipo de afiliado	Afiliado al régimen subsidiado	75,7%
	Beneficiario en el régimen contributivo	69,5%
	Cotizante en el régimen contributivo	67,5%
Zona	Rural	76,6%
	Urbano	71,1%
Grupo étnico	Raizal	60,5%
	Negro	65,7%
	Mestizo o Blanco	72,5%
Percepción estado de salud	Muy malo, malo y regular	55,2%
	Bueno o muy bueno	78,6%

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados muestran un nivel de satisfacción global del 72,1% en el total de usuarios. Al igual que en otros indicadores de percepción sobre la calidad del servicio, aquellas personas en el régimen subsidiado están más satisfechos que las personas del régimen contributivo. La diferencia entre los dos es de 7,1 puntos porcentuales. Más aún, el grado de satisfacción dentro del régimen contributivo varía dependiendo de si la persona es cotizante o beneficiario. Los cotizantes son más exigentes con el servicio, lo que resulta en una menor satisfacción (67,5%), frente a la de beneficiarios (69,5%).

La satisfacción también varía dependiendo de la zona geográfica donde habita el usuario. Los habitantes de zonas urbanas son más exigentes que los rurales. Sin embargo, en las zonas urbanas la variable de satisfacción no varía entre los diferentes estratos de la residencia.

Por otro lado, llama la atención que las personas que se identifican como parte de comunidades negras y raizales revelan niveles de satisfacción 7 y 12 puntos porcentuales por debajo del total nacional, respectivamente.

Finalmente, la percepción del estado de salud también afecta de forma importante el hecho de si el usuario se siente o no satisfecho con los servicios que recibe. De los usuarios que se sienten sanos, el 78,6% se sienten satisfechos. Este porcentaje está por encima de esta proporción en el total de usuarios. Por el contrario, solo un poco más de la mitad de los usuarios que consideran estar en mal estado se siente satisfecho o muy satisfecho. La razón para ello puede darse porque tiene mayores necesidades de salud, mayor expectativa o por falencias de los servicios para atender las necesidades específicas de salud que tienen estos usuarios.

5.6.2. Satisfacción para cada servicio

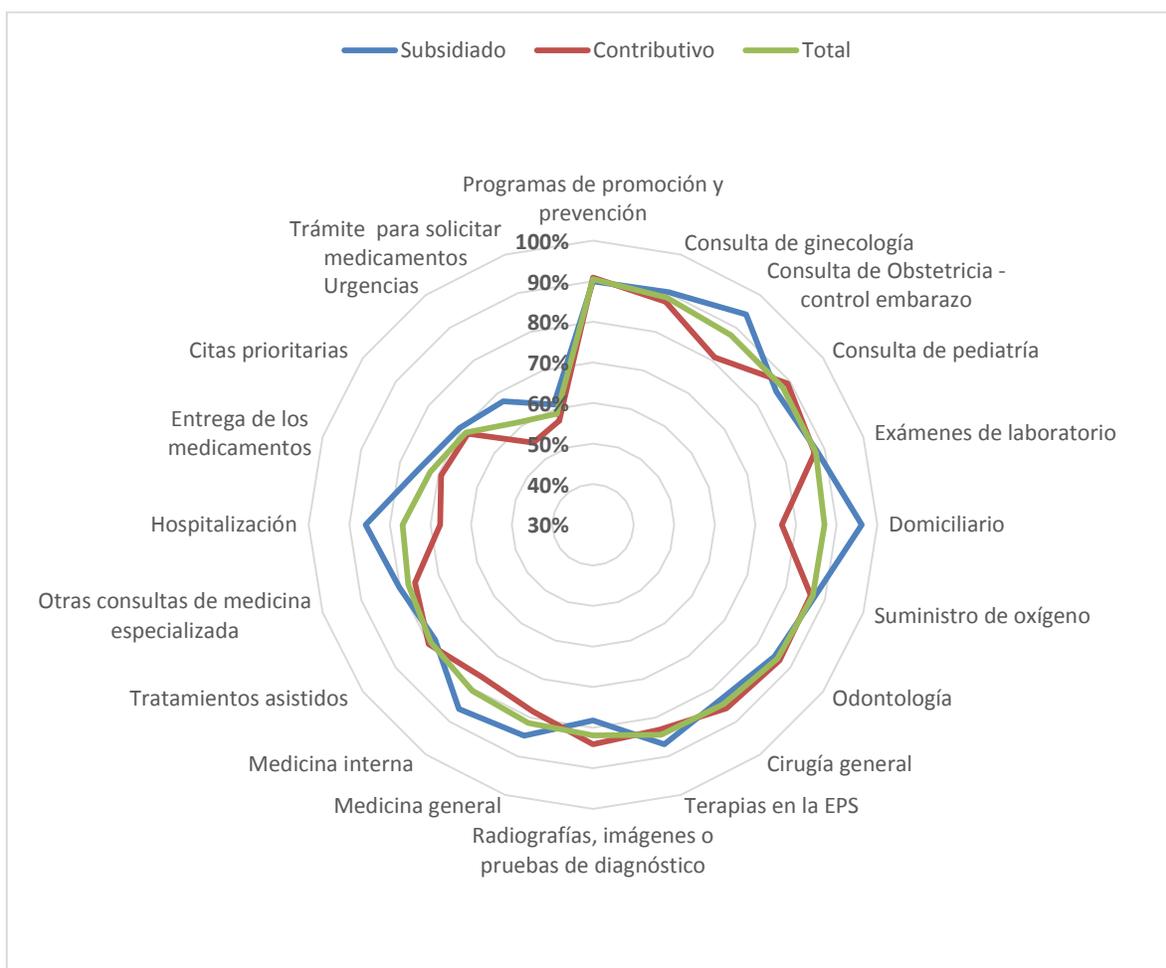
Adicional a la satisfacción global con la EPS, se indagó con los usuarios la calificación por cada uno de los servicios con el objetivo de identificar aquellos servicios que disminuyen la satisfacción en la experiencia de atención en salud. Cada indicador, entonces, muestra la proporción de usuarios que califican como “muy bueno” o “bueno” un determinado servicio.

No. preg	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
2.016			
33 a	Calificación del servicio	Expresa la proporción de usuarios que considera el servicio de medicina general como bueno	Cociente de usuarios que responde "Bueno" o "Muy Bueno" a la pregunta P11 "¿Cómo califica el último servicio recibido?" sobre el total de usuarios que respondieron la pregunta sobre el determinado servicio.

La siguiente gráfica muestra el listado de servicios calificados y la descripción de cada uno de ellos. El indicador de “medicina especializada” se desagregó en cinco

tipos de consulta especializada, de manera que los resultados se mostrarán para cada una de estas consultas. Lo mismo sucede para el indicador de solicitud de medicamentos. Teniendo en cuenta que para aquellos no incluidos en el POS es necesario realizar trámites de autorización y evaluación adicionales, se desagregó el servicio entre: “trámites de solicitud de medicamentos” y “entrega de medicamentos”.

Gráfica 27. Indicador de Satisfacción con los servicios de salud por régimen



Fuente: Elaboración propia.

Los servicios de promoción y prevención (P y P) con 90,5% de satisfacción, consultas de ginecología con 88,9%, consultas de obstetricia con 87,8%, y citas de pediatría y exámenes de laboratorio con 87,7%, son los servicios que reciben mejor calificación, sobre el total de usuarios que recibieron el respectivo servicio.

Por el contrario, los servicios de entrega de medicamentos, citas prioritarias, urgencias y trámite para solicitud de medicamentos son los que tienen menor calificación con menos de 75% de satisfacción.

Esta calificación muestra diferencias entre el régimen subsidiado y contributivo. En general, hay mayor satisfacción entre las personas del régimen subsidiado, excepto para las consultas de pediatría y radiografías.

En relación con los años anteriores, la mayoría de los servicios presentan poca variación. Los usuarios mantienen alta satisfacción en especial en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (P y P) y los exámenes de laboratorio y pruebas diagnósticas. En el caso de cirugía general, ha habido una disminución pequeña de satisfacción de los usuarios pasando del 87% en 2.014 al 85% en el 2.016. Llama la atención que para los servicios de menor satisfacción relacionados con entrega de medicamentos y servicios de urgencias, el grado de satisfacción ha disminuido durante los últimos tres años. La entrega de medicamentos, por ejemplo, disminuyó en 5 puntos porcentuales llegando en el 2.016 a ser calificado positivamente solo por el 72% de los usuarios. Dicha disminución en la satisfacción se debe en mayor proporción a la calificación dada por el régimen contributivo donde la satisfacción es cercana al 50%.

Tabla 28. Satisfacción servicios de salud 2.014-2.016

Servicios	2.014	2.015	2.016
Programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (P y P)	92%	79%	90%
Exámenes de laboratorio	83%	81%	87%
Cirugía general	87%	84%	85%
Odontología	80%	78%	86%

Servicios	2.014	2.015	2.016
Radiografías, imágenes o pruebas de diagnóstico	84%	79%	82%
Consulta de medicina general	75%	74%	81%
Terapias en la EPS: físicas, respiratorias, ocupacional, de lenguaje	75%	74%	84%
Hospitalización	76%	77%	77%
Entrega de los medicamentos	79%	75%	72%
Citas prioritarias (cita no programada)	73%	66%	68%
Urgencias	65%	63%	61%

Fuente: Encuestas de Evaluación de Servicios de Salud 2.014-2.016 (Ministerio de Salud y Protección Social) y Elaboración propia.

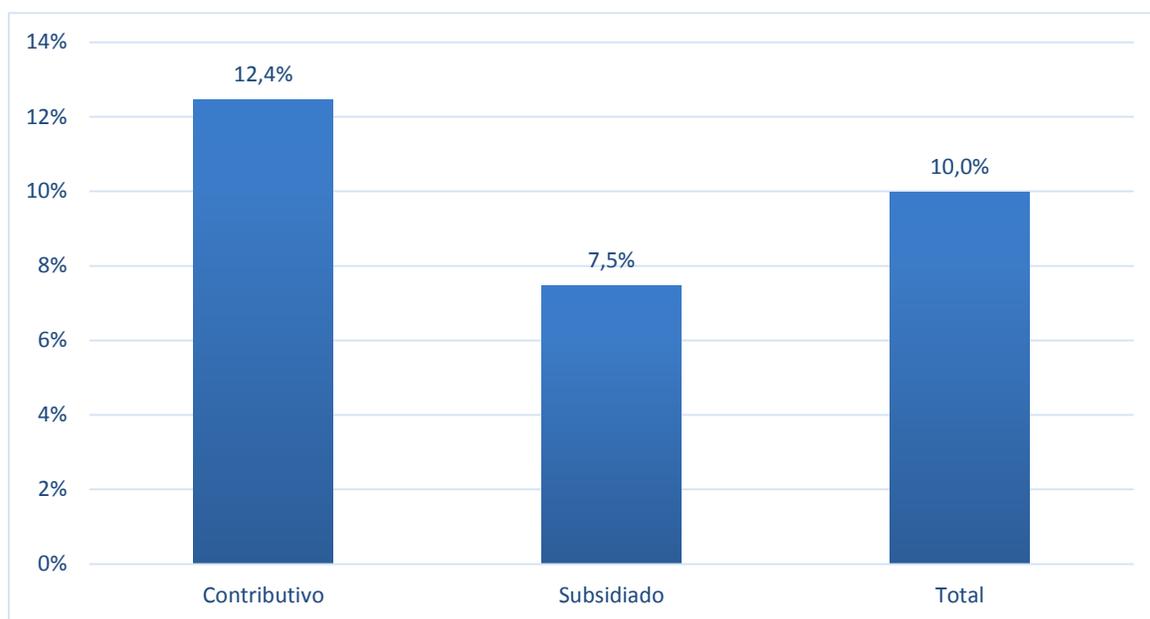
5.6.3. Indicadores de quejas de los usuarios

El conjunto de indicadores de quejas de los usuarios está compuesto por: i) proporción de usuarios que consideró interponer una queja o derecho de petición ante su EPS y ii) la tasa efectiva de quejas. Los dos indicadores se calcularon a través de la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS. El primer indicador se construyó como como la proporción de usuarios que respondieron “sí” a la pregunta: “¿Ha considerado interponer una queja o derecho de petición ante su EPS?”. El segundo indicador, la tasa efectiva de quejas, se calcula como el indicador de proporción de usuarios que consideró interponer una queja o derecho de petición ante su EPS multiplicado por la proporción de usuarios que efectivamente interpusieron la queja o derecho de petición. Esta última se calcula como como la proporción de usuarios que respondieron “si” a la pregunta: “¿Interpuso la queja o derecho de petición?”. De esta manera, la tasa efectiva de quejas es una medida del porcentaje de Proporción de usuarios

satisfechos con los servicios recibidos de la EPS.

La consideración de interponer de quejas o derechos de petición alcanzó un 10% de los usuarios, de los cuales el 34,2% efectivamente la interpuso. Es decir, de total de usuarios solo el 3,4% presentó alguna queja o derecho de petición de manera formal ante su EPS. En cuanto a la consideración o deseo de interponer una queja existen diferencias entre regímenes con una mayor proporción en el contributivo (12,4%) que en el subsidiado (7,5%). Aunque la tasa de interposición de quejas es similar en ambos regímenes (35% contributivo y 33% subsidiado), la mayor proporción de quejas proviene del régimen contributivo con un 4,3%, frente al 2,5% del subsidiado.

Gráfica 28. Consideración de Queja o derecho de petición por Régimen



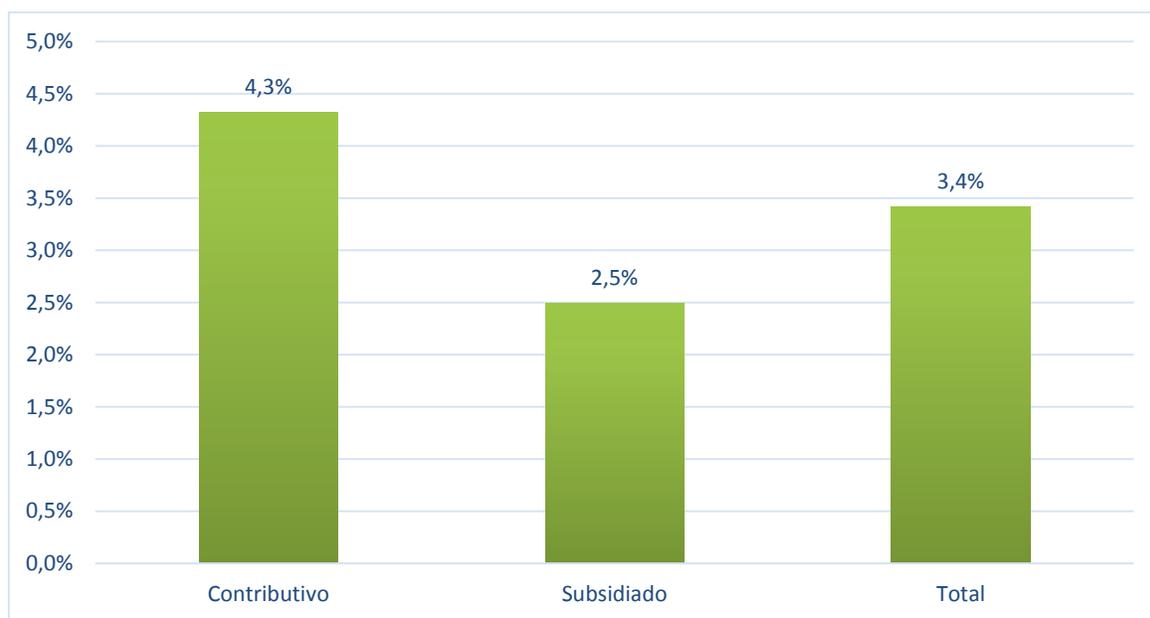
Fuente: Elaboración propia.

Las razones para no interponer quejas o derechos de petición son principalmente la baja credibilidad en que el mecanismo solucione el problema por parte de la EPS (34%), y el desconocimiento de cómo hacer el trámite para presentar la queja (24.8%). Tan solo un 10.3% de los casos fueron solucionados antes que el usuario interpusiera la queja, y el 6% manifiesta que las anteriores

quejas no han servido, por lo cual no lo hacen nuevamente.

El análisis de las razones que llevaron a los usuarios a presentar quejas o derechos de petición indica que los mayores problemas se encuentran en cuestiones administrativas y no en la atención médica como tal. Entre los principales motivos de quejas por parte de los usuarios se encuentran demoras en el servicio de autorizaciones (27,7%), demora o incumplimiento en la entrega de medicamentos (15,4%), demoras para la realización de procedimientos (10,1%), negación de los servicios porque no estaban incluidos en el POS (9,2%), y demoras para la cita (8,4%). Esto indica que existen deficiencias en los servicios prestados por las EPS, especialmente en el acceso y la oportunidad de tratamientos médicos y medicamentos, que hacen que los usuarios deban recurrir a otros mecanismos para recibir la atención requerida.

Gráfica 29. Interposición de Queja o derecho de petición por Régimen

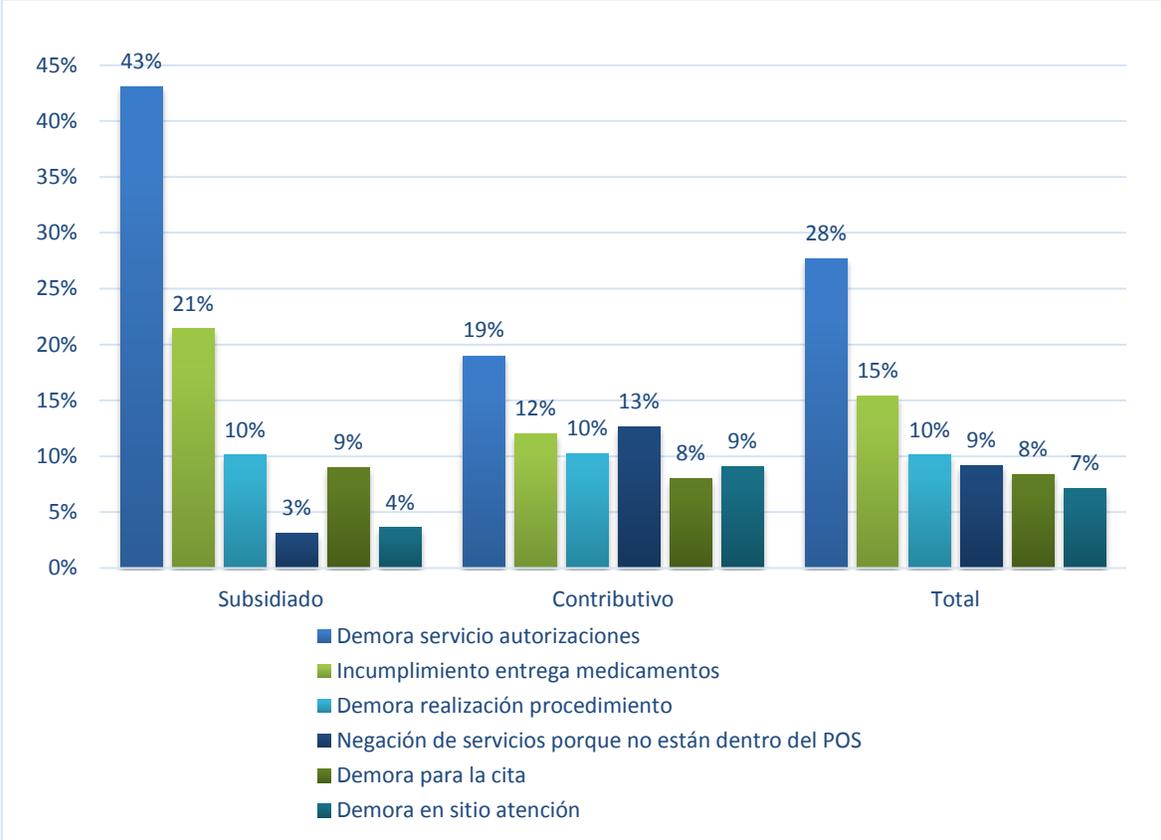


Fuente: Elaboración propia.

Por otro lado, motivos como equivocaciones en el tratamiento o equivocaciones en el diagnóstico presentan una proporción muy baja de las quejas (0.9% y 0.6% respectivamente).

La principal razón por la cual solo una tercera parte de los usuarios decide colocar la queja o derecho de petición es que no cree que el trámite lleve a resolver el problema 34% y No sabe cómo hacer el trámite 24,8%. En este sentido, solo en el 10,3% de los casos fue resuelto el problema antes de interponer la queja por los usuarios que lo habían considerado.

Gráfica 30. Motivos de Queja o Derecho de Petición por Régimen



Fuente: Elaboración propia.

Llama la atención que en el régimen subsidiado se presenten significativamente más demoras en el servicio de autorizaciones con 43,1% frente al régimen contributivo que solo reporta un 19%, lo cual puede indicar algún tipo de trato discriminatorio en cuanto a la prioridad en la resolución del problema por régimen.

Así mismo, el incumplimiento en la entrega de medicamentos se convierte en un motivo de queja en el régimen subsidiado con 21,4% de los casos, en relación al

régimen contributivo que solo tiene un 12% de las quejas por esta razón. Esto refleja diferencias en el acceso y la oportunidad entre regímenes que hace que los usuarios tengan que recurrir a mecanismos alternativos para acceder a los servicios.

La efectividad del mecanismo de quejas y derechos de petición fue baja, ya que solo la mitad de las mismas fueron resueltas para los usuarios. El 50,4% de las quejas resolvieron el problema, de los cuales 6% no dieron respuesta formal y sólo resolvieron el problema. Así mismo, de las quejas que no se resolvieron efectivamente (49,6%), 15,8% se respondieron al usuario sin solucionar el problema.

5.7. EVALUACIÓN DE LAS FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL SERVICIO.

La encuesta de 2016, evaluó siete factores de servicio, solicitando al usuario un ranking de la importancia que da a cada factor y la calificación que da a su EPS según su satisfacción con cada factor. La comparación entre esa importancia y la satisfacción permite Identificar los factores de servicio que son fortalezas o debilidades, tanto para el total de las EPS evaluadas como para cada una de ellas.

Los factores presentados al usuario de la EPS, fueron los siguientes:

- El trato amable del personal administrativo: Oficinas de autorización, oficinas de atención al cliente, etc.
- El trato amable del personal asistencial: médicos, enfermeras, terapeutas, etc.
- Tiempos de espera para la atención
- Simplicidad y agilidad en los trámites
- Instalaciones físicas de la EPS: comodidad, completo, agradable
- Cantidad de hospitales y puestos de salud
- Cercanía a hospitales y puestos de salud

Para medir la importancia se solicitó a cada usuario ordenar los siete factores propuestos, asignando el valor 1 al más importante y 7 al menos importante; para la satisfacción, se utilizó una escala de 1 a 5 donde 1 es totalmente Insatisfecho y 5 es totalmente satisfecho.

Con el fin de colocar estos puntajes en condiciones de comparación se da un tratamiento a cada variable. Para la importancia, la escala es transformada, la proporción de usuarios que se ubica en cada posición del ranking es ponderada por el peso asignado a cada punto en el ranking; al valor que indica ser el más importante se le asigna un valor ponderador de siete y al último sitio en el ranking de importancia se pondera por el valor uno. Para la satisfacción, se

toma la proporción de usuarios con valores 4 y 5 en la respuesta (4 Satisfecho y 5 totalmente satisfecho).

5.7.1. Cálculo Indicador Importancia

5.7.1.1. Peso del atributo:

$$P_i = \sum_{k=1}^7 C_k * w_k$$

Donde

P_i : Es el conteo ponderado del atributo «i»

C_k : Es la cantidad de personas (estimadas) que posicionaron (ranking) el atributo en la posición «k», (k=1,2,...,7)

w_k : Es el peso asignado a la posición dada al atributo. El peso inverso a la posición k: $w_k = \{7,6,5,4,3,2,1\}$ para $k = 1,2,3, \dots,7$

5.7.1.2. Peso relativo de importancia de atributos

$$I_i = 100 \times \frac{P_i}{\sum_{i=1}^7 P_i}$$

5.7.2. Cálculo Indicador de Satisfacción

Se calcula como el «Top Two Boxes» de la escala de satisfacción que se midió así:

$$Sat_j = 100 \times \frac{C_{j4} + C_{j5}}{\sum_{i=1}^5 C_{ji}}$$

C_{ji} : Es la cantidad de personas (estimadas) que calificaron de 1 a 5, en el atributo j.

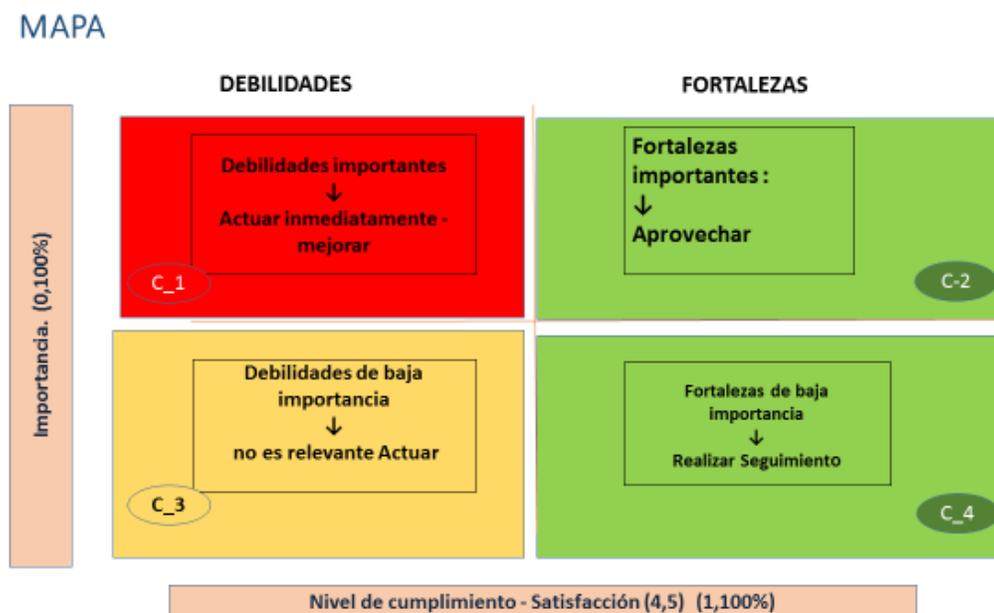
5.7.3. Puntos de corte que delimitan los cuadrantes.

Para lograr entender el comportamiento de los indicadores a analizar, desagregados por diferentes variables de interés, se tomó como punto de corte, tanto para importancia como para satisfacción, el promedio, a nivel total de la muestra, de los indicadores de los atributos medidos.

El siguiente gráfico muestra la forma como se visualizan los resultados. El gráfico está compuesto de dos dimensiones, donde cada punto indica la posición en los dos ejes así: la IMPORTANCIA que tiene el atributo y la SATISFACCIÓN con ese atributo, bien sea nivel de total de las EPS, de cada

EPS o de cada uno de los grupos de análisis.

Ilustración 3. Mapa de Fortalezas y Debilidades según Satisfacción e importancia



Fuente: Elaboración propia.

En cada mapa se ilustra el resultado de cada población de usuarios, con sus respuestas a los atributos propuestos. La interpretación se hace por cada cuadrante. Se identifican como factores de debilidad los que tienen bajos niveles de satisfacción (cumplimiento), y como factores de fortaleza aquellos que tienen mayor nivel de satisfacción; estos a su vez se subdividen según el bajo o alto del nivel de importancia que representa el segundo eje, formándose así cuatro cuadrantes.

Utilizando el concepto de los colores de un semáforo, se da un color a cada cuadrante del gráfico: El rojo corresponde al cuadrante de las debilidades importantes (Cuadrante_1) , el amarillo a las debilidades de baja importancia (Cuadrante 3) y el verde a las fortalezas (Cuadrantes 2 y 4). En el grafico del mapa, aparece el texto que denomina cada atributo, el color usado para ese texto

no tiene significado, sólo se usa para facilitar la diferenciación de ubicación del factor.

Interpretación Cuadrante 1: Debilidades importantes:

En este se encuentran los temas a mejorar e intervenir de manera pronta para el logro de la satisfacción; son factores considerados de alta importancia, con bajo cumplimiento por parte de la EPS que presta el servicio.

Interpretación Cuadrante 2: Fortalezas importantes

Son factores considerados de alta importancia y que a su vez tienen alta satisfacción.

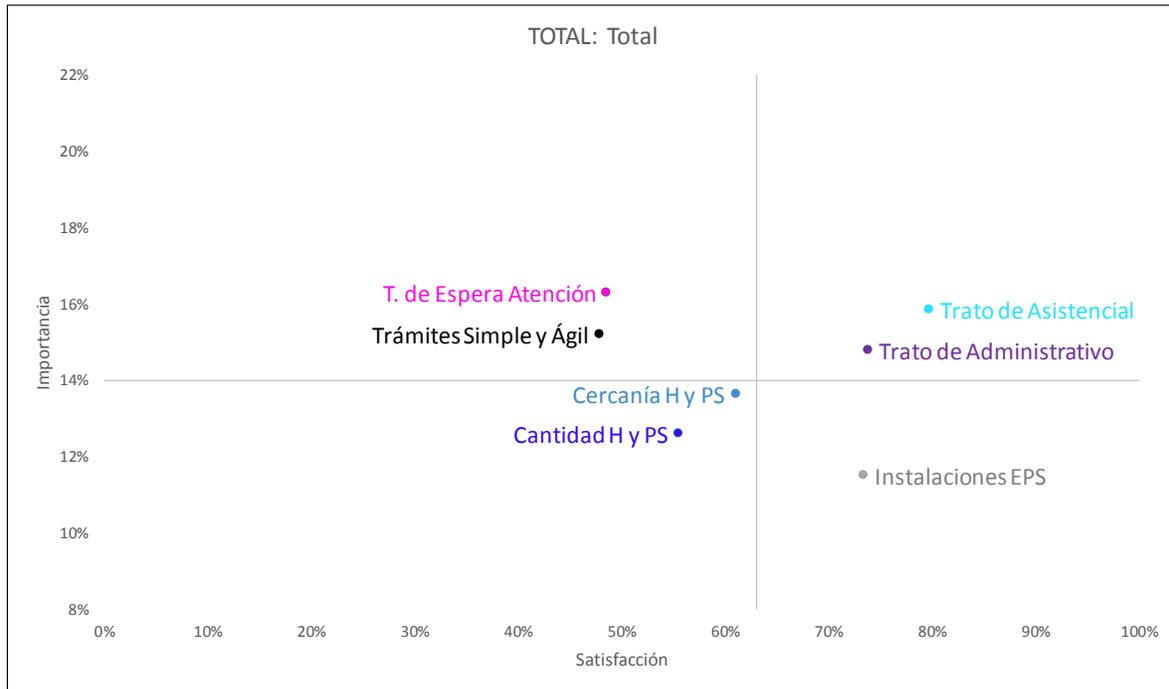
Interpretación Cuadrante 3: Debilidades de baja importancia.

Son factores donde tanto la importancia como la satisfacción son bajas.

Interpretación Cuadrante 4: Fortalezas de baja importancia. Son factores de baja importancia para el usuario y con alta satisfacción.

Los resultados de las fortalezas y debilidades en los factores de servicio de las EPS a nivel nacional se muestran en la siguiente gráfica:

Gráfica 31. Resultado del mapa nacional sobre importancia vs satisfacción con cada factor



Fuente: Elaboración propia

Factores que son debilidades importantes: (Cuadrante_1)

A nivel nacional, de los siete atributos de servicio evaluados, se ubican dos como debilidades importantes:

- **Trámites simples y ágiles y,**
- **Tiempo de espera para la atención.**

Estos serían entonces los temas a mejorar e intervenir de manera pronta para el logro de la satisfacción del usuario, debido a que esos dos temas son de alta importancia para el usuario, pero su satisfacción respecto a estos es muy baja.

Por EPS, el resultado de total nacional es igual en casi todas las EPS. En sólo 6 EPS, de las 42 EPS evaluadas, ningún factor se ubica en este cuadrante, es decir que en esas 6 EPS ninguno de los factores evaluados es una debilidad importante. Las seis EPS en las que no se calificó ninguno de los factores evaluados como debilidades importantes son (en orden alfabético): ANASWAYUU, Caja de Compensación Familiar de Cartagena "COMFAMILIAR CARTAGENA",

Caja de Compensación Familiar C.C.F. del Oriente Colombiano "COMFAORIENTE", Caja de Compensación Familiar de Córdoba COMFACOR, Caja de Compensación Familiar de La Guajira. EPS Suramericana S.A.

Para cuatro de las EPS, a los dos factores que en consenso del usuario son los más débiles, se agrega otro factor: *el trato (mal trato) del personal administrativo*, y estas EPS son: Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud de Nariño E.S.S. EMSSANAR E.S.S. Caja de Compensación Familiar de Nariño "COMFAMILIAR NARIÑO", Caja de Compensación Familiar del Chocó COMFACHOCO y Capital Salud.

Por departamentos en general también se conserva el resultado nacional. Sólo en 4 departamentos de la lista evaluada *no hay factor calificado como debilidad importante*, son ellos: Atlántico, Bolívar, Córdoba y Vaupés.

En todos los grupos de régimen, zona, edad, grupo educativo, sexo, ocupación y estrato socioeconómico, se conserva el resultado de total Nacional.

Factores que son Fortalezas importantes: (Color verde)

Para el caso del total nacional estos factores son:

- *El trato de personal asistencial y,*
- *El trato del personal administrativo.*

Factores que son Debilidades de baja importancia. (Color amarillo)

Factores donde tanto la importancia como la satisfacción son bajas. Para el caso del total nacional estos factores son:

- *Cantidad y cercanía, de hospitales y puestos de salud.*

En los departamentos de Amazonas, Casanare, Choco, Cundinamarca, Guainía, Magdalena, Nariño, Putumayo, San Andrés y Sucre, a los temas de cantidad y cercanía de hospitales y puestos de salud, se une el tema de instalaciones físicas de la EPS - comodidad, completo, agradable.

Factores que son Fortalezas de baja importancia.

Son factores de baja importancia para el usuario y con alta satisfacción. Para el

caso del total nacional allí sólo se ubica el factor:

- *Instalaciones físicas de la EPS (la comodidad, lo completo, lo agradable).*

Por departamento esta tendencia se conserva, con excepción de Vichada, donde el tema de las instalaciones físicas se ubicó como debilidad importante.

La conclusión general, a partir del análisis de los mapas, es que para el usuario en general las debilidades más importantes de las EPS que lo atienden son:

- ***El tiempo de espera en la atención y,***
- ***que los trámites no son sencillos y ágiles.***

En el siguiente cuadro se resumen los resultados de los mapas sobre debilidades y fortalezas reflejadas por los factores evaluados por los usuarios de las EPS en el año 2016. Para cada una de las EPS y los grupos de análisis, en las columnas se anotan los factores y en la casilla se anota el cuadrante en el cual se ubica el factor en el mapa y el color que le corresponde en términos del semáforo construido a partir de los cuadrantes.

La casilla contiene el número de cuadrante en el mapa y el color del cuadrante, simulando color de un semáforo.

Tabla 29. Número de cuadrante en mapa de fortalezas y debilidades por EPS, Departamento, Régimen, Zona y variables Socio – demográficas

	Tiempo de espera para atención	Trámites: Simple y agil	El trato amable x administrativo: Oficinas	El trato amable x asistencia: médicos,	Cantidad de hospitales y puestos de salud	Su cercanía a hospitales y puestos de salud	Instalaciones físicas de la EPS: comodidad completo,
TOTAL NACIONAL	1	1	2	2	3	3	4
ALIANSA SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	1	1	2	2	3	1	4
ANASWAYUU	2	2	2	2	3	3	4
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA	1	1	4	4	4	1	4
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CESAR Y LA GUAJIRA DUSAKAWI	1	2	4	2	2	1	4
ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ E.S.S.	1	1	2	2	1	4	4
ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S.	1	1	1	2	3	1	3
ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD	1	1	2	2	3	3	3
ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	4	4	2	2	2	1	4
CAFESALUD E.P.S. S.A.	1	1	2	2	3	3	4
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	1	1	4	2	4	4	4
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA "COMFAMILIAR CARTAGENA"	4	3	2	2	2	2	2
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR C.C.F. DEL ORIENTE COLOMBIANO "COMFAORIENTE"	2	2	2	2	4	4	4
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BOYACÁ COMFABOY	1	1	4	4	3	3	4
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	2	2	4	2	2	2	4
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI	1	1	4	2	3	3	3
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA	2	2	2	2	3	3	4
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO "COMFAMILIAR NARIÑO"	1	1	1	2	3	3	3
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE	1	1	2	2	1	3	3
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ COMFACHOCO	1	1	1	2	3	3	3
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR"	1	1	2	2	3	3	4
CAPITAL SALUD	1	1	1	2	3	3	4
CAPRESOCA EPS	1	1	2	2	3	3	3
COMFENALCO VALLE E.P.S.	1	1	4	2	3	1	4
COMPENSAR E.P.S.	1	3	2	2	4	2	4
COOMEVA E.P.S. S.A.	1	1	2	2	3	3	4
COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA	1	1	2	2	3	3	4
COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTD	1	1	2	2	4	2	2
CRUZ BLANCA EPS S.A.	1	1	2	2	3	1	4
E.P.S. FAMILANAR LTDA.	1	1	2	2	4	4	4
E.P.S. SANITAS S.A.	1	1	2	2	3	4	4
EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS	1	1	2	2	3	4	4
ENTIDAD COOPERATIVA SOL.DE SALUD DEL NORTE DE SOACHA ECOOPSOS	1	1	2	2	3	3	4
EPS CONVIDA	1	1	4	4	3	1	3
EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S. S.A.	1	1	4	2	3	4	4
EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	2	2	2	2	4	2	4
MALLAMAS	1	1	2	2	3	1	4
MANEXKA EPSI	1	1	2	3	3	1	3
NUEVA EPS S.A.	1	1	2	2	3	3	4
PIJAOS SALUD EPSI	1	4	2	2	3	2	4
SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	1	1	2	2	3	4	4
SALUDVIDA S.A. E.P.S	1	1	4	3	3	3	4
SAVIA SALUD EPS	1	1	2	2	3	4	4

	Tiempo de espera para atención	Trámites: Simple y agil	El trato amable x administrativo: Oficinas	El trato amable x asistencia: médicos,	Cantidad de hospitales y puestos de salud	Su cercanía a hospitales y puestos de salud	Instalaciones físicas de la EPS: comodidad , completo,
TOTAL NACIONAL	1	1	2	2	3	3	4
Amazonas	1	1	1	2	3	4	3
Antioquia	1	1	2	2	3	4	4
Arauca	1	1	2	2	3	4	4
Atlántico	2	2	2	2	4	2	4
Bogotá D.E.	1	1	2	2	3	1	4
Bolívar	3	3	2	2	2	2	2
Boyacá	1	1	2	2	3	3	4
Caldas	1	1	4	2	3	2	4
Caquetá	1	1	2	2	3	3	4
Casanare	1	1	2	2	3	3	3
Cauca	1	1	2	2	3	4	4
Cesar	1	1	4	4	2	4	4
Chocó	1	1	1	2	3	3	3
Córdoba	4	2	2	2	2	4	2
Cundinamarca	1	1	4	4	3	1	3
Guainía	1	1	3	2	3	3	3
Guaviare	1	1	2	2	4	4	4
Huila	1	1	2	2	4	3	4
La Guajira	1	2	2	2	3	3	4
Magdalena	3	3	1	1	3	3	3
Meta	1	1	2	2	3	3	4
Nariño	1	1	1	2	3	3	3
Norte de Santander	1	1	2	2	3	4	4
Putumayo	1	1	3	3	1	3	3
Quindío	1	1	2	2	3	3	4
Risaralda	1	1	4	2	3	1	4
San Andrés	1	1	3	3	3	3	3
Santander	1	1	4	2	1	1	4
Sucre	1	1	2	2	3	3	3
Tolima	1	3	2	2	3	4	4
Valle del Cauca	1	1	4	2	3	2	4
Vaupés	2	4	2	2	2	2	4
Vichada	1	3	1	1	3	3	1

	Tiempo de espera para atención	Trámites: Simple y agil	El trato amable x administrativo: Oficinas	El trato amable x asistencia: médicos,	Cantidad de hospitales y puestos de salud	Su cercanía a hospitales y puestos de salud	Instalaciones físicas de la EPS: comodidad , completo,
TOTAL NACIONAL	1	1	2	2	3	3	4
Contributivo	1	1	2	2	3	3	4
Subsidiado	1	1	2	2	3	3	4
Rural	1	1	2	2	3	1	4
Urbano	1	1	2	2	3	4	4
Masculino	1	1	2	2	3	1	4
Femenino	1	1	2	2	3	3	4
primera infancia	1	1	2	2	3	3	4
infancia	1	1	2	2	4	2	4
Adolescencia	1	1	2	2	3	3	4
Juventud	1	1	2	2	3	3	4
Adulto	1	1	2	2	3	3	4
Persona mayor	1	1	2	2	3	3	4
Indigena	1	1	2	2	3	1	4
Blanco y Mestizo	1	1	2	2	3	3	4
Raizal	1	1	3	3	3	1	3
Negro	1	1	1	2	3	1	3
Estudia	1	1	2	2	3	1	4
Trabaja	1	1	2	2	3	3	4
Hogar	1	1	2	2	3	3	4
Desempleado	1	1	2	2	3	3	4
Retirado Renta Pensionado	1	1	2	2	3	4	4
Bajo Bajo	1	1	2	2	3	3	4
Bajo	1	1	2	2	3	3	4
Medio	1	1	2	2	3	4	4
Alto	1	2	2	2	3	3	4
Sin Educacion	1	1	2	2	3	3	4
Basica Primaria	1	1	2	2	3	3	4
Basica Secundaria	1	1	2	2	3	1	4
Media	1	1	2	2	3	3	4
Tecnico Tecnologo	1	1	2	2	3	3	4
Superior (Universitario y má	1	1	2	2	3	4	4

Fuente: Elaboración propia

El informe contempla un anexo con los mapas para cada EPS y para las diferentes variables de análisis, los cuales son la base de información de la tabla Nro.29.

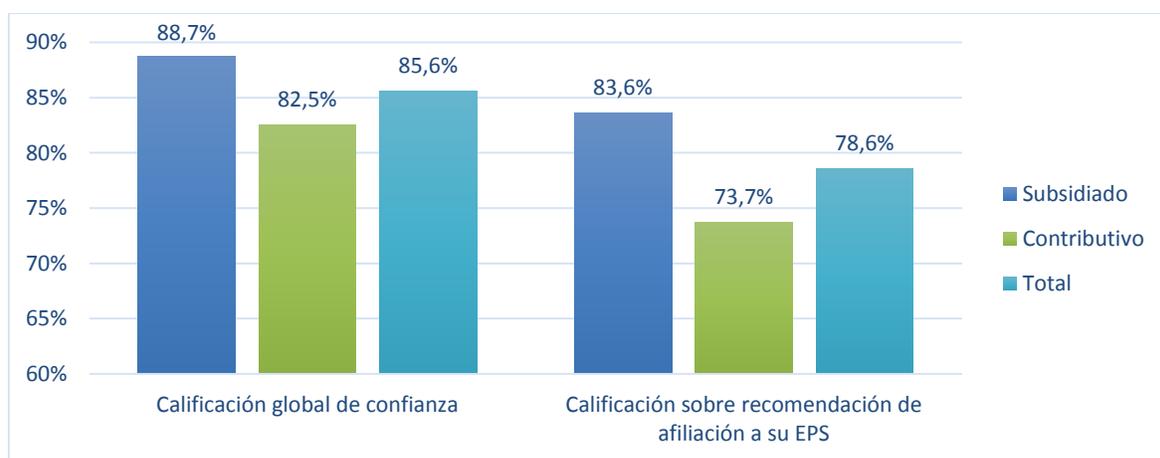
5.8. LEALTAD A LA EPS

Dentro del estudio la lealtad a la EPS se incluye como una medida de percepción global de confianza. El usuario hace una valoración en la que siente confianza por la EPS y muestra conformidad para permanecer en ella.

5.8.1. Proporción de usuarios de la EPS que manifiestan estarían dispuestos a recomendarla y a mantenerse en ella

Este es otro indicador de la calidad de los servicios que ofrece la EPS, en el marco conceptual se habla de adherencia o fidelidad. El indicador se construyó con dos preguntas ¿Recomendaría a sus familiares y amigos afiliarse a su EPS? En la cual se unen las categorías de Probablemente Sí y Definitivamente Sí; y la pregunta ¿Ha pensado en cambiarse a otra EPS? Cuyas respuestas eran Sí; No. Estoy conforme con mi EPS y No, por otras razones. Para efectos del indicador se toma la categoría 2, que manifestaba que no se cambiaba, porque estaba conforme con su EPS.

Gráfica 32. Indicadores sobre CONFIANZA - RECOMENDACIÓN afiliarse a su EPS por Régimen

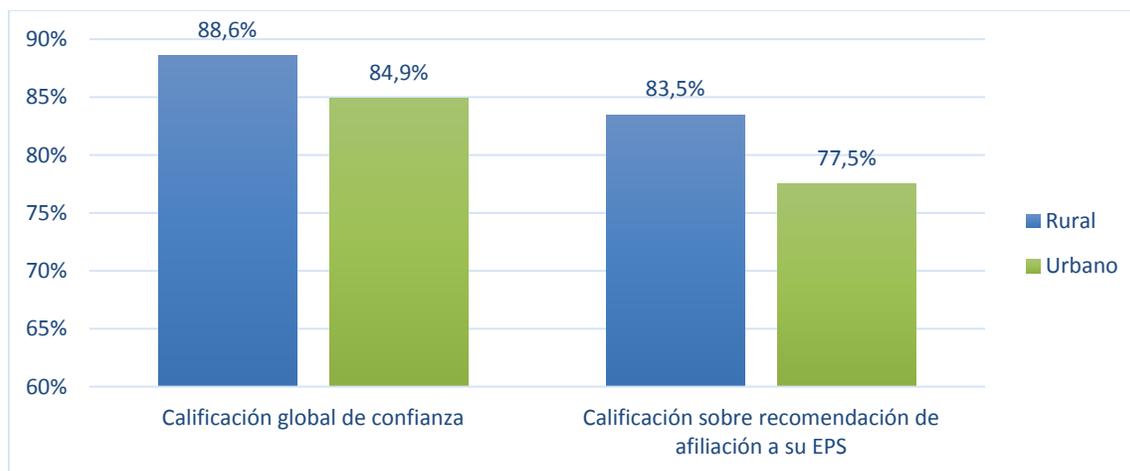


Fuente: Elaboración propia.

Los datos muestran un comportamiento muy parecido en los dos indicadores a nivel nacional. Cuando se mira por régimen se observa una mayor tasa de

adherencia en el régimen subsidiado, alcanzando niveles del 88.7%. Así mismo, los usuarios de la zona rural otorgan una calificación de confianza en su EPS (88.6%) ligeramente mayor a los usuarios de la zona urbana (84.9%).

Gráfica 33. Indicadores sobre CONFIANZA - RECOMENDACIÓN afiliarse a su EPS por Zona



Fuente: Elaboración propia.

Este mismo comportamiento es observado en la calificación sobre recomendación de afiliación a su EPS, en donde los usuarios del régimen subsidiado y del sector rural otorgan mejores calificaciones que el régimen contributivo y la zona urbana respectivamente. Estas diferencias, en las que sectores menos favorecidos tienen una mayor confianza en su EPS, pueden deberse a disparidades en la información otorgada, así como niveles distintos de expectativas en cuanto a lo que los usuarios esperan de la atención en salud.

Al preguntar a los usuarios sobre las cosas que mejorarían de su EPS, alrededor del 54.2% desearía mejorar la oportunidad en la asignación de citas y la autorización de servicios. Otras cosas que los usuarios perciben se puede mejorar son la disminución de tiempos de espera para asignación de citas (39%), la eliminación de trámites innecesarios para el acceso a los servicios (27.2%), y ampliar la red de servicios disponibles (24.1%). No se presentan diferencias significativas por régimen de afiliación.

Tabla 30. Sugerencias de mejora de los usuarios sobre los servicios por Régimen.

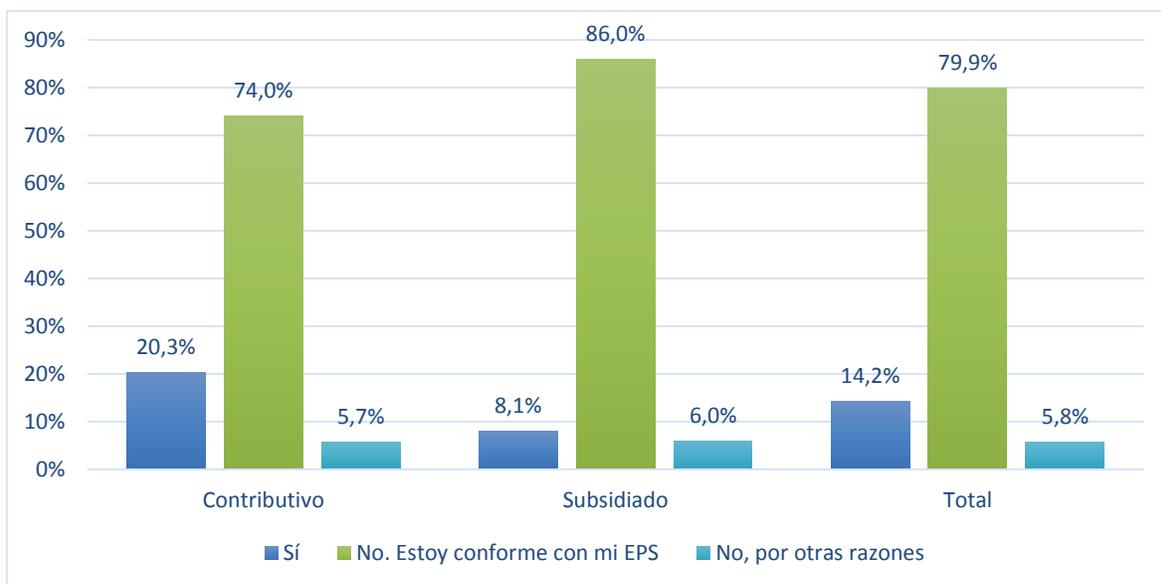
Sugerencias de mejora de los usuarios sobre los servicios	Régimen		
	Subsidiado	Contributivo	Total
Disminuir tiempos de espera para asignación de citas*	54.4%	53.9%	54.2%
Disminuir tiempos de espera para autorización de servicios	40.0%	37.9%	39.0%
Eliminar trámites innecesarios	27.5%	26.8%	27.2%
Ampliar la red de servicios disponibles**	25.8%	22.5%	24.1%
Mejorar la entrega oportuna y completa de los medicamentos	19.4%	17.4%	18.4%
Ser atendido más cerca a su casa	16.1%	14.7%	15.4%
Ser atendido por el mismo médico, que sea de confianza	12.2%	11.3%	11.8%
Mejorar la amabilidad en el trato a los usuarios	10.9%	12.4%	11.7%
Amabilidad del personal administrativo	10.0%	12.2%	11.1%
Mejorar la amabilidad del médico	7.9%	10.6%	9.3%
Disminuir tiempos de espera para dar respuesta a una queja o reclamo	7.0%	7.7%	7.4%
Mejorar los programas de promoción y prevención	6.1%	7.3%	6.7%

Sugerencias de mejora de los usuarios sobre los servicios	Régimen		
	Subsidiado	Contributivo	Total
Aumentar programas para niñez y adolescentes	5.1%	4.1%	4.6%
Programas para tercera edad	3.4%	3.2%	3.3%
Programas para la salud mental (Down/ ACV/ Alzheimer/ Psiquiátricos)	3.3%	2.7%	3.0%
Otras ¿Cuál?	15,2%	16,2%	15,7%
*Incluye cita prioritaria y atención de urgencias			
**Hospitales, clínicas, centros de salud			

Fuente: Elaboración propia.

La encuesta también indaga sobre la filiación que tienen los usuarios a su EPS. Cuando se les pregunta sobre la posibilidad de cambiarse de EPS el 14.2% señala que ha pensado en cambiarse de EPS. Esta proporción es mayor en el régimen contributivo que en el subsidiado, lo que muestra una mayor sensibilidad de los usuarios que realizan aportes a la calidad de la atención brindada por las EPS. Por otro lado, quienes no han pensado en cambiarse el 79.9% lo hace porque se encuentra satisfecho con su EPS, y un 5.8% no lo ha hecho por otras razones. Estos últimos, indican que no lo hacen principalmente porque no encuentran diferencias entre las EPS (27.4%), consideran que el trámite es muy complicado (20.4%), y no disponen del tiempo suficiente (19.4%). De la misma manera, el 12.2% de los usuarios que no se ha cambiado de EPS por otras razones encuentra barreras normativas que se lo impiden, y el 12% desconoce cómo hacer el trámite.

Gráfica 34. Deseo de cambiarse de EPS por Régimen



Fuente: Elaboración propia.

Esto visto de manera conjunta indica que se debe mejorar la efectividad, tiempo e información de este trámite para que los usuarios puedan trasladarse entre las opciones de oferta de servicios de salud.

En las razones para querer cambiarse de EPS se encuentran cuestiones administrativas como demoras para recibir servicios (42.3%), la dificultad en los trámites para recibir los servicios (10.6%), y en menor medida cuestiones de efectividad en la atención como la falta de respuestas efectivas para resolver los problemas de salud del usuario (8.7%). Otras razones como oferta insuficiente de especialistas, disminución en la red de prestadores de servicios, distancia a sitios de atención, y deficiencias en las instalaciones, representan menos del 5% cada una, lo que indica que la oferta de infraestructura y servicios no es un determinante que lleve a los usuarios a querer cambiar de EPS.

De esto se desprende que, si bien un 80% de los usuarios no quiere cambiar su EPS porque se encuentra conforme con esta (similar al índice de satisfacción global), los determinantes en querer hacerlo se encuentran en dificultades de

acceso y oportunidad de los servicios, que pasan por cuestiones de mala gestión de los procesos de las EPS.

5.9. CORRESPONSABILIDAD DEL USUARIO

Hasta el momento se han evaluado elementos o dimensiones de la calidad, vistos desde la experiencia del usuario. Sin embargo, así como el usuario tiene derechos, también tiene deberes. La encuesta mide la percepción del estado de salud del usuario en una escala de 1 a 5, donde 1 es muy mala y 5 muy buena, con las dos categorías de “Buena” o “Muy buena” se crea un indicador. Por otra parte, se miden algunas acciones que debería tomar con el objetivo de mejorar o conservar su estado de salud. A partir de la pregunta “En una escala de 1 a 5, donde 1 es Nunca, y 5 es Siempre, evalúe con qué frecuencia realiza usted cada acción que le voy a mencionar:... Se construye el indicador, uniendo las categorías “Casi siempre” y “Siempre”.

No.	preg	INDICADOR	DEFINICIÓN	FORMA DE CÁLCULO
2.016				
6		Percepción de salud	Expresa proporción de usuarios que considera que tiene una buena salud	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron "Bueno" o "Muy Bueno" a la pregunta: En cuanto a estado de salud, ¿Cómo cree que es su estado de salud en general?, y el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje - Utilizando factores de expansión de la encuesta
7		Derechos y deberes del usuario	Expresa que derechos y deberes son llevados a cabo por los usuarios al menos alguna vez, como proporción del Total de usuarios de las EPS	Se calcula como el cociente de los usuarios que respondieron entre las opciones "a" hasta "n" (P7) respectivamente a la pregunta: En una escala de 1 a 5, donde 1 es Nunca, y 5 es Siempre, evalúe con qué frecuencia realiza usted cada acción que le voy a mencionar... Se unen las categorías “Casi siempre” y “Siempre” y se divide entre el número de usuarios que respondieron la pregunta, por 100 expresado como porcentaje para cada opción - Utilizando factores de expansión de la encuesta

Los datos muestran que los usuarios de los servicios en los últimos 6 meses, perciben que su salud es buena o muy buena en un 72%. No existen grandes diferencias entre los regímenes, tampoco por tipo de afiliado, o zona geográfica.

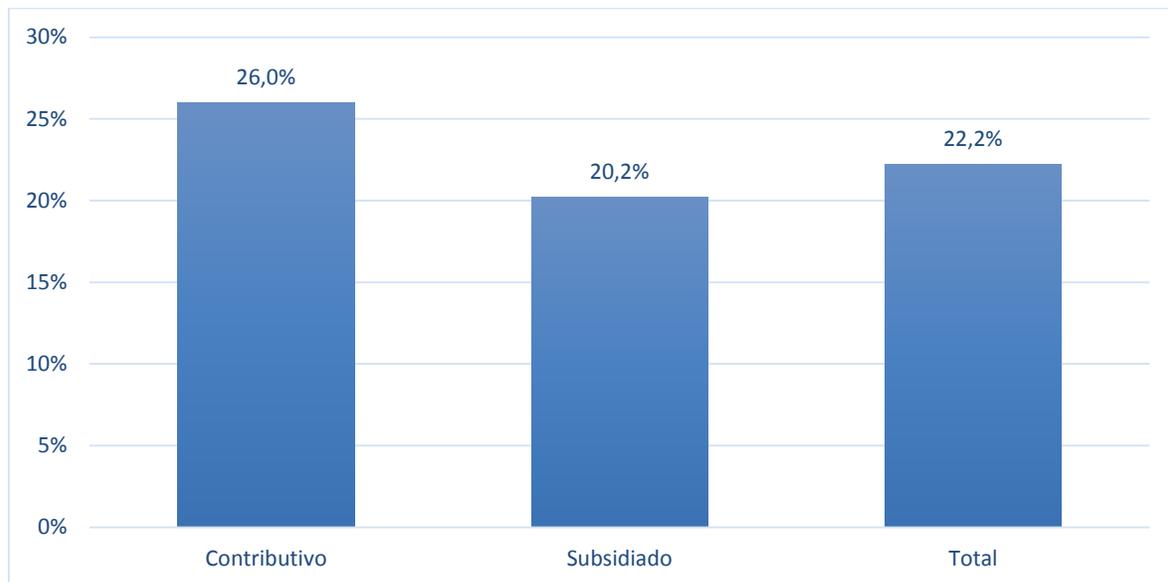
Respecto a las acciones que llevan a cabo los usuarios, se encontró que las acciones con una mayor proporción son: Llegar puntualmente a las citas programadas 93%; cumplir a cabalidad con el tratamiento médico ordenado 89%; seguir las recomendaciones dadas por el personal de salud 88% y suministrar información veraz sobre sus síntomas y condición de salud para facilitar el diagnóstico 87%. Estas acciones no presentan diferencias importantes por las variables de control.

A los cotizantes se les preguntaba por la acción de “Cotizar de conformidad con sus ingresos” la respuesta mostró que lo hacían en un 80%. Otras acciones muestran diferencia por régimen como: Asistir a los controles médicos periódicos siguiendo las recomendaciones de su médico, 79% contributivo frente a 73% en subsidiado, y cancelar con anticipación las citas solicitadas cuando no puede asistir con un 72% en el régimen contributivo 59% en el subsidiado.

5.11. PROTECCIÓN FINANCIERA

El 22% de los usuarios manifestó haber utilizado recursos propios para cubrir la atención en salud. La proporción es diferente por tipo de afiliado, mostrando la cifra más alta los que cotizan en el régimen contributivo (27%). En los municipios de categoría 6, la población afrocolombiana y los usuarios que se sentían más enfermos se presentaron las proporciones más altas del uso de recursos propios.

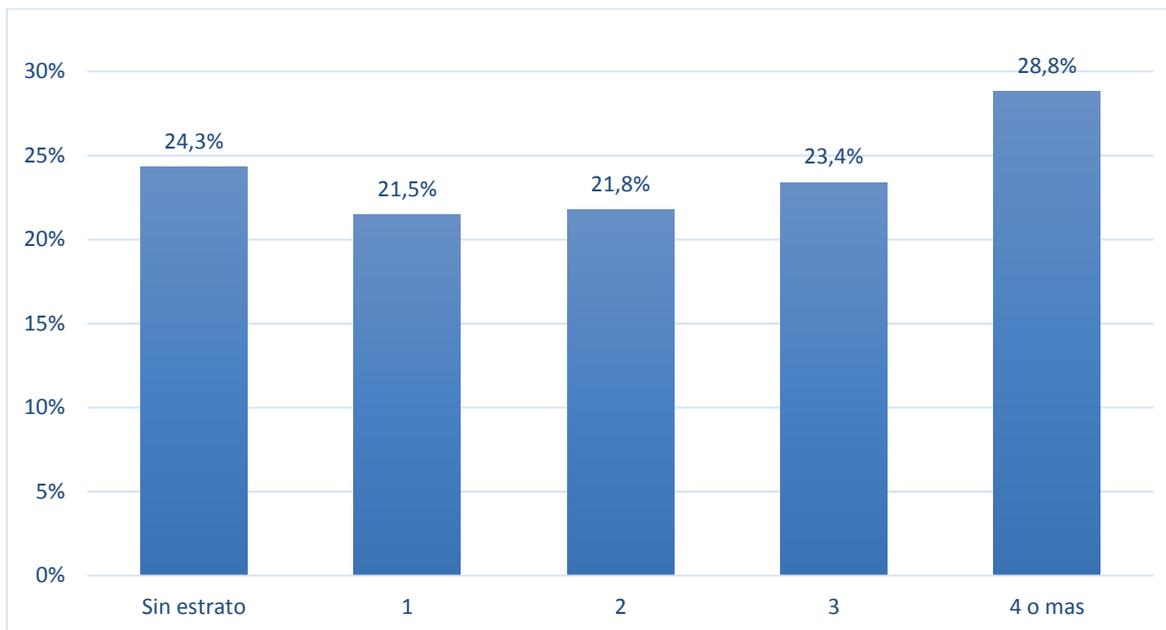
Gráfica 35. Indicadores sobre utilización de recursos propios por características del usuario por Régimen



Fuente: Elaboración propia.

La razón por la que el régimen contributivo tiene que utilizar en mayor medida recursos propios puede deberse a que ante dificultades en el acceso y oportunidad de servicios y medicamentos, los usuarios de este régimen tienen una mayor capacidad económica para acceder a estos por fuera de la EPS. Esto se evidencia en una mayor utilización de recursos propios por los usuarios de los estratos más altos.

Gráfica 36. Indicadores sobre utilización de recursos propios por características del usuario por Estrato



Fuente: Elaboración propia.

De los que hicieron uso de recursos propios, la razón más importante por la cual utilizaron dichos recursos (43%) fue porque los servicios que solicitaron, los medicamentos o los procedimientos que necesitaban no estaban incluidos en el POS. La entrega incompleta de medicamentos ocupó el segundo lugar con un 32%, mientras que una cuarta parte de los que hicieron el gasto con sus recursos, manifiesta que lo hizo por demoras en la atención. Sobre los dos primeros aspectos se observó diferencias por régimen mostrando mayor utilización de recursos propios en usuarios del régimen subsidiado.

Se presenta una mayor entrega incompleta de medicamentos o no disponibilidad de los mismos en las zonas rurales con un 39.9% de los casos en que los usuarios tuvieron que utilizar recursos propios, en relación a la zona urbana en donde solo se presentó en un 30.6% de los casos. Esto indica que las mayores dificultades en el acceso y oportunidad de entrega de medicamentos en las zonas rurales lleva a que los usuarios tengan que utilizar sus propios recursos para adquirirlos y cumplir los tratamientos.

6. SECTOR RURAL

El contexto rural en Colombia ha mostrado históricamente un rezago en la disponibilidad de servicios sociales. Pese a que el Gobierno Nacional ha realizado esfuerzos importantes en el aumento de cobertura del sistema de seguridad social, logrando que actualmente no se presentan brechas de afiliación, distintos diagnósticos de política reconocen aún rezagos en términos de acceso y calidad de los servicios.

De acuerdo con las recomendaciones realizadas en la *Misión para la transformación del campo colombiano* “es necesario avanzar en el rediseño de formas de operación del sistema de salud en zonas rurales, en particular los mecanismos de oferta. La política se debe concentrar en acercar la oferta y desarrollar modelos de atención y organización institucional alternativos”. Teniendo esto en cuenta, el gobierno nacional estableció en el Plan Nacional de Desarrollo 2.014- 2018 que “es prioritario mejorar el acceso y lograr un servicio continuo y oportuno de la población en las zonas rurales, así como escalar la estrategia de atención en salud a la población que vive en municipios rurales dispersos. Para lograr todo lo anterior, es necesario aprovechar la profundización en internet lograda en el pasado cuatrienio por el Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (MinTIC)”.

El presente estudio sobre la percepción de los usuarios, sin embargo, evidencia que las zonas rurales califican mejor el servicio recibido respecto a las zonas urbanas. El acceso a información, por ejemplo, es mayor en las zonas urbanas. Pese a ello, las zonas rurales dan una calificación a esta información del 85%, seis puntos porcentuales por encima de la calificación en los centros urbanos y hacen uso de esta información también en mayor proporción.

Debido a que la experiencia de atención responde tanto a condiciones de calidad como a las expectativas y preferencias de los usuarios, la diferencia en la calificación puede responder a distintos factores.

Por un lado, es posible que esta diferenciación responda a menores expectativas de la población rural, dado el histórico abandono de presencia de entidades estatales y servicios sociales en estas áreas del país. Igualmente, considerando la mayor presencia del régimen subsidiado en zonas rurales, la mejor calificación responde a que los usuarios de servicios gratuitos son, en general, menos exigentes frente a los servicios que aquellos que están aportando dinero.

Sin embargo, es también posible que haya otros factores determinantes de este resultado como la menor congestión de los centros de salud en municipios pequeños o la cercanía del personal de salud con los usuarios en comunidades pequeñas haciendo que los canales de información sean más directos.

Por otro lado, también es plausible que las categorías de ruralidad utilizadas en este caso no reflejen de manera completa las condiciones del acceso y calidad de servicios de salud en la Colombia rural. Al definir la variable urbana por cabeceras municipales y centros poblados y la ruralidad como resto, dentro de zonas rurales pueden encontrarse sitios cercanos a cabeceras y centros poblados grandes con la suficiente cobertura en los servicios de salud.

En ese sentido, se recomienda, en lo posible, integrar dentro de la *Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS*, las categorías otras categorías municipales como la diseñada por el Departamento Nacional de Planeación en el marco de la Misión para la transformación del campo. Dentro de esta metodología se clasifican los municipios en cuatro categorías: Ciudades y aglomeraciones, intermedios, rural y rural disperso. Dicha metodología es más descriptiva en la medida en la que tiene en cuenta la distribución de la población en el territorio.

Sin embargo, lo anterior puede aumentar los costos del estudio de forma no sostenible. En este caso se recomienda incluir dentro de encuestas nacionales

como la *Encuesta de calidad de vida*, la medición de indicadores trazadores de acceso, oportunidad y satisfacción.

6.1. Uso de tecnologías de la información y las comunicaciones.

En términos de acceso, el gobierno nacional ha planeado, entre otras estrategias, acercar los servicios de salud a la población rural dispersa a través del uso de tecnologías de la información y las comunicaciones. Sin embargo, puede haber factores culturales en la ruralidad ligados a la forma en la que el usuario se aproxima al sistema. Esto se evidencia, por ejemplo, en los canales utilizados para la solicitud de una cita de medicina general. Mientras en las zonas urbanas solo el 56% de las citas se piden de manera presencial, en las zonas rurales el 83,6% de usuarios prefiere asistir a la IPS para obtener su cita.

En este sentido se recomienda acompañar estas estrategias de campañas pedagógicas de alfabetización digital y uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

- En general el acceso a los servicios de salud mejoró con respecto al año anterior, con una mayor tasa de uso de los servicios de medicina general y entrega de medicamentos. No obstante, persisten dificultades y barreras de índole administrativo y organizacional que llevan a demoras para obtener la atención, lo que deteriora la experiencia del usuario y su percepción sobre el servicio. Entre estos problemas se encuentran la falta de disponibilidad de servicios y medicamentos, y las dificultades en la contratación con las IPS de atención, que fueron las principales razones de negación de servicio por parte de las EPS.
- Los usuarios tuvieron una mejor percepción de facilidad global de acceso a los servicios de salud con respecto al año anterior. Esto se evidencia en un mayor uso de servicios de medicina general, así como el acceso a entrega de medicamentos y exámenes de laboratorio.
- Existen diferencias en la percepción de acceso entre zonas geográficas y de acuerdo a la percepción del estado de salud. En general, los usuarios del sector rural y los que consideran que gozan de buena salud, tienen una mejor percepción de acceso a servicios de las EPS, por lo cual, se deben solucionar los problemas administrativos que en las zonas urbanas significan una barrera para los usuarios.
- A pesar de las mejorías en el acceso a los servicios se siguen teniendo brechas diferenciales entre regímenes de atención. Si bien la proporción de usuarios a los que se les ha negado el servicio disminuyó con respecto al año anterior pasando de 16% a 6,2%, es mayor la proporción de negación en usuarios del régimen subsidiado. Así mismo, una menor proporción de usuarios del régimen subsidiado recibieron información por parte de la EPS sobre la carta de derechos y deberes. Esto a pesar que los usuarios del régimen subsidiado otorgan una mejor calificación y tasa de uso a la

misma.

- Por otra parte, el mecanismo de tutela presentó un aumento significativo, lo que indica que las dificultades en acceso no se solucionan de manera efectiva, llevando a los usuarios a utilizar otras vías para obtener la atención que requiere. El porcentaje de usuarios que interpusieron tutelas aumentó, pasando del 1% al 2.1%, y la tasa de efectividad fue de un 80%.
- Acompañar esfuerzos de aumento de acceso en los servicios de salud con estrategias de apropiación de tecnologías de la información y las comunicaciones.
- En cuanto a la oportunidad de la atención, los mayores tiempos de espera se presentaron para los servicios de medicina especializada, así como una peor percepción de los tiempos de espera por parte de los usuarios. Esto sugiere que se tienen que mejorar los procesos de contratación con los centros de atención especializada y los trámites en estos servicios para evitar las demoras en acceso a los mismos.
- Se presenta una diferencia en la percepción de oportunidad entre los regímenes con una mayor favorabilidad en el régimen subsidiado que en el contributivo, por lo que se evidencia una mayor exigencia en la atención por parte de los usuarios que aportan económicamente para recibir los servicios.
- Al igual que sucede con todas las otras variables que entraron en comparación, las personas afiliadas al régimen subsidiado se sienten bien tratadas y muestran una mejor percepción de efectividad de la atención en mayor proporción que aquellas vinculadas al régimen contributivo, en especial los cotizantes.
- Se presentan niveles de satisfacción global por encima del 70%, con mayores niveles para el régimen subsidiado que para el contributivo, para los que tienen mejor estado de salud, y para las zonas rurales. De nuevo en la percepción intervienen factores tanto factores económicos como culturales, por lo que la atención debe evaluarse de acuerdo al contexto en que se presente, y el estado de salud de los usuarios al momento de hacer

uso de los servicios.

- En el análisis de debilidades y fortalezas, se encontró que las debilidades más importantes de las EPS, son el tiempo de espera en la atención y la complejidad y demora en los trámites. Estos problemas de oportunidad y de trámites, aparecen también como razones importantes en la presentación de quejas y derechos de petición.
- A nivel de los servicios de manera individual, la satisfacción es significativamente menor para los trámites y entrega de medicamentos, urgencias, y citas prioritarias. Esto muestra problemas en el acceso y la oportunidad, por lo cual la EPS deben mejorar su capacidad de gestión en los procesos involucrados en la prestación de estos servicios. Aún más teniendo en cuenta que los servicios de urgencias y medicamentos tienen expectativas altas de atención en las dimensiones de acceso y oportunidad por parte de los usuarios.
- El análisis de las razones que llevaron a los usuarios a presentar quejas o derechos de petición indica que los mayores problemas se encuentran en cuestiones administrativas y no en la atención médica como tal. Entre los principales motivos de quejas por parte de los usuarios se encuentran demoras en el servicio de autorizaciones, demora o incumplimiento en la entrega de medicamentos, demoras para la realización de procedimientos, negación de los servicios porque no estaban incluidos en el POS, y demoras para la cita. Esto indica que existen deficiencias en los servicios prestados por las EPS, especialmente en el acceso y la oportunidad de tratamientos médicos y medicamentos, que hacen que los usuarios deban recurrir a otros mecanismos para recibir la atención requerida.
- Pueden existir diferencias en la información y las expectativas que llevan a que sectores menos favorecidos otorguen calificaciones más altas en cuanto a confianza y filiación a su EPS. En este sentido una mayor proporción de usuarios del régimen contributivo desearía cambiar de EPS.

- Si bien un 80% de los usuarios no quiere cambiar su EPS porque se encuentra conforme con esta (similar al índice de satisfacción global), los determinantes en querer hacerlo se encuentran en dificultades de acceso y oportunidad de los servicios, que pasan por cuestiones de mala gestión de los procesos de las EPS.
- Se presenta una mayor entrega incompleta de medicamentos o no disponibilidad de los mismos en las zonas rurales en relación a la zona urbana. Esto indica que las mayores dificultades en el acceso y oportunidad de entrega de medicamentos en las zonas rurales lleva a que los usuarios tengan que utilizar sus propios recursos para adquirirlos y cumplir los tratamientos.

7.2. RECOMENDACIONES

- Respondiendo a los últimos avances normativos, la encuesta en 2017 debe incorporar elementos que le permitan evaluar el impacto de la Resolución 3951 de 2.016. En especial en términos de acceso y oportunidad de los servicios.
- Debido a que algunos cambios de la Resolución 3951 de 2.016 no serán apropiados por la totalidad de las EPS, dependiendo de su capacidad en infraestructura tecnológica, se debe evaluar si el impacto es diferente para distintos grupos poblacionales o zonas geográficas. En especial, si la oportunidad de los servicios mejora mayoritariamente para afiliados al régimen contributivo.
- Para el sector rural, se recomienda incorporar la categoría municipal de ruralidad propuesta por el Departamento Nacional de Planeación, en el marco de la *Misión para la transformación del campo*. Esta categoría puede ser más descriptiva de la densidad poblacional en los municipios rurales y la cercanía a centros poblados grandes lo que permite evaluar las brechas

urbano-rurales en acceso y calidad de los servicios. En caso de que no sea viable incorporar municipios de esta categoría se recomienda evaluar algunas de las variables trazadoras de este estudio a través de encuestas nacionales.

- Los avances en el uso de medios no presenciales para la asignación de citas han sido importantes durante los últimos años. En este sentido, se recomienda a las EPS, en especial del régimen subsidiado, promover el uso de estos métodos y restringir el uso de mecanismos presenciales para la asignación de citas médicas.
- El 27,8% de los usuarios a los que fue negado algún servicio de salud, responde no conocer la razón por la que su EPS lo negó. Se recomienda a las EPS establecer acciones para la mejora de los canales de comunicación a través de los cuales se informa a sus usuarios sobre las razones de negación de los servicios de salud.
- Se recomienda dirigir acciones a mejorar la oportunidad y acceso a servicios de consultas prioritarias y consultas domiciliarias. Esto puede descongestionar los servicios de urgencias, en donde un porcentaje mayor al 10% de los usuarios acude para obtener atención rápida.
- La percepción del trato digno hacia los usuarios por parte de la EPS indica que se debe mejorar la atención por parte del personal administrativo, ya que una mayor proporción de los usuarios señala que recibe un trato digno por parte del personal de asistencia médica por encima del personal administrativo. En este sentido se presentan diferencias entre la zona rural y urbana con los usuarios de la zona rural con una mayor percepción de favorabilidad.
- Se debe mejorar la efectividad, tiempo e información del trámite de retiro y afiliación de las EPS para que los usuarios puedan trasladarse entre las opciones de oferta de servicios de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of literature. *Health Technology Assessment Vol. 6 No. 32*.

Comisión económica para América Latina CEPAL, Departamento Nacional de Planeación (2.015). *Informe: La protección social de la población rural en Colombia. Misión para la transformación del campo*.

Gobierno de la República de Colombia. *Plan Nacional de Desarrollo 2.014-2018: Todos por un nuevo país*.

Hamui, L., Fuentes, R., Aguirre, R., & Ramírez, O. (2.013). *Expectativas y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en México: Un estudio de Satisfacción con la Atención*. México, Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2009). *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.

Petracci, M., Manzelli, H., Necchi, S., & Cerrutti, M. (2004). *Calidad Total en la Atención de la Salud: Las perspectivas del equipo médico y de los usuarios*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Superintendencia de Salud. (2016). *Indicadores de Calidad Reportados por la EPS Primer Semestre de 2016*. Bogotá, Colombia.